



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**Une organisation de la prise en charge
innovante au CHU de Montpellier :
Le projet chemins cliniques**

Maud REYNAUD

Remerciements

Avant toute chose, je tiens à remercier pour leur soutien et leur écoute les personnes qui m'ont permis de réaliser ce travail.

Mon maître de stage, tout d'abord, Gilles Launay, Directeur-Adjoint du Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle qui pilote avec force et conviction le projet Chemins cliniques : son aide m'a été précieuse à tous les stades de ce mémoire.

Je tiens à remercier également le Docteur Geneviève Roblès et Roma Brijmohun pour la gentillesse de leur accueil et le temps qu'elles ont pris pour me présenter leur action.

Mes pensées vont aussi aux membres de l'équipe OPC qui m'ont accueillie et intégrée et grâce à qui j'ai beaucoup appris, Nathalie Narp, Michèle Bonnin et Marc Deloffre.

Je remercie pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer le Docteur Didier Hève dont les éclairages ont été lumineux, Mme Marthe BISLY, Directeur Coordonnateur général des Soins pour ses informations et son apport documentaire.

Enfin, j'exprime toute ma reconnaissance aux personnes qui ont bien voulu répondre à toutes mes questions lors d'entretiens, notamment Mmes Bénard et Bajon, cadres de santé, les Docteurs Héroum et Milhaud, le Docteur Lust, Mme Véronique Neil, cadre supérieur de santé en Urologie, et enfin Michel Romero tout particulièrement et à plus d'un titre.

Sommaire

INTRODUCTION :	1
I. LA REORGANISATION STRUCTURELLE DU CHU DE MONTPELLIER	7
A. Le contexte général : la réorganisation du CHU de Montpellier	8
1. La réorganisation du CHU en centres de responsabilité	8
1.1 La modernisation hospitalière	8
1.1.1 Le cloisonnement des structures hospitalières.....	8
a) L'hôpital victime d'une organisation trop cloisonnée	8
b) La nécessaire modernisation du management hospitalier.....	10
1.1.2 Des contraintes croissantes	12
a) Une obligation : la qualité des soins	12
b) Une nécessité : L'optimisation économique	14
1.2 La déconcentration de gestion au CHU de Montpellier	16
1.2.1 Le projet de création de centres de responsabilité	16
a) L'élaboration institutionnelle du projet de réorganisation	16
b) Les filières de prise en charge	17
1.2.2 L'organisation administrative et logistique au service des CR	18
a) Une réforme inspirée des principes de l'ANAES.....	18
b) Les Directions Fonctionnelles au service des centres de responsabilité ...	19
2. L'amélioration de l'organisation des prises en charge.....	20
2.1 Une nécessaire réforme en profondeur	20
2.1.1 Les dysfonctionnements : un constat toujours d'actualité	20
2.1.2 Les fondements théoriques	22
a) Le concept d'agenda du patient.....	22
b) Le modèle du <i>Supply Chain management</i>	23
2.2 Les ambitions du Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle	25
2.2.1 Les missions du Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle: une structure originale	25
a) La structure du DOSC.....	25
b) Les missions du DOSC.....	26
2.2.2 Les ambitions de l'équipe OPC : la gestion de production	27
a) L'équipe projet Chemins Cliniques	27
b) Les ambitions : la gestion de production	28
B. le projet chemin clinique : la réorganisation des séquences critiques	29

1. Le diagnostic de l'organisation de la prise en charge	29
1.1 Un travail sur l'efficacité et l'efficience.....	29
1.1.1 La méthodologie pilote du projet.....	29
a) L'élaboration d'une méthode de travail	29
b) Les principes de l'assurance qualité du projet	31
1.1.2 Le déroulement du travail.....	32
a) Le choix du périmètre d'action	32
b) L'objectif initial : vérifier le circuit patient	34
1.2 Le diagnostic : le travail par groupes pluridisciplinaires	35
1.2.1 La démarche de travail avec les services.....	35
a) Une démarche participative.....	35
b) Le déroulement des groupes de travail.....	36
1.2.2 Le recueil des données	38
a) L'évolution de la méthode.....	38
b) Le lancement d'un travail transversal sur les difficultés communes	39
2. Les premiers résultats des travaux.....	40
2.1 Les constats	40
2.1.1 Les bilans diagnostiques des services pilotes.....	40
a) Le bilan du DAR C	40
b) Les services de neurologie.....	41
2.1.2 Le blocage de la filière d'aval.....	42
a) Les difficultés de placement à l'issue d'une hospitalisation.....	42
b) Les enseignements de l'enquête « Patients en attente de placement ».....	43
2.2 Les propositions de réorganisation.....	44
2.2.1 Le Projet Filière d'aval.....	44
a) Le conventionnement avec les structures de sortie.....	44
b) La cellule d'orientation des sorties	45
c) Autres pistes de travail	45
2.2.2 Les propositions aux services pilotes	46
a) le second comité de pilotage du DAR C	46
b) la fédération de neurologie	47

II. L'ELABORATION DE CHEMINS CLINIQUES AU CHU DE MONTPELLIER..... 49

A. La notion de chemins cliniques : nature et apports	50
1. Présentation des chemins cliniques	50
1.1 La notion de chemins cliniques.....	50
1.1.1 Les sources d'inspiration du modèle	50
a) La naissance des chemins cliniques.....	50

b) Les facteurs nord-américains de développement	51
1.1.2 Le développement des chemins cliniques	52
a) Les modèles de <i>managed care</i>	52
b) Des instruments très adaptés aux offreurs de soins	54
1.2 La définition des chemins cliniques.....	55
1.2.1 Définition et objectifs des chemins cliniques.....	55
a) Définition.....	55
b) Les apports des chemins cliniques.....	57
1.2.2 L'adaptation des chemins cliniques au système de soins français	58
a) Quelques handicaps de départ	58
b) Les résistances à la culture de l'évaluation	58
2. Quelques exemples de mise en œuvre de chemins cliniques	60
2.1 Présentation de quelques expériences étrangères	60
2.1.1 Les retours sur investissement des chemins cliniques.....	60
a) La mesure des résultats.....	60
b) La réduction des durées de séjour	61
2.1.2 Les enseignements tirés de la création d'un chemin clinique à Barcelone	62
a) L'élaboration et la méthode du projet Barcelone.....	62
b) Les résultats et les recommandations	63
2.2 L'apparition spontanée en Urologie	64
2.2.1 La génération spontanée	65
a) Le contexte d'élaboration	65
b) Une méthodologie pragmatique.....	66
2.2.2 La mise en œuvre du parcours patient	67
a) Le contenu du chemin clinique	67
b) Le premier bilan.....	68
B. Elaboration du chemin clinique- pilote : bilan et perspectives.....	69
1. L'avancement du chemin clinique-pilote	69
1.1 Le cadre de l'écriture du chemin clinique.....	69
1.1.1 La filière de prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux	69
a) Le projet Stroke center.....	70
b) Une filière éclatée de prise en charge des AVC.....	71
1.1.2 L'implication des acteurs	72
a) Le pilotage au sein du centre de responsabilité neurologique.....	73
b) Les spécificités : l'élaboration d'une prise en charge	74
1.2 La méthodologie	75
1.2.1 La méthodologie générale	75

a) La description du chemin idéal	76
b) La nécessaire expertise d'ingénierie médicale	77
1.2.2 L'état d'avancement du projet	77
a) L'écriture des protocoles	78
b) Les indicateurs de résultats.....	79
2. Les perspectives d'évolution du projet	80
2.1 L'organisation de la prise en charge : les perspectives	80
2.1.1 Les développements futurs du projet.....	80
a) L'articulation du travail sur les séquences de prise en charge et du chemin clinique	80
b) La poursuite du chemin clinique.....	81
2.1.2 La création d'outils d'accompagnement du chemin clinique	82
a) L'utilisation du système d'information hospitalier pour les chemins cliniques	82
b) Le déploiement et la conception d'outils au CHU	83
2.2 Les aspects managériaux du projet.....	84
2.2.1 La consolidation de l'équipe projet	84
a) Les incertitudes sur la composition de l'équipe	84
b) La mise en cohérence des deux équipes	85
2.2.2 Les perspectives de conduite du changement	85
a) Le rôle des <i>care managers</i>	85
b) Les risques d'essoufflement de la dynamique	86
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	91
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CO	Conseil en Organisation
COPIL	Comité de pilotage
CR	Centre de Responsabilité
CTE	Comité technique d'établissement
DAR	Département d'anesthésie réanimation
DMS	Durée moyenne de séjour
DOSC	Département de l'Offre de soins et de la Clientèle
DQGR	Département Qualité et Gestion des Risques
DRI	Département des Ressources et de l'Ingénierie
DRIUJ	Département Recherche, Relations Internationales, Relations avec l'Université et Affaires Juridiques
HMO(s)	Health Maintenance Organization(s)
ICP(s)	Integrated care pathway(s)
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
OPC	Organisation de la Prise en Charge
NHS	National Health Service
SIH	Système d'information hospitalier
T2A	Tarifcation à l'activité

INTRODUCTION :

Le système de santé français traverse une crise que tous les systèmes de santé développés affrontent ou ont affronté. Deux évolutions se produisent et accroissent les tensions qui pèsent d'une part sur les dépenses et d'autre part sur les attentes de la population vis-à-vis des services qu'elle reçoit.

La société exige de plus en plus une responsabilisation des acteurs de la santé : les patients deviennent des usagers et demandent une garantie de qualité des soins et de leur prise en charge globale.

La qualité de la prise en charge, hôtelière comme médicale, est une exigence nouvelle dans les sociétés développées et pour les décideurs. Dans un contexte où la population et les gouvernements veulent selon l'expression du gouvernement de Margaret Thatcher : « *better value for money* »¹, les contraintes budgétaires s'accroissent sur les différents offreurs de soins. Cette demande de qualité s'accompagne donc d'une contrainte d'efficience et de rentabilité économique.

Les systèmes de santé régulés européens favorisent toutefois peu la concurrence qu'elle soit basée sur des critères économiques ou de qualité entre professionnels ou institutions de santé. Le système des assurances privées en concurrence ou des *Health Maintenance Organizations* américaines (HMOs) proposant des produits de santé « finis » et un panier de soins limitativement défini ne se développe pas encore en Europe. Dans ce contexte, les citoyens, malades ou usagers, restent dans la position de clients captifs.

Il semble donc qu'une conséquence logique de cette insatisfaction réside dans la judiciarisation des relations entre les professions de santé et leurs patients mécontents qui s'exporte des Etats-Unis vers l'Europe et la France. Les citoyens – usagers des systèmes de santé n'admettent plus comme un *a priori* allant de soi l'infaillibilité médicale et l'inéluctabilité de certains accidents. La société demande une plus grande responsabilité (au sens anglo-saxon d'*accountability*) de la part des acteurs de la santé.

¹ « Un meilleur rapport qualité/prix », Stephen Gillam, Improving the Health of the Nation: The Failure of the Government's Health Reforms, British Medical Journal, 1996.

Le bilan très lourd² de la canicule du mois d'août en France et les réactions qui s'en suivent montrent que la population n'accepte plus la notion de fatalité mais recherche les facteurs évitables et aggravants qui relèvent de la responsabilité du système de santé et de son devoir de soin et de protection à la collectivité.

Face à ces besoins nouveaux d'évaluation et de responsabilisation des acteurs, des mécanismes nombreux de mesure de la qualité des soins ou de la prise en charge se développent depuis une dizaine d'années de par le monde en suivant les modèles éprouvés dans l'industrie : notamment par le biais des procédures de certification, d'accréditation, de normalisation ou d'inspection. Des classements par palmarès des services de soins se développent également dans la presse.

En France depuis l'introduction du budget global, l'Etat veut maîtriser les dépenses de santé en exerçant tout d'abord une pression économique sur les établissements hospitaliers. Depuis 1991, la régulation du système de santé ne se focalise plus seulement sur ses aspects purement économiques mais également sur la qualité des prestations de santé offertes à la population. Le grand acquis du droit d'accès aux soins pour tous se concrétise avec la loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU³ : les politiques sociales peuvent dorénavant se préoccuper d'efficacité et se portent sur la limitation des dépenses et l'accroissement de la qualité des soins à budget constant.

Le Plan Juppé matérialisé dans les Ordonnances de 1996⁴ synthétise ces nouvelles contraintes qui pèsent sur le système de soins français. Un des leviers de changement proposés par ces textes réside dans la refonte de l'organisation des établissements hospitaliers : l'exigence de qualité de la prise en charge est sanctionnée⁵ par un processus d'accréditation. Une des solutions proposées pour atteindre ce but est de favoriser la bonne gestion des crédits en la plaçant plus près des professionnels

² Le bilan présenté par l'Institut de Veille Sanitaire pour la première quinzaine du mois d'août 2003 fait état d'une surmortalité allant au-delà de 14 000 personnes décédées.

³ En 1998, avant l'instauration de la couverture maladie universelle, environ 99,8% de la population française était couverte par l'assurance maladie. La Loi du 27 juillet 1999 a étendu cette couverture à la population en situation irrégulière sur le territoire français.

⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵ L'annonce dans les orientations pour 2004 de l'ANAES d'une utilisation des résultats de la procédure d'accréditation par les tutelles montre que l'usage du terme « sanction » est justifié.

hospitaliers à travers des pôles de responsabilité qui assurent la prise en charge des patients de façon intégrée et économiquement *a minima* décentralisée. Le déclouonnement de l'hôpital s'avère un axe majeur de réforme et d'amélioration de la prise en charge : c'est d'ailleurs un des enseignements et un des objectifs de la procédure d'accréditation conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES)⁶. Les établissements publics s'orientent aujourd'hui vers une délégation de responsabilité et une autonomie plus forte accordée en interne aux unités cliniques, diagnostiques ou administratives cohérentes.

Dans ce contexte, le CHU de Montpellier entame une réorganisation basée sur ces principes de délégation de responsabilité et d'amélioration de la prise en charge. La méthodologie que j'ai suivie pour réaliser ce mémoire professionnel est largement basée sur des recherches documentaires, la participation aux groupes de travail du CHU et les méthodes de recueils qualitatifs des sciences sociales⁷.

Le projet de réforme a été annoncé en avril 2002 par la Direction Générale : l'établissement se recentre autour de Centres de Responsabilité médicaux et de Départements qui remplacent les directions traditionnelles d'après les grandes orientations de l'ANAES. Les services administratifs et logistiques repensent leur fonctionnement avec pour objectif de travailler dans la continuité des référentiels de l'ANAES proposés par le Manuel d'Accréditation. Les centres de responsabilité se structurent autour des grandes filières de prise en charge du CHU.

Le premier objectif de cette réforme est d'une part de satisfaire l'ambition exprimée par le corps médical de s'impliquer de manière plus étroite dans le management des unités de soins. Les délégations de gestion vont s'opérer au profit de centres de responsabilités. Ces organisations de proximité sont les mieux placées pour réaliser une refonte de l'organisation de la prise en charge des patients dans le but de promouvoir la qualité des soins et la transversalité des trajectoires des patients.

Il s'agit ensuite de favoriser la réponse à l'exigence de qualité dans tous les domaines de compétences des directions telle qu'elle est promue par les référentiels de l'ANAES. L'action des directions doit également évoluer dans une logique de transversalité et de prestation de services (relation client-fournisseur) vis-à-vis des unités de soins.

⁶ Cette notion ressort d'un travail mené par un groupe de travail pluri-professionnel de l'ENSP dans le cadre du module inter-professionnel de santé publique de novembre 2002..

⁷ Je me suis notamment appuyée sur les méthodologies de préparation, de conduite et d'analyse d'entretiens semi-directifs de Madeleine GRAWITZ, Méthodes des Sciences Sociales, 1996.

Enfin, la réorganisation du CHU de Montpellier a une ambition originale : rénover les pratiques quotidiennes de travail dans les unités de soins. Cette dimension est rarement présente dans des projets de réorganisation en France où il est particulièrement difficile d'impliquer le corps médical dans une réforme de ses pratiques professionnelles, notamment en raison du cloisonnement fréquemment dénoncé à l'hôpital. Ce troisième objectif vise à améliorer l'organisation de la prise en charge du patient dans ses aspects organisationnels et médicaux. C'est l'objet du projet Chemins cliniques que ce mémoire présente.

Ce projet relève de la responsabilité d'une structure nouvelle: le Département de l'Offre de Soins et la Clientèle (DOSC) qui a parmi ses missions l'amélioration de la prise en charge des patients. Il rassemble dans un ensemble homogène les directions d'établissements et deux entités nouvelles, le pôle Clientèle et l'équipe projet Organisation de la Prise en Charge (OPC).

Le projet Chemins cliniques montpelliérain suit deux axes : une dimension managériale classique s'oriente vers l'amélioration de l'organisation globale de l'hôpital et des interactions entre les professions qui interviennent au cours de la trajectoire d'un patient. Cet aspect est particulièrement novateur : à ce jour, les entreprises de réorganisations de la gestion interne des établissements publics se concentrent essentiellement sur un nouveau mode de fonctionnement décentralisé ou déconcentré sans descendre plus avant dans le détail de la prise en charge médicale.

Une seconde dimension stratégique du projet se concentre sur l'amélioration concertée de la prise en charge **médicale et soignante** du patient par l'élaboration puis la mise en place d'un chemin clinique. Les pratiques médicales et soignantes sont le plus souvent d'un niveau de qualité indéniable et élevé. Des variations existent néanmoins d'un professionnel à l'autre sans que des facteurs d'explication convaincants ne puissent être avancés : le Chemin clinique propose à l'ensemble des intervenants autour d'un groupe de patients de suivre un protocole commun garantissant un traitement conforme à l'état de l'art médical.

Le projet Chemins cliniques associe donc deux dimensions originales : une amélioration des séquences de prise en charge de l'ensemble des patients tels que consultations, séjours, examens...et l'encadrement par un chemin clinique garantissant un niveau de qualité élevé dans les soins dispensés pour des pathologies définies.

Le chemin clinique ⁸ prévoit avec un grand niveau de détail la prise en charge de groupe de patients par l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans l'hôpital. Il permet de mesurer la variation des pratiques par rapport aux recommandations qui ont permis de bâtir ce plan clinique prévisionnel.

Le modèle d'organisation nommé chemins cliniques est d'origine anglo-saxonne : il est largement répandu depuis le milieu des années 1980 en Amérique du Nord (Etats-Unis, Québec). Il se développe au plan international : des expériences sont répertoriées en Australie, au Japon, à Singapour et ce modèle s'implante de plus en plus fortement en Europe. Le développement de cette approche est notamment très avancé en Grande Bretagne où l'objectif de qualité et de mesure de la satisfaction du patient incite certains établissements à suivre des chemins cliniques pour les personnes en fin de vie⁹.

Cette nouvelle organisation se développe dans un ensemble de services-pilotes : le pôle Tête et Cou qui englobe la majorité de l'établissement Gui de Chauliac et comporte depuis le 29 septembre deux centres de responsabilité. Les services sont rencontrés, étudiés et conseillés pour revoir leur fonctionnement interne afin de favoriser la planification des prises en charge, objectif principal du chemin clinique.

Le diagnostic des unités de soins se concentre sur des aspects purement organisationnels -prise de rendez-vous, accueil des patients...- et également sur des aspects médicaux liés à la nature de certaines pathologies prises en charge. En effet, les chemins cliniques n'ont pas vocation dans un premier temps à concerner l'ensemble des patients accueillis dans un service. L'importance des pathologies en volume de patients ou en coût de prise en charge est un critère de sélection des activités qui seront placées sous chemins cliniques.

L'articulation par cette réforme entre les aspects relatifs à la prise en charge médicale et ceux relatifs à l'organisation du service est un levier fort de changement. La mise en place d'un chemin clinique permet de débloquent des situations de dysfonctionnement chroniques en mettant à plat l'organisation d'un ou plusieurs services cliniques ou diagnostics.

Les enjeux de ce projet sont de trois ordres. Premièrement, l'évaluation de la qualité de l'organisation de la prise en charge prend une nouvelle dimension. En effet, le chemin clinique permet de définir un processus de prise en charge et de mobilisation de moyens orientés vers des résultats prévisionnels pour le patient. Il offre une garantie accrue du

⁸ Pour une définition, on peut se reporter à l'annexe n°1.

respect des bonnes pratiques médicales reconnues comme les meilleures à un moment donné.

Deuxièmement, dans le cadre de restrictions budgétaires, le chemin clinique doit permettre une réduction des coûts grâce à la rationalisation des ressources et à la réduction des temps d'attente entre les différentes séquences de prise en charge. La tarification à l'activité qui doit être instaurée en 2004 prévoit une rémunération de l'activité en fonction de coûts moyens nationaux. L'optimisation de la prise en charge pour les pathologies courantes ou particulièrement lourdes présente un intérêt indéniable pour ne pas pénaliser le budget d'exploitation hospitalier.

Le troisième bénéfice attendu de la mise en place de chemins cliniques est d'ordre managérial. Le projet chemin clinique met en évidence à l'échelon de centres de responsabilité des priorités d'action concrètes. Les axes de réorganisation qui en découlent seront mis en place au niveau du centre de responsabilité afin de générer une dynamique de travail en commun, notamment sur des fonctions transversales - les examens d'imagerie, les blocs opératoires...

Le questionnement qui sous-tend mon analyse s'articule autour de deux dimensions fondamentales du projet : comment un directeur d'hôpital peut-il s'impliquer dans la réorganisation des prises en charge et piloter un changement des habitudes mêmes de travail dans un champ de compétences qui peut sembler ne pas lui être accessible ?

La pression économique croissante qui s'exerce sur les établissements de santé aujourd'hui est-elle compatible avec une exigence de qualité et de sécurité des soins toujours plus forte ? Le CHU de Montpellier s'efforce de trouver des réponses à ces problématiques dans un cadre de fonctionnement rénové qui implique le corps médical aux côtés de l'équipe de direction dans les choix stratégiques qui doivent engager l'avenir.

⁹ Care of the dying patient: the last hours or days of life présente et analyse le *Liverpool care pathway for the dying patient*, John Ellershaw, Chris Ward, *British Medical Journal*, 2003.

I. LA REORGANISATION STRUCTURELLE DU CHU DE MONTPELLIER

Depuis le début de l'année 2003, le CHU a entrepris de se restructurer autour de principes de gestion plus modernes et participatifs.

Dans le cadre de cette restructuration, le Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle s'attache à mener une ambitieuse politique d'accompagnement stratégique des futurs centres de responsabilité.

Sous le nom de projet Chemins Cliniques, une réorganisation du cheminement critique des patients lors de leur prise en charge se met en place sur un ensemble de services.

A. Le contexte général : la réorganisation du CHU de Montpellier

La réorganisation du CHU de Montpellier se propose de mettre en place des centres de responsabilités pour favoriser une gestion déconcentrée au plus près du terrain. Ce n'est toutefois pas la seule ambition de cette réforme.

1. La réorganisation du CHU en centres de responsabilité

1.1 La modernisation hospitalière

1.1.1 Le cloisonnement des structures hospitalières

a) L'hôpital victime d'une organisation trop cloisonnée

L'organisation hospitalière souffre de multiples facteurs de blocages, dont certains sont inhérents à l'activité hospitalière elle-même.

Tout d'abord, les établissements restent largement bâtis sur un modèle bureaucratique. La fonction publique hospitalière est ainsi très encadrée par de très nombreux textes à valeur plus ou moins contraignante qui définissent des règles de hiérarchie, de fonctionnement et d'organisation à un niveau de détail très poussé¹⁰. L'hôpital français est un milieu professionnel très stratifié : la fameuse boutade concernant l'organisation interne des hôpitaux n'est-elle pas que « l'hôpital, c'est l'armée ; plus la discipline » ? Jean-Marie Clément affirme d'ailleurs le caractère pernicieux de cette hiérarchisation forte¹¹. En effet, l'obéissance hiérarchique s'impose dans la prise de décisions au détriment des initiatives individuelles et conduit à une déresponsabilisation forte des professionnels.

¹⁰ A titre d'exemple, le décret de compétences infirmières du 11 février 2002.

¹¹ Jean-Marie Clément, La Mutation de l'Hôpital, 2001.

L'un des enseignements majeurs des théories systémiques de l'organisation consiste dans l'affirmation de la comparabilité des organisations d'un secteur d'activité à un autre : il n'y a pas de différence majeure dans les difficultés rencontrées par les organisations de taille importante publiques ou privées, hospitalières ou non. Les établissements hospitaliers français, en particulier les grands Centres hospitaliers universitaires comme le CHU de Montpellier, souffrent ainsi des rigidités de structures de type bureaucratique. Fortement marquées par des caractéristiques qualifiées de rationnelles par Max Weber – légitimité légale-rationnelle qui entraîne une stabilité et un encadrement légal et réglementaire fort - les hôpitaux restent des structures organisées sur le modèle bureaucratique et vertical dont Michel Crozier¹² indique les dangers dans le champ de l'industrie.

D'autres maux fréquemment dénoncés dans le paysage hospitalier public demeurent les cloisonnements entre services ou entre secteurs de l'hôpital, ce malgré la fin de l'époque du mandarinat et des « patrons ». Dès 1984¹³ pourtant, un texte prévoyait la suppression des services au profit de structures plus ouvertes, les départements : cette loi n'a pas été appliquée. Le cloisonnement de l'hôpital devient selon Françoise Gonnet¹⁴ une cause importante d'irrationalité et de perte de sens, facteur de stress et d'absentéisme pour le personnel et producteur de cultures professionnelles divergentes voire concurrentes. Réduire les différences de logiques, l'atomisation et le manque de coordination entre les acteurs hospitaliers doit donc être un chantier prioritaire des responsables hospitaliers.

Une spécificité hospitalière génère un facteur de cloisonnement supplémentaire au sein des structures. Henry Mintzberg¹⁵, théoricien reconnu des organisations, signale la coexistence à côté de la hiérarchie administrative d'une hiérarchie médicale ; l'indépendance de la profession médicale et la conservation d'une zone de pouvoir importante se justifie par la complexité de la discipline qui garde ainsi une autonomie professionnelle forte y compris au sein des établissements hospitaliers. La coordination entre les acteurs, mécanisme nécessaire de réduction du cloisonnement hospitalier d'après Françoise Gonnet en devient d'autant plus difficile. Le rapport produit par la mission parlementaire conduite par René Couanau insiste sur ces aspects déterminants

¹² Michel Crozier, La Société bloquée, 1994.

¹³ Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984.

¹⁴ Françoise GONNET, L'hôpital en questions, 1992.

¹⁵ Henry Mintzberg, Structures et dynamiques des Organisations, 1982.

du « désenchantement hospitalier »¹⁶. La transversalité de la prise en charge des patients, sujet cher à l'ANAES¹⁷, pâtit de ce manque de coordination entre deux pyramides qui se recoupent mais dont les sommets sont indépendants et peuvent fonctionner sans entrer en interaction.

L'équipe de direction et les professionnels médicaux disposent de prérogatives reconnues par la réglementation et donc de zones de pouvoir et d'influences propres. Le Ministre de la santé qualifie même les divergences entre le corps médical et le pouvoir administratif de « véritable fossé d'incompréhension »¹⁸. L'affirmation de la prééminence du Chef d'établissement qui est faite dans le Code de la Santé publique ne résiste pas à l'analyse : au sein de l'hôpital, il existe une zone d'autonomie non négligeable pour l'exercice d'un pouvoir médical. Les arguments ne manquent pas pour justifier la légitimité de cet état de fait. L'inefficacité dans l'amélioration de la prise en charge du patient ou dans la propagation d'une logique transversale est également incontestable.

b) La nécessaire modernisation du management hospitalier

La mise en cohérence de l'organisation hospitalière demande ainsi un changement de perspective sur les compétences et les responsabilités de chacun. Henry Mintzberg¹⁹ souligne que les formes organisationnelles les mieux adaptées aux changements, fréquents dans le champ sanitaire, peuvent être caractérisées comme ressemblant à des systèmes vivants c'est-à-dire dépendants de leur environnement, capables d'adaptation et d'utiliser la technologie en tant que processus de transformation. L'exploitation des complémentarités au sein de l'organisation et de son environnement extérieur représente une force pour la structure et sa pérennité face aux évolutions. Henry Mintzberg constate que de nouveaux modes de coopération et de communication se développent au sein des

¹⁶ Rapport de la mission d'information parlementaire conduite par René Couanau sur l'organisation interne de l'hôpital présenté devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale le 19 mars 2003.

¹⁷ Le référentiel OPC –Organisation de la prise en charge demande aux établissements, dans le cadre de la procédure d'accréditation, de démontrer la coordination et la transversalité des actions.

¹⁸ Intervention de Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, au cours d'une réunion avec les professionnels le 26 juin 2003.

¹⁹ Henry Mintzberg, 1982, *ibid.*

organisations pour favoriser les interactions entre personnes et accroître le succès des entreprises.

Michel Cremadez et François Grateau²⁰ démontrent également la nocivité de la confrontation et de l'absence de coordination entre les logiques médicales et gestionnaires à l'hôpital. Ils préconisent l'utilisation de mécanismes d'intégration dans les établissements pour développer la cohérence des actions vers des objectifs communs. C'est vers ce mode de gestion stratégique, transversal et décloisonné, que doivent s'orienter les efforts de l'équipe de direction. Ces visions se rencontrent pour démontrer l'importance et l'enjeu pour les gestionnaires hospitaliers et les médecins d'investir le champ de compétences de l'autre et de travailler dans un partenariat réel et constructif. De nombreux travaux de chercheurs en sciences humaines ont démontré l'impact en termes de performance et de motivation des personnels d'un mode de management participatif et responsabilisant. Dès les années soixante, Douglas Mac Grégor²¹ introduit le concept de management participatif dans les entreprises. L'approche développée dans ses travaux a apporté un éclairage nouveau sur la gestion des ressources humaines et l'importance de l'implication des acteurs dans leur travail. Appliqués spécifiquement au domaine hospitalier, différentes études internationales²² ont ainsi démontré qu'une culture d'organisation caractérisée par des rapports satisfaisants entre personnels médical et soignant permettent à un établissement d'obtenir de meilleurs résultats, notamment pour le taux de mortalité.

Les évolutions législatives de la dernière décennie prennent en considération le besoin de renouveau des structures hospitalières et offrent des potentialités d'organisation interne plus ouvertes et participatives. L'organisation en services, acquise depuis 1943²³, n'est plus la norme obligatoire²⁴. La loi du 31 juillet 1991²⁵ portant réforme hospitalière a institué les cadres actuels de l'organisation médicale interne aux établissements en unités fonctionnelles, services, départements fédérations. Une possibilité supplémentaire a été introduite par l'Ordonnance n° 96-346 de 1996 avec la possibilité pour les établissements

²⁰ Michel Cremadez et François Grateau, Le management stratégique hospitalier, 1997.

²¹ Douglas Mc Grégor, La dimension humaine de l'entreprise, 1960.

²² Ces études sont citées dans l'article de McKee et Healy, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2000.

²³ Décret n°891 du 17 avril 1943.

²⁴ La loi n° 87-57 du 24 juillet 1987 prévoit que les services peuvent comporter des pôles d'activité ou être regroupés en départements.

²⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991.

de créer des centres de responsabilité qui doivent bénéficier d'un budget et d'une délégation de gestion. Les centres de responsabilité sont créés à l'initiative du Chef d'établissement (formule privilégiée à Montpellier) ou à la demande des équipes hospitalières. Une délégation de signature peut être consentie au profit du coordonnateur du centre²⁶. Une circulaire précise les objectifs de cette nouvelle organisation : une gestion maîtrisée des moyens et l'amélioration de la qualité des prestations. La gestion interne des établissements hospitaliers évolue peu à peu sous l'influence des constats qui viennent d'être tirés ; cette évolution doit s'accélérer pour que nos établissements puissent faire face aux contraintes croissantes d'efficacité et d'efficience.

Le Plan Mattéi préconise ainsi « l'évolution de la gouvernance hospitalière » avec un partage du pouvoir de la direction avec le corps médical au travers du comité de direction, instance qui serait responsable de l'élaboration des projets stratégiques des établissements et de la gestion opérationnelle sous la présidence du Directeur. Il semble que sous l'influence de contraintes qui seront développées plus bas, le métier de Directeur d'hôpital évolue dans le même sens que dans les hôpitaux de l'Union européenne : vers l'apparition d'une équipe de direction élargie où un partenariat étroit avec le corps médical se manifeste par exemple par l'existence de Directeurs médicaux. Le CHU d'Oulu en Finlande, où s'est déroulé mon stage « extérieur » de 2 mois, comporte au sein de son équipe dirigeante le chef d'établissement, deux directeurs médicaux responsables de la qualité et de la sécurité des soins, la directrice des soins infirmiers et trois directeurs administratifs.

1.1.2 Des contraintes croissantes

a) Une obligation : la qualité des soins

Dès 1991, la loi exige des établissements de santé français qu'ils garantissent la qualité des soins qu'ils dispensent à leurs patients en instaurant une « *politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient* ». L'ordonnance de 1996 marque une avancée importante dans la rénovation des pratiques hospitalières car au delà des principes, elle définit le cadre dans lequel cette politique va s'exercer avec la création de la procédure

²⁶ Décret du 18 avril 1997

d'accréditation. Facteur de décloisonnement²⁷, la mise en place des démarches qualité et l'auto-évaluation requise par l'ANAES impliquent d'introduire une vision plus transversale et orientée sur les processus de prise en charge c'est-à-dire sur le patient. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirme l'orientation prioritaire du système vers la qualité dès son intitulé.

Dans le secteur sanitaire, la qualité est définie par l'Institute of Medicine²⁸ comme la :

« capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances du moment ».

En matière de soins, l'OMS ajoute une dimension primordiale à cette définition de la qualité des soins, celle du coût économique du traitement. La qualité dans le domaine sanitaire se définit donc comme :

« la démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

Le Code de la Sécurité sociale et le Code de déontologie médicale réaffirment l'importance de l'efficacité économique, l'efficience, dans le choix de la bonne pratique. Cette efficience se mesure selon deux axes : l'impact en termes de sécurité (coût avantages / risques) et le poids financier respectif de telle orientation médicale en relation à une autre produisant les mêmes résultats d'amélioration de la santé.

La qualité des soins, lorsqu'elle est envisagée par les organismes payeurs et les pouvoirs publics, intègre comme dans le monde industriel, l'idée d'efficience du système de santé ou d'un producteur de soins particulier. Il s'agit de répondre du mieux possible aux besoins des patients **en fonction** des ressources disponibles. Les projets d'amélioration de la qualité ont souvent pour objectif la maîtrise des dépenses et sont donc fondés sur l'hypothèse que les coûts liés à la qualité sont inférieurs aux coûts du résultat de la non-qualité. Cette hypothèse, transposée au monde de la santé n'est pas souvent partagée

²⁷ Cette notion ressort du travail mené par le groupe pluri-professionnel de l'ENSP dans le cadre du module inter-professionnel de santé publique de novembre 2002.

par les professionnels de santé européens, pour qui une plus grande qualité nécessite plus de moyens, en particulier dans nos systèmes de santé où la concurrence entre offreurs de soins reste relativement modérée. En revanche, la création dès 1951 de la Joint Commission of Healthcare Organisations (JCAHO) aux Etats-Unis montre tout l'intérêt porté aux démarches qualité dans un environnement concurrentiel²⁹.

Cet intérêt se développe également en Europe depuis une dizaine d'années : l'exemple des évolutions législatives françaises en est révélateur. La prise en compte du facteur qualité, démontré au travers de la procédure d'accréditation, devient de plus en plus un élément d'appréciation pour les tutelles³⁰. Alors que s'ébauchent la 2ème vague des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), le programme de travail 2003 de l'Agence³¹ prévoit qu'une recherche sera menée pour permettre aux ARH d'employer les résultats de l'accréditation d'un établissement comme un outil d'aide à la décision.

b) Une nécessité : L'optimisation économique

La qualité ne se situe donc pas seulement dans le registre de l'amélioration continue des prestations offertes aux usagers du système de santé. L'accroissement des contraintes économiques qui pèsent sur la santé en France et ailleurs impose de réduire ou à tout le moins de ralentir l'évolution des dépenses. Depuis 1983³², la pression financière s'exerce principalement sur les établissements hospitaliers publics avec l'introduction du budget global. Les ordonnances de 1996 prévoient de renforcer le contrôle des dépenses de santé avec d'une part la création de nouveaux organismes de tutelle hospitalière et d'autre part la fixation annuelle de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie

²⁸ Hurlimann C., **Approche conceptuelle de la qualité des soins**, 2001, p24.

²⁹ Le site de la JCAHO revendique d'ailleurs parmi les bénéfices apportés par cette procédure d'accréditation l'avantage compétitif qui en résulte («Benefits of JCAHO accreditation : Provides a competitive advantage») ; Source : http://www.jcaho.org/about+us/jcaho_facts.htm

³⁰ Pour de plus amples développements, Module inter-professionnel de santé publique, 2002.

³¹ Ce programme de travail a été approuvé par le Conseil d'administration de l'Agence le 6 février 2003 ; il est disponible sur le site de l'ANAES :

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametrage.nsf/accueilpresentation2?readform>

³² Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale).

et d'un taux d'évolution au travers des lois de financement de la sécurité sociale³³. Les établissements publics ne sont plus les seuls offreurs de soins à se retrouver soumis à une logique de réduction des coûts. Les structures hospitalières doivent *a fortiori* rester dans la contrainte budgétaire imposée par les ARH dans la mesure où tout déficit est interdit à un établissement public.

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) peut considérablement accroître la pression financière qui pèse sur nos structures. Dans un premier temps, il est proposé que l'application de cette tarification ne s'applique qu'à 10 % du budget global des établissements. Cette proportion serait augmentée de 10 % en 2004. Le CHU de Montpellier, comme de nombreuses structures de taille importante, a des coûts fixes élevés, essentiellement induits par les charges de personnel. Diverses simulations réalisées par le service de Contrôle de Gestion et d'analyse stratégique tendent à montrer que le dernier scénario évoqué pour la mise en place de la T2A représenterait une perte d'environ 3% pour l'établissement. L'impact prévisible de la T2A constitue donc un catalyseur de changement extrêmement fort pour le CHU.

L'un des objectifs majeurs de la réorganisation en centres de responsabilité est ainsi de réduire les coûts fixes, résultat attendu de la mise en cohérence des structures de prise en charge (les centres de responsabilité) avec l'activité produite. Différentes études américaines³⁴ et françaises³⁵ soulignent une taille optimale d'environ 200 lits pour un établissement de Médecine- Chirurgie- Obstétrique. Plusieurs facteurs ont été pris en compte par ces études aussi bien la qualité des résultats des hôpitaux que les économies d'échelles réalisées. Les hôpitaux trop importants et trop peu spécialisés sont quant à eux défavorisés. La théorie des rendements décroissants s'applique en effet au-delà de 400 lits avec des « *déséconomies d'échelle* »³⁶ importantes après 650 lits. Les établissements hospitaliers doivent donc se restructurer sur **le modèle de « cliniques »** de taille réduite et à la spécialisation médicale forte. Les exemples de restructurations réussies selon ce modèle ne manquent pas en Europe ; à titre d'illustration, on peut citer les CHU de Karolinska à Stockholm ou d'Oulu en Finlande³⁷.

Le projet Chemins cliniques, nous le verrons, se fixe également comme ambition de diminuer ces coûts fixes en abordant ce problème dans un premier temps sous l'angle de l'amélioration de l'enchaînement des séquences critiques par centres de responsabilité

³³ Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

³⁴ Martin McKee et Judith Healy, **Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation**, 2000.

³⁵ Paul Mazenod, **La bonne taille d'un établissement hospitalier**, 2000

³⁶ Martin et Healy, 2000, p179

³⁷ Congrès de La Baule, AEAE –ENSP, mars 2003.

(consultations, hospitalisations, examens, transports...). Ce travail sur l'organisation à l'échelle d'un centre de responsabilité peut permettre d'optimiser les moyens dévolus à une activité donnée. Dans un deuxième temps, le projet Chemins cliniques doit aboutir à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) pour les pathologies faisant l'objet d'un chemin clinique.

A cet égard, il faut signaler un facteur d'inefficience fort introduit par la dernière mouture de la T2A (toujours non définitive). Il est prévu des abattements dans la rémunération d'une activité donnée pour les établissements dont la DMS serait inférieure de plus de 2 jours à celle de la moyenne des établissements français. Toute diminution des coûts fixes possible grâce à un effort important d'un hôpital se verrait amputée de la part supérieure pour des motifs qui échappent à l'analyse rationnelle lorsque l'on connaît la variabilité (sans danger démontré pour les malades) des durées moyennes de séjour pour les mêmes prises en charge entre les pays développés. Malgré ce problème, on comprend bien tout l'intérêt que représente pour le CHU de Montpellier la diminution de ses coûts fixes dans le contexte de la tarification à l'activité.

1.2 La déconcentration de gestion au CHU de Montpellier

Face aux constats qui viennent d'être tirés, l'organisation traditionnelle d'un CHU apparaît donc incapable de répondre avec une réactivité qui soit satisfaisante pour les usagers, les personnels et les décideurs. La réforme de l'organisation du CHU de Montpellier s'inscrit pleinement dans ce cadre.

1.2.1 Le projet de création de centres de responsabilité

a) L'élaboration institutionnelle du projet de réorganisation

Le projet de réorganisation du CHU de Montpellier intègre les différentes dimensions qui ont été présentées. Les objectifs sont de plusieurs niveaux : rationalisation économique pour faire face autant que possible à la mise en place de la T2A ; cohérence des filières de prise en charge ; management participatif pour résorber une part du malaise hospitalier et associer plus étroitement qu'avant le corps médical aux choix stratégiques. A cet égard, il faut noter que le CHU de Montpellier inclut dans son organigramme présenté en

annexe un **Comité stratégique tripartite** (direction des soins, médecins, direction générale et directeurs de Départements) dès janvier 2003.

L'objet de ce paragraphe est de présenter dans les grandes lignes l'état d'avancement du projet institutionnel. Quatre groupes de travail ont été réunis autour d'un comité de pilotage stratégique pour élaborer le cadre de cette réorganisation. Ces groupes sont conduits et animés par un binôme Directeur de Département – médecin.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- Le premier groupe travaille sur le **périmètre des centres** de responsabilité conformément à une logique médicale qui est présentée plus bas.
- Le deuxième groupe se concentre sur la définition du **mode de fonctionnement interne** des centres de responsabilité. Il propose la nomination à sa tête d'un triumvirat composé du coordonnateur (médical), d'un adjoint soignant (cadre supérieur de santé probablement) et d'un adjoint administratif (attaché d'administration hospitalière).
- Le troisième groupe synthétise le **cadre juridique** de cette réorganisation et les possibilités offertes par les textes. Il définit également le contrat-type qui sera passé entre le CR et la Direction générale du CHU.
- Le dernier groupe de travail étudie les demandes, les besoins et les possibilités en matière de **déconcentration - délégation de gestion** aux centres de responsabilités. La plupart des domaines qui seront délégués ont été quasi-définitivement arrêtés. La définition des compétences déconcentrées est élaborée en fonction des demandes formulées : domaines des ressources humaines, commande de prestations de service « packagées », élaboration et suivi du budget de CR... Les procédures relatives à ces délégations de gestion sont largement formalisées.

A ce jour, le projet se trouve dans la phase de formalisation et de présentation devant les instances du CHU pour respecter un calendrier de mise en place des CR au début de l'année 2004. Le périmètre des centres de responsabilité a été approuvé par la Commission médicale d'établissement (CME) du 9 septembre 2003 et le comité technique d'établissement (CTE) du 12 septembre dans le sens du respect de grandes filières de prise en charge.

b) Les filières de prise en charge

La définition des grandes filières de prise en charge s'est largement inspirée d'un travail réalisé au cours de l'année 2002 par l'unité d'analyse stratégique du Département de l'Information Médicale (DIM) et le contrôle de gestion. Cette étude nommée «Carte

stratégique » a analysé les données PMSI (j'ai pu participer aux réunions de travail pendant le premier stage au CHU de Montpellier). Les résultats ont démontré que plusieurs filières de prise en charge très spécifiques peuvent être isolées au sein de l'établissement.

La filière de soins la plus cohérente mise en évidence par cette analyse est celle relative aux enfants : les parcours pédiatriques s'illustrent par une remarquable cohérence, passant dans un ensemble bien délimité de services pour lesquels ils représentent la quasi-totalité de la clientèle. Une autre illustration des plus significatives souligne l'homogénéité de trajectoires des patients dont le diagnostic principal relève de la catégorie majeure de diagnostic 1 - système nerveux ou de l'Outil d'analyse du PMSI AD – système nerveux. Un certain nombre de services interviennent dans leur traitement et pour ces services, ces patients représentent plus de 95 % de leur recrutement.

Cette logique centrée sur la prise en charge des patients a été confrontée dans les faits à une logique « métier ». La réforme est finalement le fruit d'un compromis entre des souhaits plus « subjectifs » et un objectif d'amélioration et de rationalisation de la prise en charge.

1.2.2 L'organisation administrative et logistique au service des CR

a) Une réforme inspirée des principes de l'ANAES

En décembre 2002, la Direction Générale a pu présenter les lignes principales de la restructuration des directions. Quatre départements regroupent les anciennes directions fonctionnelles et d'établissement en s'inspirant des principaux référentiels de l'ANAES pour aller dans le sens d'une politique qualité efficace et d'une meilleure prise en compte des besoins des patients.

Le premier département, **le Département de l'Offre de soins et de la Clientèle (DOSC)** a pour mission principale d'organiser la prise en charge des patients en suivant les référentiels Organisation de la prise en charge des patients ; Droits et information du patient et Dossier du patient. Le DOSC est issu du regroupement des directions d'établissements, modernisé pour s'adapter à l'évolution hospitalière par l'adjonction d'une direction de la Clientèle et d'une équipe projet Organisation de la Prise en Charge (OPC) qui devra conduire et accompagner le changement organisationnel du fonctionnement des services cliniques.

Le **Département des Ressources et de l'Ingénierie (DRI)** a pour vocation les référentiels Management et Gestion au service du patient (Management des secteurs d'activité Gestion des ressources humaines Gestion des fonctions logistiques Gestion du système d'information). Le DRI doit répondre de la façon la plus efficace possible aux besoins exprimés par les centres de responsabilité en partenariat avec le Département 1 et met en place les transferts de ressources aux centres de responsabilités.

Le **Département Qualité et Gestion des risques** assure la supervision au sens large des politiques de qualité et de sécurité du CHU, intégrant la sécurité des biens et des personnes, les éventuels contentieux liés et la sécurité incendie. Il répond aux exigences des référentiels ANAES Gestion de la qualité et prévention des risques ; Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle ; Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.

Le Département Recherche, Relations Internationales, Relations avec l'Université et Affaires Juridiques (DRIUJ) s'attache à promouvoir les problématiques spécifiques d'un CHU en lien avec l'université, la recherche et la coopération internationale. Il aura également une fonction de conseil juridique.

b) Les Directions Fonctionnelles au service des centres de responsabilité

Les directions fonctionnelles sont pour l'essentiel regroupées au sein du DRI qui intègre également la pharmacie centrale et l'unité d'analyse stratégique du DIM. Placé sous l'autorité d'un directeur de département, le département s'est structuré en trois pôles pour remplir de manière coordonnée et efficace les missions qu'il s'est fixées.

Le Département des Ressources et de l'Ingénierie doit tout d'abord favoriser une meilleure coordination des ressources aussi bien logistiques que financières ou humaines dans un souci de qualité, de rationalisation et de mise en commun des moyens. Dans l'optique de la délégation de gestion aux centres de responsabilité, le DRI a ainsi entamé une procédure d'audit interne de ses pratiques et des limites induites notamment par les systèmes d'information disponibles en l'état. L'acquisition en cours d'un Progiciel de Gestion Intégrée devrait offrir de nouvelles fonctionnalités au système d'information pour mieux accompagner la réorganisation en CR du CHU.

Le DRI se fixe également pour objectif de rationaliser le fonctionnement des services qui le composent en vue de redéployer des moyens des actuelles directions fonctionnelles au

plus près du terrain lors de la création des centres de responsabilité. Il est ainsi envisagé de redistribuer les moyens disponibles dans les bureaux locaux de gestion des établissements du CHU au niveau des centres de responsabilité.

Le volet ingénierie vise enfin à éclairer les décisions stratégiques de la Direction Générale en effectuant des missions d'études et de prospective dans des domaines logistiques, biomédicaux ou médico-économiques.

2. L'amélioration de l'organisation des prises en charge

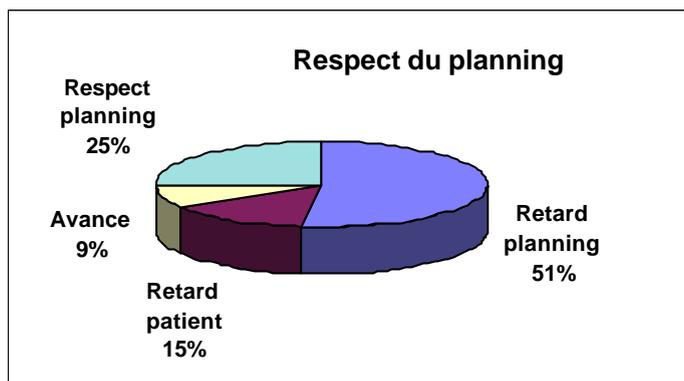
Ces objectifs ambitieux, décloisonner le fonctionnement de l'hôpital et optimiser les prestations logistiques, ne constituent toutefois que les composantes les plus traditionnelles de la réforme entreprise par le CHU de Montpellier. La dimension la plus originale réside dans la volonté de revoir l'organisation de la prise en charge.

2.1 Une nécessaire réforme en profondeur

2.1.1 Les dysfonctionnements : un constat toujours d'actualité

La prise en charge du patient souffre de dysfonctionnements majeurs qui génèrent des pertes de temps significatives et donc l'allongement des durées de séjour. Ce constat ressort d'une étude menée en 1997³⁸ : l'observation s'est déroulée du 3 au 7 novembre 1997 et a porté sur les patients des services des Maladies de l'Appareil Digestif (St ELOI) et d'Urologie (LAPEYRONIE). Pour les services d'imagerie, l'étude a eu lieu du 28 au 31 octobre (Imagerie St ELOI) et du 3 au 7 novembre 1997 (Imagerie LAPEYRONIE) et a porté sur 1125 patients ce qui correspond à 75% de l'activité réelle de ces journées.

³⁸ Cette analyse a été menée dans le cadre de l'élaboration du schéma directeur informatique PRISME de la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation 1998-2001, « Améliorer la qualité des soins, la productivité et le pilotage opérationnel », septembre 1998.



L'accueil en consultation externe s'il est généralement programmé (à 97 %) n'est pas réparti de façon uniforme sur la journée. L'horaire de consultation n'est respecté que dans 25 % des cas, 2/3 des patients étant vus en retard. L'attente moyenne s'élève à 38 minutes.

Lors de son accueil en hospitalisation, le patient rencontre également plusieurs difficultés. Si 78 % des personnes sont attendus, seuls 16 % ont réalisé les formalités de pré-admission. La majorité des patients sont connus du service d'hospitalisation (86 %) ; malgré cela, le dossier médical n'est présent que dans 2/3 des cas. La date de sortie est planifiée dès le jour de l'arrivée pour seulement 32 % des patients. Enfin, comme pour l'arrivée en consultation, les horaires d'entrée et de sortie n'obéissent à aucune règle cohérente.

Au cours de l'hospitalisation, des examens d'imagerie sont fréquemment pratiqués ; toutefois le taux de programmation reste plutôt faible (64 %). L'analyse de deux services d'imagerie a démontré que la présence en radiologie est de 49 minutes par patient en moyenne : ce temps se décompose en 22 minutes d'examen et 26 minutes d'attente (avant et après l'examen). Pour les patients invalides, cette attente se prolonge 40 minutes. En 1997, la cause de retard principale réside dans les délais liés service des transports. Toutes ces observations sont reproductibles pour les examens d'endoscopie.

Si le patient doit subir une intervention chirurgicale, un phénomène surprenant se produit : les patients arrivent très en avance le matin sur le planning d'intervention puis de plus en plus en retard au cours de la journée. L'engorgement du service des transports au cours de la journée constitue le facteur explicatif qui éclaire sur ce « stockage » des patients le matin.

Dernière étape du séjour (mais pas de la prise en charge), les sorties sont repoussées dans 3,5 % des cas de 0,75 jour en moyenne pour attendre des résultats d'examens. La date de sortie est anticipée (par rapport à l'état clinique du patient) dans 7,5 % des cas de 2 jours en moyenne pour libérer un lit. La consultation de contrôle est déjà programmée dans 60 % des cas : il faut souligner que les raisons de non-programmation n'apparaissent pas justifiées médicalement. Moins de la moitié des personnes repartent avec les documents nécessaires à leur sortie ; le document manquant est principalement la lettre au médecin traitant. Il faut ici souligner que les services les plus « chargés » produisent ces documents avec la plus grande régularité, ce qui prouve que le

comportement et l'organisation jouent un rôle majeur dans la qualité du service rendu aux patients.

2.1.2 Les fondements théoriques

a) Le concept d'agenda du patient

Face à ces constats, il est apparu clairement aux acteurs du CHU de Montpellier que la prise en charge hospitalière s'organisait plus autour des contraintes des différentes unités de l'hôpital (transports, services de soins, services d'imagerie...) qu'autour du patient lui-même. Réduire les difficultés de fonctionnement des «goulets d'étranglement » de la chaîne de soins c'est-à-dire des points critiques de la trajectoire de soins, comme le service des transports en procédant à l'informatisation de cette fonction, peut corriger une part des dysfonctionnements listés précédemment.

Poussant plus loin le raisonnement, la notion d'agenda du patient exprime l'idée qu'il faut « centrer autour du patient l'emploi du temps hospitalier »³⁹. Développé au cours des conférences données dans le cadre d'Hôpital Expo 2002 par plusieurs responsables hospitaliers⁴⁰, ce concept désigne un modèle de gestion prévisionnelle des soins qui s'efforce de promouvoir une organisation centrée sur le résultat : produire une prise en charge pour un patient. Cette prise en charge doit se faire de manière optimisée c'est-à-dire en s'assurant de la bonne adéquation entre la durée de séjour et le besoin du patient, sans que cette durée de séjour soit influencée par les contraintes propres des professionnels.

Comme le montre l'étude mentionnée plus haut, ce sont un changement de pratiques, de comportements et une refonte des modes d'organisation qui constituent les préalables impératifs à une prise en charge concrètement centrée autour du patient. Les établissements doivent d'abord évoluer d'une approche «métier » vers une approche

³⁹ Citation extraite de l'intervention de Jean-Luc Chaize, alors responsable du Conseil en Organisation Hospitalier du CHU de Montpellier et Président de l'Association Nationale des Ingénieurs en Organisation Hospitaliers (ANIORH).

⁴⁰ Les résumés de ces interventions peuvent être retrouvés dans la Revue Hospitalière Française, mars-avril 2002.

transversale. Ce changement de pratiques doit d'une part permettre d'assurer un meilleur niveau de qualité des soins : une culture de planification et de travail en commun permet notamment de discuter des prises en charge et des pratiques médicales ou soignantes au travers de l'instauration de protocoles. D'autre part, travailler dans ce cadre programmé doit réduire les pertes de temps et les attentes entre les séquences de la prise en charge d'un patient, ce qui aboutit à des économies non-négligeables par la réduction possible des DMS. Toutes ces notions seront développées plus spécifiquement lors de l'analyse des chemins cliniques. Au plan international, les théories et les applications de « *managed care* » sont nombreuses et particulièrement développées outre-Atlantique, au Canada et aux Etats-Unis.

b) Le modèle du *Supply Chain management*

Le modèle industriel de *Supply chain management* fournit un cadre théorique riche d'enseignements aux théoriciens du changement et aux décideurs du monde industriel. Ce modèle fournit l'ossature théorique de la réflexion menée au CHU de Montpellier⁴¹.

Le concept de *Supply Chain* ou de **gestion de la chaîne logistique**⁴² désigne l'ensemble des ressources et des choix de stratégie clientèle qui remplissent les fonctions d'achat, transformation de biens en produits intermédiaires puis produits finis et la distribution de ces produits finis au client. Ce modèle théorique d'organisation de la production se retrouve à la fois dans les industries et dans les entreprises de services. La complexité de la chaîne peut varier selon le type de production et selon l'entreprise.

Le *Supply chain management* est un modèle collaboratif de travail qui prétend intégrer les différentes compétences et les différents types de métiers dans la « chaîne de production ». Deux notions sont particulièrement importantes : la vision systémique, globale de la chaîne de production ; l'objectif de flux tendu. La fonction principale du management de la chaîne de production est d'optimiser, minimiser les coûts et de réduire les délais⁴³ avec une préoccupation centrale : satisfaire les exigences du client.

Dans le cadre hospitalier, une *Supply Chain* pourrait être représentée ainsi⁴⁴:

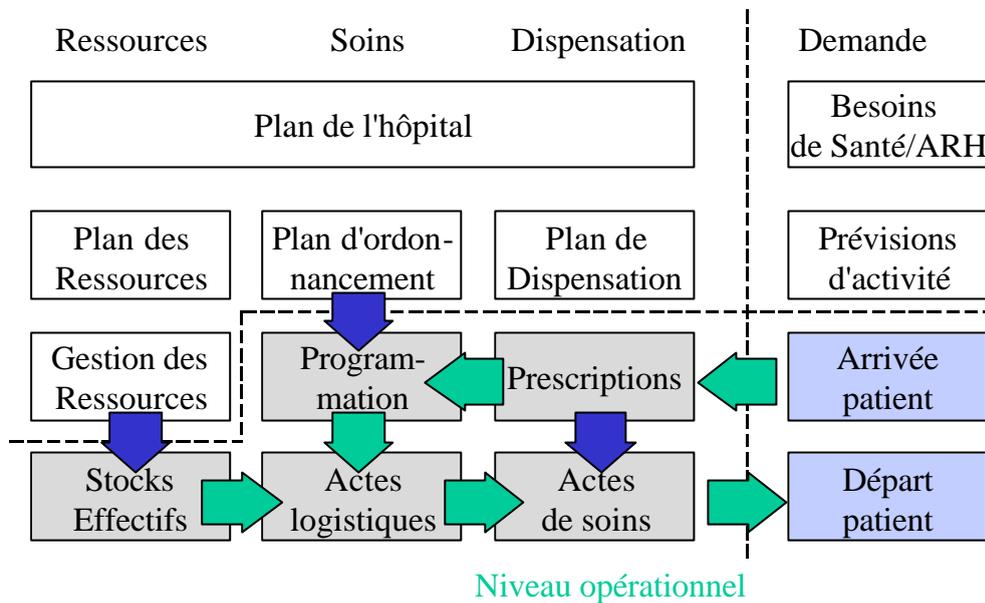
⁴¹ intervention de Gilles Launay, Directeur- Adjoint et maître de stage lors de la conférence « l'Agenda du patient » précédemment évoquée.

⁴² Cette traduction est proposée par Fouad Riane, Florence Pirard, respectivement professeur et chercheuse à Mons, Belgique ; Les points-clés d'une Supply Chain, <http://www.productique.org>

⁴³ Arntzen, Brown, Harrison et al., **Global Supply Chain management at digital equipment corporation**, 1995.

⁴⁴ Cours de Gilles Launay aux élèves du DESS Information médicale à l'Hôpital, Sup de CO Montpellier.

Le modèle hospitalier



Ce modèle théorique apporte un enseignement pratique fort en termes d'organisation interne des établissements: l'importance de la mise en cohérence de la planification, de la programmation et plus généralement de la réflexion sur les articulations entre les différentes fonctions de l'hôpital (organiser le réseau des prestataires de services internes, prestataires du point de vue du patient). Des gains économiques et de qualité de prestations très significatifs sont signalés grâce à l'utilisation de ce modèle systémique dans de grandes entreprises⁴⁵. Le système d'information doit être un support de la mise en place d'une telle gestion avec par exemple un progiciel de gestion intégrée⁴⁶.

⁴⁵ An introduction to Supply Chain Management, Ram Ganeshan, Terry P. Harrison, 1995.

⁴⁶ Synthèse de la conférence donnée par Bill Belt, professeur à l'Ecole des Mines de Paris, lors de la dernière édition du salon Progiciels.

2.2 Les ambitions du Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle

2.2.1 Les missions du Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle: une structure originale

a) La structure du DOSC

Le Département de l'Offre de soins et de la Clientèle offre une structure originale qui va être brièvement présentée : il réalise d'une part la synthèse des directions d'établissements. D'autre part, plusieurs pôles d'activité à vocation transversale sont regroupés en son sein. La Direction Coordination Générale des Soins figure formellement dans l'organigramme du DOSC en sus de sa position transversale aux côtés de la Direction Générale pour assurer la cohérence des actions de l'ensemble des soignants, médicaux ou para-médicaux. Deux composantes à vocation transversale du Département sont l'équipe projet OPC dont le rôle est présenté largement plus bas et le Pôle Clientèle.



L'équipe du DOSC est composée de 9 directeurs, y compris le Directeur des Soins et du responsable du pôle Clientèle. Les Directeurs et responsables du DOSC se rencontrent à une fréquence hebdomadaire ce qui permet une bonne communication entre ses différentes composantes. Un regroupement géographique est prévu prochainement entre le Directeur de Département, le pôle Clientèle et l'équipe projet Organisation de la prise en charge (OPC) dans l'enceinte de la Direction du site Lapeyronie -Arnaud de Villeneuve.

b) Les missions du DOSC

Les missions du DOSC, en relation avec les référentiels de l'ANAES qui constituent son cadre de référence, s'inscrivent pleinement dans une logique transversale. Pour mener à bien cet objectif d'amélioration de la prise en charge du patient, le DOSC doit s'investir aux côtés des autres Départements dans la définition des règles d'activation des ressources du DRI tout particulièrement, du DQGR et du DRIUJ. Le Département participe à la rédaction des principes de la réorganisation interne du CHU en centres de responsabilité et des modalités de la délégation de gestion. Les Directeurs du DOSC apporteront une assistance méthodologique aux CR pendant la phase de montée en charge. Par ailleurs, ils supervisent les projets du Contrat d'objectifs et de moyens signés avec l'ARH. Enfin, le DOSC contribue à la définition des arbitrages et des projets stratégiques de l'établissement.

Son rôle spécifique s'étend également à la redéfinition des modes d'organisation de l'offre de soins. L'offre et l'accès aux soins (clientèle) recouvrent l'ensemble des prestations de service fournies aux usagers pour satisfaire le besoin de santé des patients du CHU. Le DOSC est responsable de la qualité des soins par la définition des référentiels qualité à mettre en oeuvre et par la mobilisation coordonnée de l'ensemble des ressources médicales, para-médicales, logistiques et administratives. Le Département doit donc **organiser**, et ce dans la contrainte des moyens disponibles, l'offre de soins interne. Pour cela, l'équipe d'ingénierie OPC se propose notamment de participer à la redéfinition du fonctionnement des unités de soins, para-médicales, cliniques ou médico-techniques. Ce travail se fait en partenariat étroit avec les structures extérieures : le DOSC recouvre ainsi le développement et l'évaluation des réseaux au travers de l'équipe OPC et les relations avec les associations de malades et la commission de conciliation via le pôle Clientèle. Ce dernier compte dans ses missions l'amélioration et l'optimisation de la fonction accueil (secrétariats médicaux, bureaux des entrées) ainsi que la gestion des dossiers médicaux, conformément aux objectifs prévus dans la loi du 4 mars 2002.

L'équipe OPC est présentée plus longuement dans le paragraphe suivant.

2.2.2 Les ambitions de l'équipe OPC : la gestion de production

a) L'équipe projet Chemins Cliniques

Des compétences très variées sont sollicitées pour mener à bien l'ingénierie de réorganisation qui constitue l'ambition de l'équipe OPC.

La présentation des acteurs de ce projet doit s'effectuer en deux temps. En premier lieu, l'équipe OPC du DOSC doit être spécifiquement présentée. Cette équipe, mise en place en février 2003, se compose d'un Directeur- adjoint, Gilles Launay et d'une équipe temps plein composée d'un adjoint des cadres –chef de projet, Michèle Bonnin, du chef de projet réseau, Marc Deloffre, d'une contrôleur de gestion – gestionnaire de production, Nathalie Narp et de moi-même, Elève-Directeur (la notion de temps-plein devenant ici très relative). Cette équipe se concentre sur le **réengineering des séquences critiques** et de leurs interfaces.

Elle s'enrichit de la présence du Docteur Geneviève Roblès⁴⁷, praticien hospitalier, responsable de la **partie clinique du projet** (pilotage du projet, écriture et suivi du Chemin clinique) assistée pendant 4 mois de Roma Brijmohun, en tant que contrôleur de gestion stagiaire de l'Ecole supérieure de Commerce de Montpellier. Guylaine Loubet, professeur de l'Ecole supérieure de Commerce de Montpellier, apporte son expertise à ce projet. Deux stagiaires sont également restées une courte durée (un à deux mois) et se sont concentrées sur l'étude des établissements d'aval et des conventions passées par le CHU avec des partenaires ou associations.

L'équipe responsable du projet Chemins Cliniques est plus large que les seuls membres de l'équipe OPC. Elle inclut au DOSC Marthe Bisly, Directeur Coordonnateur général des Soins et au DIM, le Dr Didier Hève, praticien hospitalier responsable de l'Unité d'Analyse stratégique. Le Conseil en Organisation (CO) placé auprès de la Direction Générale intervient dans le projet de façon très opérationnelle ; ses intervenants constituent la seconde moitié de l'équipe d'ingénierie OPC temps plein présentée. Il s'agit de Nadine Bono, Julia Penel, Mélanie Cruvellier et Christine Viarouge, responsable du CO⁴⁸.

⁴⁷ Geneviève Roblès suit de surcroît un mastère en management et gestion médicale de l'Institut Supérieur de Communication et de Management médical.

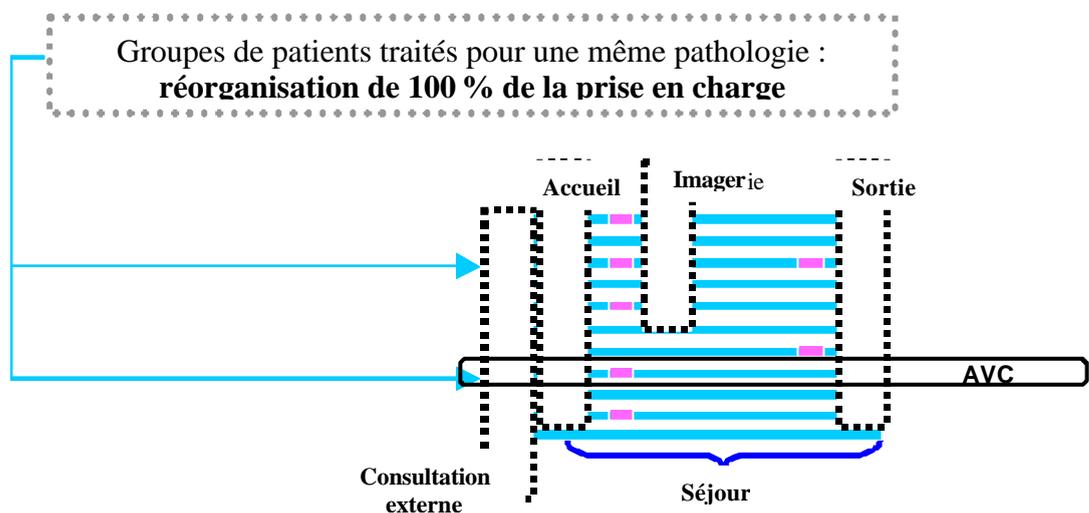
⁴⁸ Jean-Luc Chaize participait initialement au projet en tant que responsable du Conseil en Organisation. Il est désormais responsable du Pôle Clientèle.

b) Les ambitions : la gestion de production

L'équipe projet OPC se propose, dans le cadre théorique évoqué par ailleurs, de contribuer à un **travail de gestion de production** au sens d'une amélioration de la prise en charge et d'une plus grande planification de l'intervention des ressources de l'établissement.

Divers projets en ce sens sont ainsi menés de front ou en cours d'élaboration par cette « jeune » structure :

- Les projets de Réseaux de santé : ce projet inclut le développement de méthode d'évaluation des réseaux
- Une étude sur les files d'attente au CHU de Montpellier et leur évaluation
- Le projet Chemins Cliniques : deux dimensions sont traitées par ce projet. La première se concentre sur l'élaboration de **Chemins cliniques** : ces plans cliniques prévisionnels sont destinés à régler précisément le déroulement des séjours de groupes de patients par pathologies ; la seconde a pour objectif d'améliorer pour l'ensemble des patients d'un groupe de services le déroulement et l'enchaînement des séquences de prise en charge



- Le projet Filière d'aval : il s'agit d'un travail centré sur la réduction des difficultés de sortie des patients par le biais d'une étude et de mesures correctrices comme le conventionnement avec des établissements d'aval ou des réorganisations en interne (anticipation, amélioration des dossiers...)

L'équipe OPC entend par ailleurs se saisir de tout dossier nouveau susceptible d'apporter à l'organisation de la production des soins une valeur ajoutée importante. Certains projets menés par l'équipe découlent d'ailleurs directement des constats tirés lors du projet Chemins Cliniques :

- Projet incident : réorganisation du service d'ophtalmologie
- Projet incident : travail en partenariat avec le pôle Clientèle sur la fonction accueil de l'établissement de Gui de Chauliac

B. le projet chemin clinique : la réorganisation des séquences critiques

La modernisation des structures hospitalières est une nécessité : le Département de l'Offre de Soins et de la Clientèle s'efforce de placer cette entreprise de modernisation au plus près du patient.

1. Le diagnostic de l'organisation de la prise en charge

1.1 Un travail sur l'efficacité et l'efficience

1.1.1 La méthodologie pilote du projet

a) L'élaboration d'une méthode de travail

La définition de l'équipe OPC - CO et des rôles et responsabilités de chacun s'est achevée courant mars. La méthodologie générale adoptée pour procéder à l'audit puis à la réorganisation des séquences critiques est celle d'une conduite de projet traditionnelle : réunion de comités de pilotage (COPIL), de groupes de travail dans une démarche d'évaluation – propositions – corrections. Au vu des difficultés à réunir d'emblée un COPIL « tous services », la démarche service par service a été privilégiée tout en gardant la perspective des futurs CR. Une démarche systématique vis-à-vis des divers services a donc été adoptée (une même méthode, les mêmes indicateurs généraux). Pour pérenniser cette réorganisation, la démarche choisie est participative : l'implication des personnels des pôles d'activité se fait lors des comités de pilotage et de la détermination

des grandes orientations de travail. Les groupes de travail sont composés de référents volontaires qui viennent volontairement (ou non) assister et participer à la réflexion. Le nombre de référents envisagés pour mener ce travail de diagnostic et de réorganisation s'élève à environ 200 personnes dans les ensembles Pédiatrie et Tête et Cou. Les groupes de travail sont animés par des membres de l'équipe projet selon le principe de la « parité » entre représentants du CO et DOSC. Ces groupes valident les observations réalisées, le diagnostic et participent à la définition des mesures d'amélioration.

L'équipe projet a voulu tirer les conséquences des dysfonctionnements mis en évidence par l'étude réalisée en 1997 « Améliorer la qualité des soins... »⁴⁹. Le circuit des patients a donc été modélisé comme un circuit patient théorique. Un logigramme idéal de déroulement d'une consultation externe a été élaboré par le Docteur Roblès et M. Chaize. Les processus séjour, examens... ont également été décrits. Le diagnostic doit permettre de mesurer les éventuels écarts entre les trajectoires réelles et la prise en charge « idéale » en termes de qualité et d'efficience.

La méthode d'évaluation et de diagnostic privilégie un découpage par phases de la prise en charge : les **modalités critiques** étudiées sont principalement les consultations externes ; le séjour qui se découpe en modalités : accueil, prise en charge médicale et soignante, sortie. D'autres séquences commencent également à être analysées : l'accès à l'imagerie ; les blocs opératoires ; les explorations fonctionnelles. Le champ d'application non médical de cette réorganisation inclut également l'ensemble des fonctions intervenant autour du patient (administratives, techniques, logistiques...). Des indicateurs doivent permettre d'objectiver les problèmes soulignés par les réunions des groupes. Un premier échantillon d'indicateurs et d'outils de mesure a été construit par l'équipe projet d'après les référentiels de l'ANAES⁵⁰, les expériences du CHU ou les normes réglementaires. Le diagnostic établi avec les référents des services pour chacune des modalités sert de base de réflexion aux propositions de mesures correctrices ou de réorganisation d'un processus.

A l'issue du diagnostic, des plans d'actions seront présentés au cours du deuxième comité de pilotage du service pour validation et choix des mesures prioritaires. L'objectif de ce projet est de se placer dans une perspective d'amélioration continue de la qualité

⁴⁹ Etude menée dans le cadre du schéma directeur informatique, septembre 1998.

⁵⁰ Notamment, les référentiels Organisation de la prise en charge des patients ; Droits et information du patient et Dossier du patient.

d'après le cycle bien connu de la roue de Deming⁵¹. Le chemin clinique constituera dans ce cadre un outil essentiel d'organisation du traitement d'une pathologie : un effet de type cercle vertueux est escompté dans le groupe de services concernés après la mise en place du chemin clinique. Des leviers de changement classiques seront également mis en place : pilotage, outils de coordination et d'évaluation (tableaux de bord...), formations.

b) Les principes de l'assurance qualité du projet

Le lancement d'un projet de cette importance ne peut pas se faire sans la définition des principes d'assurance qualité : il faut rappeler que ce projet doit solliciter plusieurs heures de réunion et de validation de la part des référents. Un **plan d'assurance qualité** a été développé au fur et à mesure des évolutions du projet durant la phase pilote. Le référentiel du projet est en cours d'élaboration par le CO et le DOSC – OPC. Des supports communs sont utilisés par les animateurs de groupes de travail : protocole d'étude, grilles de questions, grilles d'indicateurs, relevés de décision... L'équipe projet s'est de plus fixé pour objectifs l'utilisation des indicateurs et outils de recueil de l'information pré-existants dans les services pour éviter de « faire doublon » et valoriser le travail d'évaluation actuel.

Dans le cadre de sa démarche qualité, l'équipe projet s'est engagée à faire une diffusion rapide (dans les 10 jours) des outils et supports du travail avec les unités. Ce principe est présenté lors du premier comité de pilotage. Les informations communiquées au cours de cette réunion sont transmises à l'ensemble des participants et aux personnes-référentes qui collaborent aux groupes de travail pour correction et validation. Les documents de synthèse des groupes de travail sont diffusés aux participants selon le même engagement de rapidité, validés et corrigés lors des réunions suivantes par les référents.

Un instrument de planification et de mesure des écarts entre le prévisionnel et la réalisation a été construit par l'équipe OPC sous la forme d'une base de données Access : cet outil sera mis en œuvre très prochainement. Ce tableau de bord de suivi, accessible à tous les membres de l'équipe projet, permet d'accéder rapidement aux documents produits, au calendrier prévisionnel des réunions et aux comptes-rendus déjà produits. Il a pour objectif de faciliter le partage et la diffusion des informations et l'évaluation de la démarche grâce aux indicateurs de qualité qu'il permet de recueillir (délais de production des comptes-rendus, évaluation de la charge de travail...).

⁵¹ W. Edwards DEMING, statisticien et philosophe, a élaboré une roue d'amélioration de la qualité, le Cycle PDCA - *plan, do, check, act* : plan d'actions, mise en œuvre, évaluation, actions correctrices.

1.1.2 Le déroulement du travail

a) Le choix du périmètre d'action

Le champ d'actions privilégié initialement comporte deux filières de prise en charge : la Pédiatrie et les services spécialisés sur les pathologies de l'appareil Tête et Cou. Ces deux ensembles comportent 21 services et recouvrent 27 % des entrées et 21 % des consultations en MCO au CHU⁵². Ces deux filières de prise en charge ont été signalées comme très cohérentes par l'étude médico-économique de la carte stratégique. Dans le cadre du découpage en CR au début de l'année 2003, il semblait logiquement pertinent de suivre au mieux le futur contour des centres de responsabilité⁵³. Des gains d'échelle sont attendus en accompagnant au mieux la création de ces deux pôles (trois CR) dont la taille semble optimale (274 lits pour Tête et Cou).

D'autres éléments déterminants ont motivé ce choix : je ne développerai ici que les facteurs déterminants relatifs au pôle d'activité Tête et Cou (CR présentés en annexe 2). Les disciplines concernées sont en perte de vitesse : leur part de marché baisse au profit du privé, plusieurs praticiens ont quitté l'institution et la faiblesse des taux d'occupation de certains services incitent à agir. Des défauts d'organisation récurrents existent et mettent parfois en péril la continuité et la permanence des soins. Les éléments de benchmarking avec d'autres CHU montrent une situation de ces disciplines qui doit être améliorée. Enfin, des critères d'opportunité incitaient à agir : le départ prochain de chefs de service favorise le renouvellement des méthodes de travail.

Le contrôle de gestion et l'unité d'analyse stratégique du DIM se sont efforcés de dégager lors de l'étude citée les segments d'activité stratégique du CHU et l'activité réelle constatée. La notion de segment d'activité stratégique désigne une adéquation parfaite entre l'activité idéale **théorique** de l'établissement et la population de patients traités : le CHU ne devrait accueillir que des patients relevant de sa compétence, limitée du fait du budget global. Rappelons que dans un système d'allocation de ressources **régionales** dédiées à une population, seule cette population devrait être admise pour un traitement et pas plus. Cette compétence d'attribution du CHU de Montpellier se définit dans la carte stratégique comme la moyenne des résultats des CHU en termes d'attraction pour les

⁵² Statistiques d'activité des services cliniques 2002, contrôle de gestion, CHU de Montpellier.

⁵³ Il faut rappeler qu'un des principes retenus pour la détermination des CR est celui du respect des filières de prise en charge.

pathologies de « type CHU »⁵⁴ hors de leur région de responsabilité. Le bassin de population et le bassin régional doivent être représentés de façon équitable dans la « patientèle de proximité » de l'établissement. La carte stratégique ainsi élaborée a montré que pour l'OAP ou la CMD⁵⁵ représentant les pathologies du système nerveux, la population provenant de l'extérieur de la région ou du bassin de santé était largement sur-représentée (toujours en référence à la moyenne). Relativement à la « rémunération » (dans le cadre du budget global), l'activité du pôle Tête et Cou excède donc largement le financement.

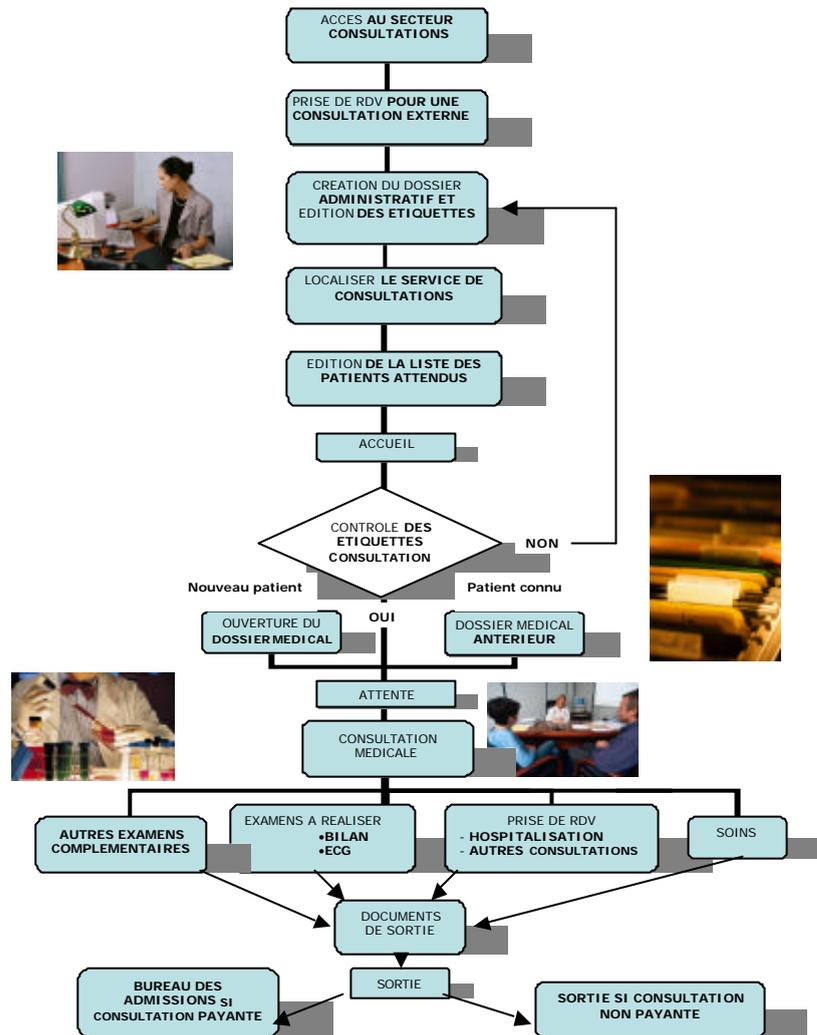
Toutefois, les éléments économiques ne représentent pas les seuls facteurs décisionnels. Le Plan Hôpital 2007 met l'accent sur la nécessité d'améliorer l'accueil et le traitement en urgences des AVC. Dans la lignée de cette prise de position et de l'importance croissante de cette pathologie dans un pays vieillissant, le pôle Tête et Cou est le lieu de naissance du « Stroke center » (structure de traitement en urgences des accidents vasculaires cérébraux). Cette création est un levier fort de changement de l'organisation et des interfaces actuellement existantes entre tous les services qui contribuent à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les professionnels de la filière Tête et Cou sont dans ce contexte apparus volontaires pour initier une démarche de réorganisation.

⁵⁴ Niveau de recours dans le PMSI, retravaillé pour être mis en cohérence avec les pratiques médicales.

⁵⁵ OAP : outils d'analyse du PMSI ; CMD : catégorie majeure de diagnostic.

b) L'objectif initial : vérifier le circuit patient

La méthode initialement envisagée consistait à comparer les situations observées dans les services de soins aux prises en charge théoriques idéales qui devaient toutes être modélisées d'après notamment le logigramme présenté ici **Consultation externe** élaboré par le Docteur Geneviève ROBLES et Jean-Luc CHAIZE.



L'observation qualitative⁵⁶ est en définitive la méthodologie privilégiée pour décrire et comprendre les mécanismes de prise en charge existants dans les unités de soins. Des mesures quantitatives viennent ensuite étayer et éclairer le recueil qualitatif effectué auprès des professionnels référents des services. Les spécificités des problèmes rencontrés ou des organisations mises en place se révèlent trop complexes à modéliser. La charge de travail induite et le faible gain attendu ont conduit à évoluer de la méthode

⁵⁶ L'observation qualitative, à l'aide d'hypothèses, d'entretiens... est utilisée pour décrire des phénomènes complexes et préparer une observation quantitative. Madeleine GRAWITZ, Méthodes des Sciences Sociales, 1996.

de départ afin de formaliser d'une façon claire et lisible les dysfonctionnements rencontrés et les indicateurs de mesure.

1.2 Le diagnostic : le travail par groupes pluridisciplinaires

1.2.1 La démarche de travail avec les services

a) Une démarche participative

Entre avril et août, les premiers comités de pilotage par services ont eu lieu dans l'ensemble des services du pôle Tête et Cou et dans trois services de Pédiatrie. Le premier objectif de ces comités de pilotage est de présenter la méthode qui sera suivie, le déroulement prévisionnel du projet, son contexte et ses objectifs. Un deuxième objectif est bien sûr de recueillir l'adhésion des participants à cette démarche de changement et de choisir des référents volontaires par modalités critiques pour commencer à réunir les groupes le plus rapidement possible. Un premier constat est apparu d'emblée : la charge en temps de l'élaboration de la méthode-pilote pour l'équipe projet est considérablement plus lourde que la projection initiale. Le projet, plus avancé dans le bloc des services Tête et Cou, s'est donc recentré sur cet ensemble de services.

Diverses demandes et pistes de travail ont été formulées lors des comités de pilotage par les participants des services de soins. Ces souhaits ont été pris en compte et ont contribué à faire évoluer le travail entrepris. Ces demandes exprimées sont très variées : en ophtalmologie, par exemple, le chef de service a souhaité qu'aucun relevé d'informations ne se déroule durant les mois d'été en raison de la fermeture de lits. Les difficultés d'obtenir accès à l'imagerie dans des délais raisonnables pour les patients non urgents sont soulignées par plusieurs services qui souhaitent voir le sujet traité.

La position délicate des services placés à l'interface des trajectoires de soins et prestataires de services pour d'autres unités médicales est soulignée à plusieurs reprises. Le DAR C⁵⁷ déplore ainsi le manque de coordination existant notamment avec les chirurgiens qui programment les interventions sans tenir compte des contraintes des anesthésistes. Du point de vue du chef de service du DAR C, il est primordial que

⁵⁷ DAR : département d'anesthésie réanimation responsable d'unités de réanimation et du service d'anesthésie de l'établissement Gui de Chauliac.

l'analyse des organisations ne se cantonne pas au champ de son seul service : c'est l'ensemble des activités Tête et Cou qui doivent être évaluées.

La neurochirurgie signale son rôle de référent pour les urgences et les problèmes du service à limiter l'accès à l'hospitalisation : en conséquence, le service est obligé de recourir de façon massive à l'hébergement. Cet aspect est également signalé en neurologie. Le coordonnateur de la fédération de Neurologie met en exergue les problèmes liés à la fonction accueil qui devra être repensée et individualisée. Une assistance de la part du DOSC est donc demandée pour formaliser et évaluer des protocoles de soins, ce qui peut aller jusqu'à la construction de chemins cliniques. Par ailleurs, l'aménagement des locaux et des circulations au sein de l'ensemble Tête et Cou serait à revoir dans une perspective plus globale.

Tous les chefs de service se sont retrouvés en comité de pilotage sur la thématique de l'embolisation des lits. Le DAR C et le coordonnateur de la fédération de Neurologie soulignent le lien entre les difficultés de la filière d'aval et des relations avec les partenaires extérieurs à l'établissement. Les problèmes s'accroissent pour organiser la sortie des patients ce qui génère des séjours prolongés dans les services.

Enfin, des pistes de pathologies susceptibles de faire l'objet d'un chemin clinique ont été proposées : les hernies discales pour les neurochirurgiens ou la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux qui va concerner la quasi-totalité des services Tête et Cou. Dans la perspective de l'ouverture (courant octobre) du Stroke center, cette pathologie a été retenue dès ces premiers comités de pilotage pour faire l'objet du premier chemin clinique formalisé par l'équipe OPC.

b) Le déroulement des groupes de travail

Dans un premier temps, le projet pilote ne s'est concentré que sur les séquences de prises en charge les plus critiques (consultation, accueil, séjour, sortie) afin de pouvoir déterminer si un travail sur d'autres modalités était à entreprendre (imagerie, explorations fonctionnelles, blocs...). La constitution des groupes de travail et le choix des professionnels référents se sont déroulés plus ou moins rapidement (certaines listes ont été élaborées en séance pendant le premier comité de pilotage, d'autres ont mis plus d'un mois à se construire). L'objectif de l'équipe OPC et CO reste de réunir l'ensemble des professions intervenant dans l'organisation de la prise en charge des patients pour

chacune des modalités précitées. Par exemple pour le DAR C, le cadre de santé, un praticien hospitalier, une secrétaire médicale et une infirmière ont participé aux réunions sur la modalité consultations ; pour le groupe de travail « séjour », deux médecins, deux cadres (l'une infirmière anesthésie-réanimation et une faisant fonction), une infirmière et l'assistante sociale sont intervenus.

Pour la rédaction de mon mémoire, j'ai conduit plusieurs entretiens avec des professionnels impliqués dans l'écriture du chemin clinique « Accidents Vasculaires Cérébraux ». Certaines de ces personnes participent également aux groupes de travail par modalités. Les appréciations émises par ces personnes sur les groupes de travail sont globalement positives, toutefois, deux réserves sont émises. L'assiduité des médecins dans le projet « séquences critiques » est faible, à la mesure probablement de leur investissement personnel pour diffuser l'information à leurs confrères ou pour les interroger sur leurs pratiques en cas de questionnement. Le principe du volontariat pour ces réunions a pu sembler en conséquence nuisible à d'autres professionnels. Sur des questions bien spécifiques, les groupes de travail ont proposé de nouvelles catégories professionnelles (neuropsychologue) ou médecins d'autres spécialités.

L'intérêt de la mise à plat de l'organisation n'est pas perçu par tous. Si les cadres infirmiers, qui disposent d'un bagage en management, regardent favorablement cette démarche, ils déplorent la charge de travail induite et non compensée (dans leur cas). Une évaluation conduite par le cadre supérieur pour les services de neurologie indique que chacun des cadres de santé a investi en moyenne 25h dans le projet Chemins Cliniques (avec un maximum de 35h). Environ 8 heures de réunion sont nécessaires pour chacun des membres des groupes de travail de la modalité « séjour ». Ces durées ne tiennent pas compte du temps de restitution du contenu des débats et comptes-rendus par le cadre ou les infirmières à leurs collègues.

L'évaluation des premiers groupes de travail qui se sont tenus sur les modalités consultation externe et séjour a permis de constater qu'une fusion des groupes de travail de plusieurs services pouvait apporter une valeur ajoutée et une économie de temps, par exemple pour les services d'ORL A et B ou d'hospitalisation de neurologie A et B. En effet, ces services ont des pans d'activités très proches et des modes d'organisation communs. La demande des groupes de travail ou des comités de pilotage a été suivie à cet égard. A partir de la fin de l'été, de nouveaux groupes de travail se sont réunis pour les explorations fonctionnelles et bientôt les blocs opératoires (1^{er} octobre) et les plateaux d'imagerie feront l'objet d'une phase de diagnostic.

1.2.2 Le recueil des données

a) L'évolution de la méthode

L'équipe projet s'est fixé pour objectifs l'utilisation d'outils quantitatifs de mesure outre les réunions et les appréciations qualitatives des professionnels qui pointent les dysfonctionnements. Les recueils d'information ont été réalisés selon une méthode qualitative car l'utilisation de logigrammes tel le modèle théorique de la consultation externe présentée plus haut n'a pas démontré son efficacité pratique. La formalisation a évolué pour minimiser la production de documents : synthèses des groupes de travail, comptes-rendus définitifs, recueil des indicateurs, formalisation des résultats, du bilan diagnostic et des plans d'action pour les comités de pilotage. L'outil est maintenant uniformisé et son contenu évolue avec l'état d'avancement du travail.

Les groupes de travail ont souhaité voir mesurer une grande variété d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs : plus d'une quinzaine. Une majorité d'indicateurs non disponibles dans le système d'information hospitalier(SIH) ne peuvent être recueillis à moindre coût, essentiellement les indicateurs de résultat et de qualité. Certains sont communs à l'ensemble des dimensions et des fonctions étudiées comme le taux de disponibilité du dossier patient, l'existence de protocoles ou le taux d'annulation/reprogrammation... D'autres indicateurs et outils de recueil de l'information existent antérieurement dans les services : ils sont pris en compte pour éviter de « faire doublon » et valoriser le travail d'évaluation actuel. Le bilan de ces outils a permis de constater que les mêmes recueils d'information peuvent se dérouler dans divers services mais sans harmonisation de la méthode. Dans le contexte du passage en centre de responsabilité, l'équipe OPC-CO se propose de contribuer à rapprocher certains outils (bilan d'activité des assistantes sociales mesure des délais d'attente pour le brancardage...)

Toutes les demandes formulées de recueil de données ne peuvent être satisfaites. Cependant, la plupart des mesures ont été mises en œuvre sur l'ensemble Tête et Cou qui constitue un pilote. Pour l'avenir, des critères de sélection ont été discutés par l'équipe Organisation de la Prise en Charge et le Conseil en Organisation. Les indicateurs à privilégier sont ceux qui reflètent le mieux et au meilleur coût la capacité d'anticipation des unités de soins, le caractère de programmation/d'urgence ou la conformité de la prise en charge par rapport à la prévision en termes de nature, de temps et de dépenses induites.

Le rapport coût/efficacité doit être un déterminant de choix majeur : la mesure peut-elle être mise en place par l'équipe rapidement et à coût (charges) réduit ?

La mise à disposition d'un tableau de saisie sur le réseau a permis aux pilotes des groupes de travail « consultation » et « séjour » de lister les indicateurs dont le recueil a été proposé au cours du travail avec les services, et de les noter en fonction des critères suivants :

- faisabilité en termes de mode de recueil
- présence dans tout ou partie des services étudiés
- présence au niveau du SIH
- portée pour retracer activité, moyens, résultats
- utilité pour le service et pour le projet OPC
- coût en charge de travail pour les équipes de soins/du DOSC-CO

L'ensemble des critères notés donnera une estimation de la pertinence de chaque indicateur pour la démarche « Chemins Cliniques » ce qui permettra de décider lesquels retenir pour un recueil systématique ou pour un éclairage propre à un service. La poursuite de cette analyse et la prise en compte d'indicateurs non proposés par les équipes, mais qui peuvent être pertinents pour l'analyse globale, permettront de constituer une batterie d'indicateurs pour le suivi permanent de l'organisation des prises en charge.

b) Le lancement d'un travail transversal sur les difficultés communes

Le dysfonctionnement majeur pointé par les services rencontrés dans le pôle Tête et Cou paraît relativement indépendant du CHU et surtout difficilement influençable par une équipe de réingéniering interne à l'établissement. L'ensemble des services rencontrés dans le cadre de l'étude des séquences critiques souligne les problèmes croissants qu'ils rencontrent pour faire sortir les hospitalisés à l'issue de leur séjour, tout particulièrement lorsqu'un placement à l'issue de l'hospitalisation est nécessaire dans une institution d'aval. En neurochirurgie, un allongement de la durée moyenne de séjour et une diminution concomitante du nombre d'entrées est même constaté entre 2002 et 2003⁵⁸. Le bilan d'activité du service social et les difficultés croissantes des Urgences à hospitaliser au sein des unités du CHU ont déjà montré à Montpellier les problèmes croissants des services à faire sortir leurs patients après les soins du court séjour vers une structure plus adaptée aux soins post-aigus. Cette sortie vers le moyen séjour ou long séjour devient de plus en plus différée par rapport à la date de sortie médicalement

⁵⁸ Rapport de gestion 2002 du CHU de Montpellier, édité en mai 2002, p 50.

possible. Ceci s'explique notamment par les limites des disponibilités de la filière d'aval : manque de places de rééducation ou en maison de repos, retour à domicile difficile à organiser... Les lits de court séjour hospitalier semblent ainsi parfois perdre leur fonction première -prendre en charge une personne en phase aiguë- afin d'assurer la continuité des soins pour des patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge moins lourde et mieux adaptée à leur état de santé à l'extérieur de l'hôpital. Il a semblé nécessaire à l'équipe Organisation de la Prise en Charge d'initier un projet particulier sur ces aspects.

2. Les premiers résultats des travaux

2.1 Les constats

2.1.1 Les bilans diagnostiques des services pilotes

a) Le bilan du DAR C

Le projet Chemins cliniques, il faut ici le répéter, n'a pas pour objectif de mettre en évidence des lacunes systématiques ou des carences dans la prise en charge mise en œuvre par les services du CHU de Montpellier. Cette précision appelle un commentaire d'ordre général. Lorsque l'ANAES a été créée, la crainte des professionnels de santé de voir la procédure d'accréditation se transformer en une sanction a conduit le gouvernement à mettre l'accent sur l'avantage d'une évaluation extérieure pour l'amélioration et le décloisonnement des structures accréditées. Depuis lors, les démarches qualité et plus généralement une certaine culture de la qualité et de l'évaluation se sont développées dans les établissements hospitaliers. L'évaluation n'est plus seulement synonyme de sanction mais aussi de reconnaissance et d'appréciation objective. L'audit du service du DAR C montre que celui-ci a su s'organiser de façon très efficace : l'évaluation et le diagnostic de sa situation pendant le mois de juin 2003 en apportent une démonstration évidente.

Peu d'indicateurs de mesure des dysfonctionnements ont été demandés par les groupes de travail sur la modalité « séjour » notamment. La programmation et la planification des soins, des examens ou des sorties sont très développés dans le contexte d'un service accueillant beaucoup d'urgences et malgré l'organisation de la consultation d'anesthésie, fortement dépendante de l'organisation des chirurgiens. Des protocoles d'information des

familles existent et l'équipe du DAR C fait appel avec rapidité à l'assistance sociale lorsque son intervention est nécessaire.

Les principales difficultés diagnostiquées se situent au niveau des points suivants :

- La **demande tardive de consultation pré-anesthésique** : le service du DAR C comporte une unité physique de 16 lits de réanimation et les médecins anesthésistes réanimateurs qui interviennent pour les patients Tête et Cou. La consultation externe qui aboutit à programmer un acte opératoire ne déclenche pas une anticipation suffisante de la consultation pré-anesthésique. 25 % ont lieu 6 jours avant la date de l'acte ce qui est peu compatible avec l'obtention d'examens complémentaires (de 1 à 20 jours de délai) dans la période précédant l'intervention. Pour 5% des patients, la date de l'acte doit être repoussée.
- **Le délai d'obtention des examens** ou consultations spécialisées et **de leur compte-rendu** : l'équipe du DAR C doit procéder à de multiples relances avant de recevoir une réponse. Les indicateurs observés montrent que l'obtention des comptes-rendus d'examens nécessite en moyenne 3,6 jours allant jusqu'à 16,5 jours pour une angiographie cérébrale avec embolisation ; 8 % de ces documents ne sont pas obtenus lors de la sortie du malade !
- **Le transport médicalisé des patients** : environ 50 min de *temps médical* et 54 min de temps soignant sont consacrés **quotidiennement** au brancardage des patients lourds ; les transports médicalisés par le SAMU ne sont pas programmables lorsque des examens doivent être réalisés sur un autre site de l'hôpital.
- **La sortie des patients** en raison du manque de place dans les établissements d'aval : une mesure précise a permis de montrer que le délai d'attente d'une structure de sortie représente 40 % de la durée de séjour. Ces retards à la sortie sont prolongés pour les personnes qui doivent aller en moyen séjour (rééducation, essentiellement).

b) Les services de neurologie

Les comités de pilotage des services de neurologie A et Maladies vasculaires et de neurologie B ont démarré séparément mais dès le début, les groupes de travail par modalités se sont déroulés de façon commune à la demande des comités de pilotage. Cette notion est très importante car ces deux services comportent chacun une unité fonctionnelle d'hospitalisation de semaine, une de temps complet ainsi qu'une unité d'hospitalisation de nuit (l'unité de traitement des troubles du sommeil et de l'éveil) pour la neurologie B et une unité de réanimation et soins intensifs en neurologie A. Le

déroulement des réunions par séquences critiques a donc nécessité beaucoup d'investissement et de temps. Par ailleurs, le deuxième COPIL se fera en commun et associera également les deux services d'explorations neurologiques dont le bilan diagnostique est en cours d'achèvement. Il s'agira par conséquent d'un COPIL pour toute l'actuelle Fédération de neurologie qui va probablement aboutir à un centre de responsabilité dès 2004.

Le bilan diagnostique est en cours de formalisation pour la fédération de neurologie. Pour les séjours, les premiers éléments montrent que la programmation des examens se déroule principalement avant l'hospitalisation ce qui dénote une bonne anticipation et planification des séjours. Toutefois, des difficultés sont relevées en raison des délais d'obtention des examens et des problèmes pour l'obtention de ces rendez-vous liés à un faible taux de remplissage des bons d'examens : 28 %. Par ailleurs, les instruments utilisés pour programmer les examens ou les bons d'examen eux-mêmes demeurent différents selon les services, points qui pourraient être améliorés dans la fédération. Sur un thème particulier, l'insatisfaction des patients hospitalisés semble importante aux équipes : le médecin vu en consultation et qui a déclenché l'hospitalisation peut ne pas être revu pendant toute la durée de cette hospitalisation par ce médecin.

Les délais de frappe des comptes-rendus des secrétariats médicaux sont très élevés et certains patients repartent de leur hospitalisation sans leur lettre de liaison. La fonction accueil de ces secrétariats est également signalée comme défaillante, notamment au vu du délai nécessaire pour accéder au standard téléphonique.

Ces résultats partiels soulignent enfin la même difficulté majeure recensée dans d'autres services (DAR C notamment) : la sortie des patients est largement différée pour des raisons non-médicales. En hospitalisation complète, ce délai d'attente représente 48 % de la durée de séjour pour les patients suivis en neurologie A et 66 % en neurologie B !!

2.1.2 Le blocage de la filière d'aval

a) Les difficultés de placement à l'issue d'une hospitalisation

Face aux problèmes de délai de sortie constatés dans l'ensemble des services, il a semblé important pour le DOSC de bien cerner les difficultés et les populations de

patients concernés pour évaluer les marges d'actions et mettre en place des mesures correctrices. Ce sont les objectifs du projet Filière d'aval conduit par l'équipe OPC.

L'Enquête « Patient en attente de placement » réalisée selon la méthode Un jour donné et à fréquence trimestrielle doit permettre d'acquérir une bonne connaissance des problèmes quotidiens rencontrés par les équipes des services du CHU de Montpellier. Elle s'attache à mesurer la durée de séjour postérieure à la date de sortie médicalement possible et les causes de cet écart pour les patients qui sont identifiés par les services de soins comme étant en attente de placement.

b) Les enseignements de l'enquête « Patients en attente de placement »

Cette enquête, conduite par l'équipe OPC, est réalisée par le service social, assisté des cadres de santé et généralement des internes sur un outil intranet développé par la Direction des Technologies de l'Information et des Télécommunications (DTIT). Exploitées sous l'égide du DIM à l'aide des informations médicales et administratives des patients présentes dans le système d'information ou dans leur dossier, les données recueillies sont riches d'enseignement.

Le mardi 17 juin, 48 services d'hospitalisation ont répondu à l'enquête : 27 services avaient le mardi 17 juin une difficulté avec un ou plusieurs placements. 98 personnes ont ainsi été identifiées comme en attente de placement sur un total de 1 800 lits enquêtés. Sur ces 98 personnes, les études réalisées postérieurement à l'enquête ont montré que 70 % de ces patients soit **69 personnes ont EFFECTIVEMENT attendu entre leur date de sortie médicalement possible et leur sortie réelle** de court séjour. Ces résultats sont à mettre en perspective avec le déroulement de l'enquête un mardi, jour de la semaine où les unités d'hospitalisation de semaine ne connaissent encore aucune difficulté de placement (0 patient signalé). Huit personnes sur les 98 recensées totalisent 60 % de ce qui a été intitulé la durée de séjour évitable, comprenant ~~es~~ journées d'hospitalisation postérieures à la date de sortie médicalement possible. Le nombre total de journées qualifiées d'évitables pour les patients présents ce jour-là et en attente de placement s'élève à 1 069 jours ; ce total est obtenu en faisant *a posteriori* l'analyse de l'ensemble du séjour de ces personnes. L'impact de cette attente est donc très loin d'être négligeable à l'échelle d'un CHU de grande taille.

La journée a par ailleurs été qualifiée d'ordinaire ou mieux que d'habitude par les personnels, ce qui souligne l'ampleur du problème lors des fins de semaine notamment. La population de patients en attente de placement est plus âgée que la clientèle moyenne du CHU (53 % de ces personnes ont plus de 60 ans contre seulement 35 % en

moyenne). Pour les 8 patients singularisés par des durées de séjour très longues, leur **DMS culmine à 383 jours** (calcul *a posteriori* deux mois après l'enquête) : 29 % de ce temps ne relève pas d'une prise en charge de court séjour. Ces personnes sont caractérisées par un âge plus jeune (45 ans en moyenne) et surtout par un cumul de difficultés d'ordre médical, et un handicap lié à leur jeune âge (ils ne peuvent prétendre au long séjour hospitalier traditionnel car ils ont moins de 60 ans). Enfin, cette enquête met en évidence l'existence du même problème dans les unités de réanimation du CHU avec un coût pour la sécurité sociale démultiplié, en particulier lorsque coût est mis en relation avec le prix de journées du moyen ou du long séjour.

Cette enquête dresse donc un constat alarmant sur lequel un travail doit être entrepris afin de mieux réguler et faciliter ces sorties. Il apparaît que les services de soins anticipent ce problème : 6,2 jours en moyenne pour les 91 patients qui ont attendu le moins longtemps alors que leur DMS est de 17,7 jours. La principale difficulté qui est évoquée est celle du manque de place dans les structures d'accueil. Nous verrons plus bas comment, à partir de ces constatations, des corrections peuvent être apportées.

2.2 Les propositions de réorganisation

2.2.1 Le Projet Filière d'aval

a) Le conventionnement avec les structures de sortie

Les carences de la filière d'aval ont conduit l'équipe OPC à entamer une révision des conventions avec certaines structures d'aval pour que celles-ci réservent plus de lits aux patients du CHU. Plusieurs établissements ont négocié une augmentation du quota de lits attribués au CHU de Montpellier : 20 nouvelles places ont pour l'instant été obtenues et une vingtaine d'autres devraient être prochainement accessibles aux patients de Montpellier. Le centre de rééducation fonctionnelle de la Grande-Motte et la maison médicalisée de convalescence de Balaruc ont à ce jour signé une convention avec Montpellier qui double la proportion de lits réservés. Une institution de Quissac va prochainement intégrer cet édifice conventionnel.

Des règles formalisées d'acceptation ou de refus des patients adressés par les services de Montpellier sont en cours d'élaboration en concertation avec le service social qui connaît bien les difficultés existantes : critères d'admission, de retour des patients à

l'hôpital en cas d'aggravation de l'état de santé, collaboration entre praticiens... Une traçabilité des refus devrait permettre de systématiser par écrit leur motif.

Les conventions actuelles passées avec les hôpitaux périphériques ne comportent pas de règles formelles pour le retour des patients une fois leur situation stabilisée au CHU. Si ces retours fonctionnent correctement avec la grande majorité des centres hospitaliers, certains hôpitaux ne respectent pas les règles du jeu. Un travail peut donc être mené avec eux.

b) La cellule d'orientation des sorties

Par ailleurs, pour assurer le succès des conventions passées avec les institutions d'aval partenaires et inciter d'autres établissements à suivre, une cellule de régulation des sorties est en cours de mise en place. Cette cellule, appartenant au service social, sera dans un premier temps gérée directement par le cadre du service social. Les établissements conventionnés avec le CHU devront informer la cellule de régulation de leurs disponibilités de lits et des dates de libération de ces places. Celle-ci informera des possibilités de placement l'ensemble des assistantes sociales grâce à une application partagée sur intranet ou tout autre moyen mieux adapté.

Le cadre du service social, M. Bon, élabore avec les établissements conventionnés une feuille unique d'admission et de liaison qui précisera le plus clairement possible l'état de santé, la situation familiale et sociale, le traitement du patient... Ces établissements s'engagent à communiquer au CHU leurs critères d'acceptation des malades et la charge en soins et le degré de dépendance qu'ils peuvent accepter au vu des autres patients qui résident chez eux. La cellule d'orientation des sorties et les conventions précitées entreront en action au début du mois d'octobre.

c) Autres pistes de travail

Diverses actions auprès des tutelles et de la Caisse primaire d'assurance maladie sont en cours pour évoquer les problèmes de l'établissement en matière de sorties. L'équipe OPC et le département de la Clientèle s'efforcent ainsi à trouver des solutions aux refus de transport en l'absence de prise en charge claire des frais de transports des ambulanciers privés. La Direction générale du CHU entreprend en parallèle son travail d'information de l'agence régionale de l'hospitalisation sur la nécessité d'ouvrir des établissements de moyen séjour plus près du bassin de vie des Montpelliérains.

Une réflexion devra également être entreprise pour réduire les délais d'obtention du statut de personne handicapée par la COTOREP jusqu'à 6 mois. D'autres actions de long terme

doivent être entreprises pour minimiser les difficultés lors de la recherche d'une place en maison d'accueil spécialisée (attente jusqu'à 4 ans) par la demande systématique et organisée au niveau de l'établissement d'une dérogation aux personnes de moins de 60 ans pour un placement en long séjour hospitalier.

2.2.2 Les propositions aux services pilotes

a) le second comité de pilotage du DAR C

Les propositions d'amélioration relatives au service du DAR C n'ont été que partiellement présentées au comité de pilotage le 1^{er} octobre : la richesse des échanges et l'intérêt de participants ont largement fait déborder le temps prévu pour la réunion et une seconde rencontre lundi 6 octobre a été programmée.

Les principales propositions sont, pour la consultation, d'accroître la coordination avec les consultations spécialisées (chirurgie, neuroradiologie...). La planification de la consultation pré-anesthésique par le secrétariat des services demandeurs pourrait intervenir dès que la date de l'intervention est programmée (lors de la consultation spécialisée) par le biais d'un logiciel. Cette application permet au DAR C d'accepter ou de refuser les propositions qui seront faites pour répartir au mieux l'activité de consultation sur les jours de la semaine. Un protocole d'information du patient par le spécialiste initial ou lors de la pré-admission (élaboration d'une brochure d'information) devrait permettre de favoriser la prise de rendez-vous plus rapidement pour le malade et surtout d'éviter les 5 % de reprogrammation d'interventions consécutives au délai d'obtention des examens complémentaires.

Les temps d'attente pour accéder à un rendez-vous de spécialité pour les patients du DAR C ou pour la mise à disposition des comptes-rendus d'examens sont pénalisants pour les sorties programmées. Il est proposé de négocier avec les services responsables un droit de priorité au DAR C comme à d'autres services de réanimation. Des critères d'urgence relative (semi-urgence) seront envisagés pour l'accès aux ressources d'imagerie notamment. La coordination avec d'autres services de l'ensemble Tête et Cou constitue une piste de travail qui sera explorée dès les prochains groupes de travail de l'équipe projet.

Une piste de réduction du temps de brancardage par les médecins réside dans la réglementation qui autorise les transports de patients intubés-ventilés sous la responsabilité d'un infirmier anesthésiste en lieu et place des médecins. Toutefois, en l'absence d'infirmiers anesthésistes dans le service, cette piste de travail ne semble pas opérante.

Les difficultés de sortie, rencontrées par tous les services, sont traitées comme un sujet à part dans le cadre du projet Filière d'aval. L'avancement des actions sera présenté au comité de pilotage le 6 octobre. Cette rencontre a permis de faire le bilan du projet mené : la méthode sera corrigée en conséquence pour réduire la durée de la réunion et aller plus directement au cœur du sujet. L'appréciation et l'engagement des personnes impliquées dans ce projet est un encouragement certain et une reconnaissance du trajet accompli.

b) la fédération de neurologie

Les résultats partiels du bilan diagnostique permettent d'envisager quelques pistes d'actions qui seront proposées au comité de pilotage d'octobre. L'accueil en hospitalisation souffre du flux de patients trop important à l'entrée des services. Pour améliorer la capacité de programmation de l'hospitalisation complète, des critères d'admission doivent être définis en concertation par l'ensemble des acteurs de la fédération de neurologie. Les réseaux d'amont devront être sollicités pour mettre en œuvre de manière efficace ces critères : le réseau sommeil en cours de création ainsi que le réseau régional de neuroradiologie qui doit mieux jouer son rôle de « filtre » pour éviter que les patients soient transférés plutôt que leurs images. Une autre piste de travail pour planifier au mieux les séjours est de favoriser le remplissage des bons d'examen dès la consultation, par exemple en mettant à disposition ces bons dans l'ensemble des boxes de consultation. La coordination avec les services prestataires d'examen et redevables de comptes-rendus constitue un autre axe de réflexion pour réduire les délais.

Le problème de surcharge des secrétariats médicaux doit s'envisager à l'échelle de la fédération : le département de la Clientèle et l'équipe OPC vont élaborer un projet de mutualisation des ressources et de spécialisation des postes pour développer des fonctions spécifiques (accueil, standard, frappe des comptes-rendus...).

Les patients pour lesquels une hospitalisation a été prescrite par un médecin devraient être revus lors de leur hospitalisation par ce même praticien : il faut revoir l'organisation des suivis à cet égard. Enfin, comme nous l'avons déjà vu, la sortie doit être facilitée, notamment par le projet filière d'aval. Des réunions hebdomadaires sur l'orientation des

patients de réanimation- soins intensifs de neurologie A pourraient apporter une meilleure régulation des flux à destination des services d'hospitalisation complète A et B.

La modernisation du CHU de Montpellier porte donc sur les structures de fonctionnement : mise en place de centres de responsabilité, déconcentration de gestion, et sur l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients dans ce cadre nouveau. La logique transversale, centrée sur les processus qui vient d'être présentée rappelle les grands principes de l'ANAES. L'évolution de l'ANAES présentée par son conseil et envisagée pour 2004 est celle d'une procédure d'accréditation plus orientée sur les pratiques médicales. Le projet Chemins Cliniques précède cette évolution.

II. L'ELABORATION DE CHEMINS CLINIQUES AU CHU DE MONTPELLIER

Second volet du projet Chemins Cliniques, l'élaboration et la mise en place d'un chemin clinique doivent permettre d'optimiser la trajectoire d'un groupe de patients atteints d'une même pathologie.

Cette approche, complémentaire de celle qui a déjà été présentée, est d'origine anglo-saxonne.

Il s'agit d'un outil de plus en plus utilisé au plan international pour garantir la qualité des soins à un moindre coût.

Un chemin clinique-pilote est élaboré au sein des centres de responsabilité Tête et Cou. Les perspectives d'évolution de ce projet s'articulent avec les réorganisations qui sont en cours.

A. La notion de chemins cliniques : nature et apports

La notion de chemin clinique s'inspire des techniques de management par processus. Apparu aux Etats-Unis, cet outil permet d'atteindre des résultats mesurables en matière d'optimisation économique et qualitative de prise en charge.

1. Présentation des chemins cliniques

1.1 La notion de chemins cliniques

1.1.1 Les sources d'inspiration du modèle

a) La naissance des chemins cliniques

Les chemins cliniques sont une application au monde de la santé d'un modèle utilisé dans l'ingénierie de projet pour assurer le suivi et l'évaluation des actions concourant à ce projet. Ces « cheminements critiques » constituent des outils de modélisation des étapes-clés du projet ; l'avancement vers les objectifs est mesuré à l'aide de tableaux de bord qui permettent d'objectiver et de mesurer le degré de réalisation des phases du projet.

En 1985, le premier modèle de « cheminements critiques » en santé (soins infirmiers) cité dans la littérature⁵⁹ est développé par Kathleen BOWER et Karen ZANDER au New England Medical Center aux Etats-Unis, Massachusset⁶⁰.

Ces cheminements critiques (*critical pathways*) sont également appelés *clinical pathways* ou *clinical paths*, *case management*, *care map* (marque déposée), *clinical trajectories* ou *integrated care pathways*. Les références dans la littérature anglo-saxonne à ce mode d'organisation des prises en charge sont extrêmement nombreuses dès 1995 et

⁵⁹ Source citée par Evelyne Fossé et Cécile Boisvert. Ces deux formatrices-consultantes du GRIEPS du Rhône ont créé un outil d'ingénierie déposé sous le nom de GPS (gestion prévisionnelle des soins).

⁶⁰ Bower, Etheredge et Zander, Nursing Case Management : Blueprints for Transformation, 1987.

continuent à se multiplier. Ces méthodes sont initialement apparues dans les hôpitaux et se sont étendues à d'autres domaines cliniques comme les soins ambulatoires⁶¹.

D'origine américaine, ce concept de cheminement critique ou de chemin clinique s'est largement répandu sur le continent nord-américain : les hôpitaux canadiens et québécois appliquent largement ce modèle qui porte la marque de l'originalité de vocabulaire québécoise et donc un tout autre nom : le suivi systématique de clientèle.

La définition des chemins cliniques sera développée plus loin au cours de l'exposé.

b) Les facteurs nord-américains de développement

Le modèle libéral et concurrentiel des Etats-Unis s'applique à l'ensemble des secteurs d'activité économiques, y compris la santé. L'ensemble des acteurs du système de santé sont donc placés en situation de concurrence. Les compagnies d'assurance sont privées et peuvent parfois fonctionner sur un modèle collectivisé dans certaines branches d'activité mais aucune régulation n'impose un type de couverture des « risques » maladie-maternité- handicap. Des dispositifs publics fédéraux, *Medicare* et *Medicaid* s'efforcent de protéger les populations les plus démunies ou sur une logique plutôt unique qui en fait bénéficier les plus âgés, pourtant la catégorie sociale la plus aisée (et un tiers des enfants américains n'ont pas de protection sociale...). Une spécificité forte réside dans l'impossibilité de dépasser les budgets alloués (et en constante diminution depuis quelques années) à ces fonds publics : leur mode de gestion met l'accent sur la limitation des dépenses et du panier de biens et services offerts à la population. Enfin, les prestataires de soins à but lucratif ou non, dont les hôpitaux, sont en concurrence au sens le plus pur du terme.

Dans ce contexte très concurrentiel, les payeurs et les fournisseurs de soins se retrouvent placés dans un marché très compétitif où le moins cher pour la prestation souhaitée sera le gagnant du système. Les assurances « collectives » gérées par des fonds d'entreprises employeuses ont mis en place des systèmes originaux pour garantir un panier de biens et services minimums à un coût garanti. Les *Health Maintenance Organizations* (HMOs) proposent des *package of care* (panier de services de santé) intégrés et originaux. La coordination des soins et le financement global permettent à ces HMOs de réguler de façon optimisée l'offre de soins à un prix que ces organisations déterminent et selon le principe de l'exclusivité. Si une personne appartient à une HMO, il perd le bénéfice de sa

⁶¹ Ronald L. Gordner, Patricia Moritz, Critical Pathways : January 1988 through December 1995 - 753 Citations, U.S. Department of Health and Human Services, National Library of Medicine, 1995.

liberté de choix et doit s'adresser pour se faire prendre en charge aux seuls professionnels de santé ou hôpitaux sous contrat avec la HMO. Ces fournisseurs de soins sont par conséquent sous le contrôle étroit voire total de la HMO pour leur financement. Des indicateurs de performance (qualité et efficacité) des producteurs de soins, des quotas d'actes opposables aux assurés et incluant des politiques de prévention sont fréquemment utilisés par ces organisations pour mesurer l'efficacité de leurs « produits » et maîtriser leurs coûts⁶².

Les dispositifs publics *Medicare* et *Medicaid* ont développé par endroit les mêmes mécanismes⁶³ : définition d'un panier de soins accessibles très restrictivement et contrats avec des professionnels de santé pour fixer leur prix et leurs quantités de production (nombre de patients). Ces contraintes économiques et structurelles particulières aux États-Unis ont entraîné l'apparition de la *managed care* et le développement de l'utilisation des chemins cliniques comme instrument de maîtrise budgétaire.

1.1.2 Le développement des chemins cliniques

a) Les modèles de *managed care*

Quelques exemples de mise en œuvre d'outils comme les chemins cliniques doivent être présentés car ils proposent chacun des méthodologies variées dans des systèmes de santé diversifiés. Un point commun se dégage : ces méthodes apparaissent dans des contextes de tensions budgétaires.

Les Québécois ont développé ce qu'ils nomment le suivi systématique de clientèle ou *case management* dès 1990 comme à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont⁶⁴. Un sondage réalisé en 1996 par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec⁶⁵ montrent qu'environ la moitié des établissements de santé (centres hospitaliers, centres de soins communautaires et centres de santé) ont adopté ce mode de prestation de soins. La

⁶² On peut citer ici l'exemple de HealthSystem Minnesota, une HMO du Minnesota.

⁶³ Source : Health Care Financing Administration, USA, cours de Gilles Launay, mai 2002.

⁶⁴ Le Directeur Coordonnateur Général des Soins du CHU de Montpellier, Mme Marthe Bisly, a effectué plusieurs séjours au sein de l'Hôpital de Maisonneuve-Rosemont, affilié à l'Université de Montréal.

⁶⁵ Direction de la planification et du développement professionnel, Bilan du suivi systématique de clientèle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1996.

majorité ont utilisé le modèle des New England Medical Center déjà cité. Les groupes de patients (clientèles) qui feront l'objet d'un suivi et d'une amélioration continue de leur prise en charge sont sélectionnés sur des critères médico-économiques et de faisabilité⁶⁶ :

- potentiel d'amélioration de la durée de séjour et de la qualité des soins
- possibilité de réduction des coûts et des durées de séjour
- accord des professionnels (médecins et infirmiers) pour conduire ce changement

L'élaboration, le suivi et la coordination des acteurs autour de la « clientèle » sont assurés le plus souvent (82 % des cas) par la direction des soins infirmiers et plus rarement à la direction générale. La coordination du suivi est généralement assumée par une infirmière *case manager* : son rôle est de vérifier la conformité des prises en charge au plan de cheminement clinique élaboré d'après un échantillon de dossiers médicaux et en partenariat avec l'ensemble des intervenants hospitaliers et ambulatoires.

Le *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni connaît également depuis 1995 le développement de méthodes de planification et de coordination des soins spécifiquement adaptées au contexte local : les *integrated care pathways* ou *ICPs* (chemins de soins intégrés)⁶⁷. La Grande-Bretagne dispose d'un des systèmes de santé les moins chers des pays développés si l'on en croit l'OCDE. Le NHS est également un système de santé très intégré car quasi-exclusivement public : l'immense majorité des médecins sont des salariés du NHS et travaillent au sein de *Trusts* (fondations) hospitaliers ou ambulatoires. Cette organisation unique, relativement peu décentralisée, se voit fixée des objectifs en matière de qualité des soins par ses institutions nationales telles que *NICE*, le centre national pour l'excellence clinique. Le développement de l'*evidence-based medicine* est poussé et la mise en place de la méthode des ICPs découle logiquement de cette tendance. Depuis 2001, l'Agence de modernisation du NHS a lancé une base de données qui contient informations et contacts des *Trusts* qui ont mis en place des ICPs afin de « partager et diffuser les protocoles cliniques et les chemins de soins intégrés »⁶⁸. Ces ICPs ne se cantonnent pas seulement aux murs de l'hôpital et s'efforcent de réguler le trajet du patient en ambulatoire (avant et après l'hospitalisation).

La diffusion de cette méthode des ICPs est vue comme un moyen de promouvoir la gouvernance clinique au sein du NHS. Les médecins britanniques sont fréquemment

⁶⁶ Direction de la planification et du développement professionnel, Le suivi systématique de clientèle : plan de réalisation du projet, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1996.

⁶⁷ Harry Campbell, Rona Hotchkiss, Nicola Bradshaw, Mary Porteous, Integrated care pathways, BMJ, 1998.

⁶⁸ Missions de la *National electronic Library for Health, Care pathways Database*, <http://www.nelh.shef.ac.uk/> 11 avril 2003.

décrits⁶⁹ comme beaucoup plus investis dans l'organisation et la réflexion sur les pratiques que leurs confrères internationaux avec la volonté d'être acteurs des réformes entreprises dans le NHS. Toutefois, la littérature⁷⁰ semble montrer qu'ici encore les coordinateurs de ICPs sont essentiellement infirmiers (cadres de santé).

b) Des instruments très adaptés aux offreurs de soins

Ces instruments de planification et de coordination des soins s'inspirent des théories de management par processus. Il s'agit cependant de méthodes très spécifiques et adaptées pour une application au domaine de la santé. Les transpositions telles celles du management par processus dans le domaine sanitaire sont rares et se trouvent essentiellement en Europe du Nord (Finlande, Suède notamment). Ces pays possèdent trois aspects particuliers qui sont moins évidents dans les contextes nord-américain ou britannique : ils sont petits par leur population ; la santé est décentralisée et totalement dévolue au niveau local, ce qui accentue le premier point. Enfin, ces pays sont très fortement marqués par une culture du consensus où la coordination semble être de la génération spontanée.

L'exemple du CHU d'Oulu permet d'éclairer la possibilité de structure au sein du système de santé d'Ostrobotnie du Nord un management par processus. L'Association Médicale finlandaise, DUODECIM, élabore et met à disposition de la communauté médicale des protocoles de traitement et de prises en charge (48 en décembre 2002). Ces protocoles sont de véritables chemins cliniques, précis, qui explicitent les rôles de chacun, dans les centres de santé, en ambulatoire ou dans les hôpitaux. Ces protocoles servent de références aux prises en charge d'une façon informelle mais efficace.

Les équipes hospitalières d'Oulu, et de certains centres de santé de la région gèrent leurs patients selon le management par processus : une équipe est responsable de groupes de patients dans les cliniques / CR du CHU sous la responsabilité d'un binôme médical et infirmier. La clinique de gynécologie - obstétrique et génétique comporte ainsi divers binômes qui encadrent les prises en charge, admettent les patients, accompagnent leur sortie et assurent la formation continue de leurs collègues hospitaliers et des centres de

⁶⁹ Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90, Santé Publique, vol 14 n°1, p47-56.

⁷⁰ Jacqueline McQueen et Stephen Milloy, Why clinical guidelines or care pathways in mental health?, Journal of Integrated Care Pathways, 2001.

santé pour la pathologie concernée (procréation médicalement assistée, grossesses à risques). A côté des réunions et des chefferies de services, une organisation par processus se développe avec des « conseils de process / de groupes de patients » hebdomadaires autour du binôme. Ces deux personnes doivent maintenir une haute spécialisation (comme dans l'industrie, il s'agit de *knowledge management*) sur la pathologie et sont les correspondants des centres de santé.

Ce système de gestion extrêmement souple se développe dans toute la péninsule scandinave et se base sur la responsabilisation des binômes mentionnés et le respect des praticiens et infirmiers pour ces collègues qui ne possèdent pas de position hiérarchique mais « managent » une fonction transversale. Cette organisation semble difficilement transposable dans le monde de la santé français, plus cloisonné et conflictuel que chez nos voisins nordiques. L'orientation privilégiée par le CHU de Montpellier se rapproche de méthodes plus spécifiques : les chemins cliniques.

1.2 La définition des chemins cliniques

1.2.1 Définition et objectifs des chemins cliniques

a) Définition

L'ANAES⁷¹ propose une définition du chemin clinique :

« Outil de planification quotidienne de la prise en charge de patients présentant une pathologie bien définie lors de leur séjour dans un établissement de santé. »

Cette définition semble toutefois occulter un certain nombre d'éléments primordiaux dans la notion du chemin clinique. L'Agence précise les objectifs attendus d'un chemin clinique : la planification des prises en charge et la définition des résultats attendus pour chaque séquence, la réduction des variabilités des durées de séjour et des modes de prise en charge, l'amélioration de la qualité et l'optimisation des ressources. Les conditions de réussite résident dans l'accord et la participation des professionnels responsables de cette prise en charge et la mise en œuvre des recommandations médicales et soignantes, des protocoles et de l'état des pratiques.

La définition proposée par l'équipe OPC est la suivante :

⁷¹ ANAES, Méthodes et Outils des Démarches Qualité pour les établissements de santé, juillet 2000.

C'est un plan clinique prévisionnel et interdisciplinaire pour la prise en charge optimale de groupes de patients. Il identifie les résultats à atteindre pour ces patients au cours de leur séjour. Il permet une adaptation à la situation individuelle de chaque patient.

Le plan clinique se présente sous sa forme aboutie comme un calendrier qui précise jour après jour (ou même de façon horaire) la prise en charge. Les interventions de chacun des professionnels y sont présentées avec leur date optimale, leur rôle est explicité et le résultat espéré est également précisé. Chacun des personnels qui travaillent autour du patient doit donc être identifié : médecins spécialistes, infirmiers, psychologues, diététiciens, assistante sociale. Les actes critiques pour la prise en charge sont précisés et temporellement situés.

Un élément très important de cette définition est la fixation d'objectifs thérapeutiques, sociaux ou d'autonomie du patient. Le chemin clinique une fois élaboré permet de mettre en place des indicateurs de résultats : le patient doit avoir compris et être capable de reformuler l'information sur son traitement après l'explication fournie par le médecin et l'infirmière⁷² ; le patient doit être autonome avec sa stomie au bout du 7^{me} jour ; le neuropsychologue a rencontré la famille et le patient avant la sortie...

Une fois ces indicateurs choisis par l'équipe pluridisciplinaire qui a construit le chemin clinique, ils doivent être évalués (échantillonnage de dossiers ou suivi systématique). C'est un second aspect crucial du chemin clinique : après l'élaboration par l'équipe qui sera responsable de la prise en charge des patients atteints de la pathologie, les résultats attendus peuvent être mesurés et confrontés avec les prévisions. Les variations peuvent alors être analysées pour connaître les causes de cette divergence qui doit être explicitée (sujet très âgé, situation sociale difficile). En fonction des éléments obtenus, le chemin clinique peut éventuellement être corrigé périodiquement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

⁷² Pour une meilleure compréhension, on peut se référer au paragraphe qui présente le chemin clinique élaboré par le service d'Urologie de Montpellier.

b) Les apports des chemins cliniques

Les effets positifs de ces outils sont variés⁷³. **Pour le patient**, plusieurs bénéfices sont constatés. Le premier aspect est la **standardisation** de la prise en charge **basée sur les bonnes pratiques** et l'état de l'art. Les procédures sont améliorées et le chemin clinique garantit que ces procédures sont appliquées à tous les patients et dans le respect d'un niveau de qualité optimal, stable et réévalué. L'**information** du patient est facilitée et favorise, par remise du synoptique présenté en annexe, la meilleure compréhension du patient dans l'ensemble de sa thérapie. La **sortie est préparée** précocement avec le patient, sa famille et les structures ou professionnels d'aval ce qui permet d'éviter des prolongements du séjour.

Pour les **établissements de santé**, le chemin clinique est un instrument performant de **politique qualité**, qui garantit que les soins qu'il propose sont basés sur l'état de l'art à un **coût variable optimisé** avec une diminution du nombre d'actes « inutiles », des délais d'attente des examens qui sont connus et **programmés** en amont de l'arrivée des personnes. Les patients qui vivent une situation plus particulière (urgence, difficultés diverses) peuvent se voir réserver plus des ressources grâce à l'optimisation de la gestion. La mise sous chemins cliniques d'une part importante de l'activité permet de mieux connaître les charges de travail et les besoins d'examens et surtout d'anticiper la réservation des ressources (durée d'occupation des lits, programmation des examens...). Les **coûts fixes** sous la forme d'une réduction des durées moyennes de séjour peuvent être réduits de façon significative grâce à la diminution des pertes de temps et l'optimisation des trajectoires patients.

Les dossiers médicaux et soignants, standardisés pour les pathologies des chemins cliniques, sont constitués de feuilles de recueil normalisées et documents de mesure et d'explication de la variance.

Les chemins cliniques constituent également un **outil de management : d'intégration et de formation** des nouveaux personnels d'une part. D'autre part, l'élaboration puis l'évaluation des chemins cliniques se font dans une dynamique participative, qui met en valeur chacun des acteurs d'une prise en charge et génère la discussion, avec les bénéfices déjà évoqués dans la première partie du mémoire. Le rôle des professionnels est précisé de manière consensuelle et pluridisciplinaire.

⁷³ Coffey RJ, Richards JS, et al., An introduction to critical paths, University of Michigan Hospitals, Ann Arbor, « Quality Management Health Care », Automne 1992.

1.2.2 L'adaptation des chemins cliniques au système de soins français

a) Quelques handicaps de départ

Quelques exemples des théories de chemins cliniques ou cheminement critique montrent des divergences d'interprétation et des adaptations du concept selon les pays. La définition des chemins cliniques par l'ANAES citée plus haut souligne bien une des spécificités du système de santé français au regard notamment de la Grande-Bretagne où les chemins sont « intégrés ». Au Royaume-Uni comme chez nos voisins nordiques ou dans les HMOs, l'ensemble des acteurs du système sont « obligés » de fonctionner en partenariat. Ils n'y ont pas seulement intérêt pour leurs patients ou pour leurs coûts : ils travaillent pour le même « employeur » (NHS, municipalités, HMO).

Je reviens à la définition de l'Agence : le chemin clinique est un « Outil de planification quotidienne de la prise en charge de patients présentant une pathologie bien définie **lors de leur séjour dans un établissement de santé** ». On est bien loin ici de cette prise en charge intégrée avant – pendant - après l'hospitalisation et on retrouve le traditionnel « hospitalo-centrisme » français. Les réseaux de santé participent bien évidemment à faire tomber ces barrières ou plutôt cette indifférence entre professionnels de ville et hospitaliers. Néanmoins, l'absence d'intérêt ou de contrainte *a priori* pour le travail en coordination justifie la prudence des propos de l'ANAES.

b) Les résistances à la culture de l'évaluation

Divers points bloquants qui perdurent dans les hôpitaux français peuvent être abordés ici. Tout d'abord, le contexte montpelliérain souffre du relatif échec de l'ANAES à développer une véritable culture de la qualité et de l'évaluation dans les établissements. Le rôle positif de l'autoévaluation et de la visite sont reconnus comme des facteurs de transversalité, de décloisonnement et de travail interdisciplinaire. Toutefois, les critiques sont vives sur la façon dont l'ANAES assure l'héritage de l'agence nationale pour le développement de

l'évaluation médicale (ANDEM)⁷⁴ et des guides de bonnes pratiques médicales. La charge de travail imposée et surtout la méthodologie utilisée par les référentiels de l'accréditation sont vivement critiquées par les professionnels de santé qui ont mis en œuvre une démarche qualité antérieure à la visite des experts. Comme nous l'avons vu cependant, l'ANAES élabore de nouveaux référentiels et un nouveau manuel d'accréditation basé sur une approche orientée vers l'évaluation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, l'offre de soins en France manque d'une certaine cohérence malgré la planification sanitaire⁷⁵ et repose sur une logique d'excellence. L'hégémonie des CHU dans le paysage hospitalier français se fait au détriment d'une offre de soins cohérente intégrant comme par exemple en Finlande l'ensemble des professionnels et des établissements d'un territoire dans un partage de responsabilités médicales réfléchi, clair et cohérent. Les risques de cette logique de sommités médicales portent surtout sur la qualité des soins de spécialités pointues pratiquées dans des services trop nombreux et ne réalisant pas assez d'actes. Sur ces motifs, plusieurs maternités ont fermé leurs portes en raison d'un nombre annuel trop faible d'accouchements : ce critère n'en était toutefois pas un car le nombre d'actes réalisés par praticiens n'était pas pris en compte.

Cette problématique est la même pour d'autres spécialités : le souhait de pratiquer des spécialités d'élites et de disperser ces spécialités médicales pointues peuvent présenter le risque de laisser hors du champ de l'excellence des pathologies « de masse » moins gratifiantes pour les équipes. Or, ces groupes de patients ont un coût pour la société et pour les établissements très important du fait des volumes de patients concernés. Pour ces tableaux cliniques également, il convient de maintenir un standard de traitement à la hauteur des ambitions d'un CHU comme le CHU de Montpellier. Cet aspect est d'autant plus important qu'une critique récurrente adressée au système de santé concerne le déficit de la formation médicale continue malgré les textes de loi parus sur le sujet⁷⁶. Les chemins cliniques représentent à cet égard une évolution forte des habitudes puisque le dispositif mis en place d'après l'état de l'art devra être corrigé et réévalué annuellement. Créer cette culture d'évaluation et mettre en application les bonnes voire les meilleures pratiques pour l'ensemble des patients constituent certaines des ambitions centrales du projet Chemins cliniques.

⁷⁴ Sur ces points, on peut se référer pour plus de développements au travail du Module interprofessionnel cité plus haut et au Rapport 2002 de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale.

⁷⁵ Ces aspects sont largement abordés dans le mémoire d'Estelle Bouquerel sur [La recomposition de l'offre de soins et fédération interhospitalière de cardiologie de Pau](#).

⁷⁶ Loi de 1991, Ordonnance de 1996

2. Quelques exemples de mise en œuvre de chemins cliniques

2.1 Présentation de quelques expériences étrangères

2.1.1 Les retours sur investissement des chemins cliniques

a) La mesure des résultats

Le « marché » de la santé se caractérise par l'offre et la demande de soins en santé : une troisième dimension manque à ce marché du fait de la complexité des « produits et services » concernés. L'asymétrie d'information qui perdure entre les médecins et leurs patients empêche l'intégration par les clients de la notion de résultats dans leur choix de « produits ». Le rôle des managers dans le domaine de la santé doit donc évoluer vers une plus grande transparence des résultats de santé obtenus. Toutefois, pour obtenir ces résultats de santé, il faut d'abord s'attacher à mesurer et évaluer la qualité des soins à l'aide d'indicateurs qui sont forcément complexes à déterminer et à mettre en œuvre en raison de la complexité des soins. L'intérêt des chemins cliniques dans ce contexte est de garantir le développement d'une réflexion sur la qualité des soins et les résultats qui devraient être constatés au cours d'un traitement.

La définition des résultats attendus d'une prise en charge par un chemin clinique peut être « la réduction des délais et de l'utilisation des ressources et l'optimisation de la qualité des soins »⁷⁷. Quatre dimensions sont à considérer :

- La satisfaction du patient (et de sa famille)
- Le bénéfice fonctionnel obtenu ou son délai d'obtention dans la prise en charge
- Le coût de la prise en charge (au sens analytique du mot)
- Le cycle de la pathologie (récurrence)

⁷⁷ Coffey et al. QMHC, 1992, source : <http://www.oandp.org/> JPO, 1996 Vol. 8, Num. 3, p. 93-95.

Dans le contexte de la prochaine mise en œuvre de la tarification à l'activité, la réduction des durées de séjour en dessous de la moyenne nationale peut jouer un rôle fondamental dans la volonté d'optimiser les prises en charge et de réduire les coûts de traitement.

b) La réduction des durées de séjour

L'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé a analysé plusieurs études internationales qui relatent l'application des méthodes de *managed care* (ou chemins cliniques)⁷⁸. L'étude de Blegen conduite en 1995 a montré que les coûts de prise en charge pouvaient être optimisés grâce au travail mené sur les prestations offertes tout en conservant un niveau de qualité comparable voire supérieur. L'étude Wright réalisée en 1997 révèle une réduction de la durée moyenne de séjour de 3,1 jours, une réduction des coûts de 1271 dollars par patient suite à la mise en place d'un chemin clinique en chirurgie thoracique⁷⁹. Pendant la période de mise en place (un an), les caractéristiques démographiques ont été identiques entre les deux échantillons avant - après (comorbidité et mortalité identiques). Les auteurs ont estimé que la diminution de la durée de séjour et des coûts était peu élevée, respectivement de 29 % et 8 %. Les réductions de coût ont été inférieures aux prévisions car le coût des soins à l'hôpital était moins élevé en fin de séjour qu'au début. Le taux de réadmission est resté constant de même que la satisfaction des patients.

L'ANAES présente dans une publication⁸⁰ l'impact de chemins cliniques sur la prise en charge hospitalière pour une pneumonie. Un travail réalisé en 2000 sur 19 hôpitaux canadiens a comparé les prises en charge effectuées dans deux catégories d'établissements : ceux pour lesquels le mode d'organisation ne changeait pas ; les institutions où étaient mis en place des chemins cliniques. Les résultats ont montré une absence de différence en termes de mortalité, complications, réadmissions ou score de qualité de vie chez les personnes traitées dans ces deux groupes d'hôpitaux.

En revanche, une diminution de l'admission de patients à risque faible est observée dans le groupe d'hôpitaux où les chemins cliniques ont été mis en œuvre. Cette baisse du taux

⁷⁸ Charvet-Protat S., Jarlier A., Préaubert N., ANAES, Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital, Gestions Hospitalières, novembre 1998, p 719-746.

⁷⁹ Pulmonary Lobectomy Patient Care Pathway: A Model to Control Cost and Maintain Quality, Cameron D. Wright, et al, 1997. Etude réalisée dans le service de chirurgie thoracique du Massachusetts General Hospital.

⁸⁰ ANAES, Service Evaluation des pratiques, Evaluation des Pratiques professionnelles dans les Etablissements de santé : Les pneumonies aiguës communautaires, décembre 2001, p13-14.

d'admission de patients sur des critères cliniques bien définis permet d'éviter l'hospitalisation de personnes qui n'en ont pas besoin : les impacts sont évidents sur l'activité hospitalière et la qualité des prises en charge de ces malades. La durée de séjour et la durée de traitement par antibiotiques ont toutes deux été réduites de façon importante.

2.1.2 Les enseignements tirés de la création d'un chemin clinique à Barcelone

Le projet de l'Hôpital Universitaire de Barcelone se situe dans un contexte similaire à celui du CHU de Montpellier. L'expérience de cet établissement permet de faire ressortir quelques points de force et de faiblesse de la méthodologie des chemins cliniques.

a) L'élaboration et la méthode du projet Barcelone

Le projet qui est analysé ici est présenté sur le site de l'Assistance publique- Hôpitaux de Paris⁸¹ : l'École Universitaire des Infirmières a élaboré un projet pour mettre en place des « cheminements cliniques » ou chemins cliniques à partir de différentes pathologies à l'Hôpital Universitaire de Barcelone. Le regroupement des services de soins en « Instituts », ce qui correspond à des pôles ou centres de responsabilité, a fourni l'occasion de lancement du projet. Les objectifs de ce projet sont de réduire les coûts, améliorer la qualité des soins et la mesurer à l'aide d'indicateurs de résultats, optimiser les séjours et accroître l'efficacité et enfin assurer une meilleure communication et coordination entre les professionnels.

L'Hôpital Universitaire de Barcelone mène un projet d'implantation de guides cliniques pour mieux gérer les processus : un dossier de soins spécifique est donc en cours d'élaboration ; la méthode des chemins cliniques est donc apparue comme un outil pertinent pour développer ce management des processus de prise en charge. L'Institut des maladies cardio-vasculaires constitue le terrain d'expérimentation de quatre chemins cliniques. Les cadres de l'Institut ont été formés pour se préparer au rôle de coordinateurs cliniques du projet, sorte de *care managers* évoqués précédemment. Le contenu de cette formation concernait la méthode des chemins cliniques, les dépenses en soins

⁸¹ Rubrique « activités internationales » du site <http://www.ap-hp.fr> ; Gestion des Soins Infirmiers : Recommandations européennes, Projets pilotes du Programme Leonardo Da Vinci, 2000.

relativement aux coûts par pathologies et la gestion des résultats et sa mesure dans la pratique clinique.

Un groupe de travail composé de représentants de l'équipe pluri-disciplinaire responsable des prises en charge a été constitué pour élaborer les chemins cliniques. Une analyse rétrospective d'échantillon de dossiers des groupes de patients concernés a été menée en préalable pour bien connaître leurs modes de prise en charge. Ce groupe de travail a déterminé consensuellement les activités qui devaient être intégrées, les prises en charge : traitements, examens, complications potentielles, diagnostics infirmiers et interventions à réaliser. Des indicateurs de résultats ont été élaborés : la durée de séjour-type ainsi que les variances possibles.

Les pathologies sélectionnées sont l'Angor instable non-complicqué, l'Infarctus aigu du myocarde non compliqué, la chirurgie aorto-abdominale et le by-pass fémoro-poplité. Une équipe de suivie a été constituée pour mesurer les variances et assurer des réunions d'information et des réunions de travail du groupe pluri-disciplinaire. Cette équipe est composée du cadre de l'unité (formée pour être coordinatrice) et du médecin responsable de l'unité.

b) Les résultats et les recommandations

La seconde année de ce projet, les chemins cliniques ont été testés puis mis en place définitivement après quelques ajustements. Cette étape est très consommatrice de temps et les contraintes rendent difficile l'évaluation des résultats néanmoins, l'expérience pilote a permis d'identifier des améliorations des trajectoires patients. Premier progrès significatif, les résultats pour le patient sont évalués. La qualité de la prise en charge est améliorée grâce à des connaissances constamment actualisées. L'information du patient est facilitée (protocoles d'information, élaboration de brochures, programmes d'éducation à la santé plus développés). Un rapport informatisé de sortie a été créé pour favoriser la coordination entre structures de soins.

Pour l'établissement, les résultats montrent deux réductions significatives des durées de séjour pour les malades considérés même si les éléments d'analyse manquent pour attribuer cette diminution à la seule mise en place des chemins cliniques.

Pathologies concernées	DMS 1998 avant implantation	DMS 1999 après chemins cliniques
Angor instable non compliqué	6,37	6,29
Infarctus du myocarde non compliqué	8,19	7,82
Chirurgie aorto-abdominale	13,44	11,59
By-pass fémoro-poplité	6,45	6,52

Le nombre d'examens médicaux et de services non indispensables est diminué et les durées moyennes de séjour-cibles ont été atteintes.

Les impacts managériaux ont été une amélioration de la communication et du consensus dans le groupe de travail mais aussi entre les professionnels dans leur ensemble.

Des difficultés restaient pointées : les critères d'inclusion d'une personne dans un chemin clinique ne sont pas suffisamment explicités. Quelques cas qui auraient pu être inclus dans le chemin clinique ont été hébergés dans d'autres services à cause du manque de place et n'ont pas été pris en charge selon cette méthode. Quelques cas n'ont pas été signalés en pré-hospitalisation au stade de la consultation externe. Plus généralement, un déficit de formation des personnels paramédicaux, et probablement médicaux, est souligné même si certains ont participé à l'écriture du chemin clinique.

L'expérimentation de l'Hôpital Universitaire de Barcelone a été un succès : la méthodologie des chemins cliniques s'est donc étendue à d'autres Instituts / centres de responsabilité. Les caractéristiques similaires (engagement institutionnel, partenariat des différents acteurs de la prise en charge) du projet montpelliérain laissent à penser qu'un tel succès pourrait être envisagé.

2.2 L'apparition spontanée en Urologie

Les services d'Urologie du CHU de Montpellier se sont posé la question de l'organisation de la prise en charge qu'ils proposent aux patients. Les résultats, encore en devenir, de ce travail ont été présentés par le cadre supérieur lors du Congrès mondial des infirmiers et infirmières francophones du 25 - 28 mai 2003 à Montpellier.

2.2.1 La génération spontanée

a) Le contexte d'élaboration

Depuis quelques années, le service d'Urologie 1 participe à des réflexions sur les coûts médico-économiques de l'activité à l'échelle du CHU mais aussi à l'échelle nationale (Echelle Nationale des Coûts). Sensibilisé à ces problématiques, à l'occasion de l'arrivée d'un nouveau cadre supérieur sur les services d'urologie au début de l'année 2003, le service d'Urologie 1 s'est penché sur une pathologie particulière pour optimiser la prise en charge de ces patients. Initiée par les cadres de santé, une réflexion a été entreprise par le service avec l'implication et le soutien du chef de service.

Le choix des professionnels s'est porté sur l'optimisation des parcours thérapeutiques des personnes atteintes d'une pathologie plutôt lourde et invalidante : la cysto-prostatectomie de Bricker. Cette maladie, peu fréquente (quelques patients par mois), a été sélectionnée en raison du nombre élevé de ressources mobilisées pour ces patients : la durée moyenne de séjour doit en effet s'élever à 21 jours selon les recommandations médicales. Par ailleurs, les charges soignantes sont importantes et l'éducation du patient joue un rôle crucial dans la sortie des malades et leur retour à une certaine autonomie. Si l'information et l'éducation des patients ne sont pas un succès, les personnes atteintes doivent en général rester hospitalisées plus longtemps et s'assurer de la disponibilité d'un infirmier libéral avant de pouvoir retourner à domicile.

Une indication de cystoprostatectomie totale d'emblée est consécutive à une tumeur intra-prostatique et une tumeur intra-vésicale. Les hommes atteints de ce type de cancer doivent subir une intervention chirurgicale très invalidante qui consiste à retirer la prostate et la vessie ce qui génère un risque d'impuissance sexuelle majeure. Une dérivation urinaire s'impose : entérocystoplastie de substitution (chez l'homme parfois la femme), ou urétérostomie cutanée trans-iléale (**Bricker**) ou directe. La dérivation cutanée trans-iléale selon Bricker est la dérivation des urines à la peau avec interposition d'un segment d'intestin entre les uretères et l'orifice cutané. L'avantage est d'avoir une seule poche (stomie) qui draine l'urine des 2 uretères. Cette technique est très utilisée en raison de sa fiabilité et de la facilité d'appareillage pour le patient⁸².

⁸² Professeur Thierry Flam ; Dernière mise à jour : 10/01/2003 <http://www.uropage.com/>

La prise en charge des personnes malades est donc relativement coûteuse et complexe pour les équipes d'Urologie qui ont ressenti le besoin de travailler sur cette prise en charge.

b) Une méthodologie pragmatique

L'approche du service a été très concrète et pragmatique : aucune méthodologie particulière de type chemin clinique n'a été envisagée initialement. Pendant le printemps (environ 4 mois), un groupe de travail à géométrie variable a été formé. Une dizaine de réunions se sont déroulées avec des intervenants de l'ensemble des professions qui prennent le patient en charge pendant son passage à l'hôpital (consultation externe, hospitalisation, visite de contrôle).

Le groupe de travail se compose de représentants infirmiers et aides soignants : la présence de ce dernier groupe professionnel est primordiale dans la mesure où les soins de nursing sont très importants dans la prise en charge. L'ensemble des cadres de santé des services où ces patients sont pris en charge et le cadre supérieur ont activement participé. Un représentant des infirmiers stomathérapeutes prend part aux réunions. Pour les médecins, un chef de clinique représente à sa demande le chef de service qui valide au final le protocole de traitement. Un anesthésiste a finalement été rattaché au groupe et a apporté des corrections au parcours élaboré ; rappelons qu'il s'agit d'une intervention chirurgicale sur un cancer qui se répand dans l'urètre ce qui nécessite évidemment une visite de pré-anesthésie rapide.

Le protocole de prise en charge qui a été conçu par le service a été largement influencé par les conseils du Directeur Coordonnateur Général des soins qui possède une formation reçue au Québec sur le « suivi systématique de clientèle » ce qui a fait évoluer la méthodologie de départ. A sa demande, le parcours du patient est formalisé dans une feuille A3 intégrée au dossier de soins et qui représente un synoptique des étapes importantes que le patient va suivre avant – pendant - après son hospitalisation. Les résultats en terme de santé ou d'autonomie sont précisés dans ce document ainsi que les acteurs du traitement et les actes à réaliser.

2.2.2 La mise en œuvre du parcours patient

a) Le contenu du chemin clinique

Le chemin clinique « prototype » présente sur cette synthèse réalisée par Gilles Launay et les cadres d'urologie l'ensemble de la prise en charge idéale des patients qui doivent subir une cytoprostatectomie type Bricker. L'acte opératoire se déroule au 4^{ème} jour de l'hospitalisation.

	Hors séjour
	HTC
	Bloc Réveil
	SC

	J-30	J-15	J0	J3	J4	J5-J7	J8	J11	J19	J21-J25	J 55
Anesthésiste		Consult.		Visite		Visite					
Stoma-thérapeute	Info	Info	Marquage stomie					Consult.	Famille	Autonomie stomie	Consult.
Actes		Scanner Scinti Biologie ECG				Biologie	Biologie	Biologie			Traitements ultérieurs éventuels
Cadre séjour	Info										
Infirmière			Médec.	Médec.		Médec. par-entérale	Médec. par-entérale	Médec. par-entérale	Médec. Surveiller	Médec.	
Aide soignant			Prépa digestive	Prépa digestive		Surveiller	Surveiller	Surveiller	Soins	Le patient accepte la stomie	
Chirurgien	Consult.		Prépa op.	Prépa op.	Bricker	Bilan biol.		Bilan biol.	Stomie ½ autonome	Sortie	Consult.
Kinési-thérapeute			Gym respi-ratoire	Gym respi-ratoire	Famille	Gym respi-ratoire	Gym respi-ratoire	Marche assistée	Marche		
Diététicienne			Régime normal	Régime sans résidu		Lit strict A jeun	Lever	Régime sans résidu	Régime sans fibre	Régime normal	

Cette présentation met en évidence les quatre éléments importants de l'outil Chemin clinique dans le dossier médical et soignant : les acteurs (hospitaliers) du soin, le calendrier de la prise en charge (raccourci à fin de visibilité), les actes à réaliser et les résultats à atteindre écrits en police rouge.

Quelques protocoles infirmiers ont également été établis de façon non formalisée, par exemple le protocole décrivant le déroulement de l'entretien de pré-admission (15 jours avant l'intervention) pour informer le patient des conséquences de sa maladie, lui expliquer le principe de la stomie et lui faire verbaliser les informations reçues auprès du chirurgien. Actuellement, le processus de formalisation du chemin clinique est suspendu dans l'attente des évolutions du dossier de soins infirmiers sur lequel un travail d'harmonisation est en cours.

b) Le premier bilan

La formalisation du chemin clinique en Urologie n'est pas définitive à ce jour : la présentation habituelle des chemins cliniques est une sorte de carnet qui constitue dossier de soins et dossier médical intégrés. Ce chemin clinique tel qu'il peut exister au Québec, en Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis, précise dans le détail les actions à entreprendre pour les professionnels et les résultats de santé attendus pour les patients. Ce document est constitué dans les faits du chemin clinique, sorte de synoptique à destination du patient et de sa famille et aide-mémoire des professionnels.

Il comporte également les chemins cliniques de chaque professionnel, c'est-à-dire le calendrier de ses actions, le détail des actes qu'il doit réaliser, des protocoles consultables facilement (classeurs, système d'information) pour encadrer par des recommandations sa pratique. Les protocoles infirmiers notamment ont été pensés pour la plupart mais ne sont pas formalisés.

La deuxième étape de l'utilisation routinière d'un chemin clinique est la mesure de la variance. Les écarts entre les résultats souhaités et les résultats obtenus ne sont pas évalués à ce jour, malgré la détermination d'indicateurs pour les principaux résultats escomptés. Parmi ces marqueurs, il faut citer l'évaluation de la compréhension par le patient de son diagnostic et de son traitement lors de sa visite d'information au cadre de l'unité (après l'annonce du diagnostic par le chirurgien). Le jour de l'intervention, le dossier, les actes pré-opératoires et per-opératoires doivent correspondre aux prévisions. Enfin, la durée de séjour de 21 jours doit être respectée sauf contre-indication

thérapeutique. Une évaluation sur quelques cas échantillons a permis aux cadres de vérifier la cohérence de prises en charge réelles avec le chemin clinique.

Ce premier chemin clinique, issu d'une génération spontanée, devrait pouvoir être formalisé sans trop de difficultés à moyen terme. Les bénéfices obtenus en terme de durée de séjour ou pour quelques indicateurs macroscopiques de prise en charge pourront être retrouvés si besoin grâce à l'exploitation des dossiers médicaux. Les deux services d'Urologie envisagent de poursuivre cette démarche de chemins cliniques avec l'assistance du Département de l'Offre de soins et de la Clientèle.

B. Elaboration du chemin clinique- pilote : bilan et perspectives

Le chemin clinique pilote est élaboré pour une pathologie dont la prise en charge est en train de se mettre en place au CHU à l'occasion de l'ouverture d'un centre de prise en charge en urgence. Les perspectives d'évolution du projet seront présentées en fin de partie.

1. L'avancement du chemin clinique-pilote

1.1 Le cadre de l'écriture du chemin clinique

1.1.1 La filière de prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux relève de la très grande urgence : le pronostic du patient est engagé à deux titres. Les risques de mortalité et de handicaps sont très élevés et la prise en charge doit être effectuée dans les premières heures pour stabiliser la situation du patient et l'améliorer. Cette prise en charge est considérée comme peu efficace au CHU de Montpellier aujourd'hui : une nouvelle organisation se met donc en place au sein de la structure du Stroke center.

a) Le projet Stroke center

Le projet d'ouverture d'un centre de prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux (AVC) est évoqué depuis 1996-1997. La prise en charge des AVC est un impératif de santé publique croissant : 125 000 nouveaux cas surviennent par an et entraînent 62 000 décès. L'accident vasculaire cérébral est la troisième cause de mortalité et la première cause de handicap chez l'adulte. Il constitue la deuxième cause de démence en France. L'incidence augmente avec l'âge, les spécificités démographiques de la région Languedoc-Roussillon aggravant ce facteur d'âge. La spécialisation des prises en charge en urgence est également un axe fort de la Circulaire Urgences⁸³ du 16 avril 2003 : les recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES (mai 2003) suggèrent par ailleurs une prise en charge et un accueil spécifique des AVC.

Ce dossier est inscrit au Contrat d'Objectifs et de Moyens Urgences signé en 2002 avec l'ARH. L'ouverture du centre a été approuvée après passage en Commission médicale d'établissement et Conseil d'administration. En mars 2003, une unité fonctionnelle de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux a été créée placée sous la responsabilité du Dr Milhaud, médecin neuro-vasculaire. Elle est rattachée au service de neuroradiologie. L'ouverture du Stroke center passe par la mise en place d'un accueil des urgences cérébro-vasculaires et neuro-traumatologiques qui regrouperont les AVC (3 lits) et les lésions crânio-cérébrales (2 lits de déchoquage). La mise à disposition de lits de soins intensifs neuro-vasculaires dédiés est acquise ainsi qu'une part de l'organisation des mutations au sein du CHU à destination des Médecines internes, de Gériatrie clinique et d'hospitalisation complète neuro-vasculaire.

L'ouverture du Stroke center est prévue au 20 octobre. Elle a été rendue possible par la séniorisation de l'organisation médicale de la prise en charge neurologique et neurovasculaire. Le réseau régional de neuro-radiologie permet d'améliorer l'accès à des experts multidisciplinaires qui formulent des avis sur l'orientation de ces patients pour éviter les admissions et transferts inutiles de malades des établissements périphériques vers le CHU.

⁸³ Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Elle préconise une prise en charge spécialisée gériatrique, pédiatrique et psychiatrique.

Le travail relatif aux critères d'admission des patients victimes d'un AVC dans tel ou tel mode de prise en charge n'est cependant pas fini : des divergences d'interprétation persistent par exemple entre les médecins internistes et les médecins neuro-vasculaires. En effet, avant la concrétisation du projet d'ouverture du Stroke center, la filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux au CHU souffre d'un manque de coordination.

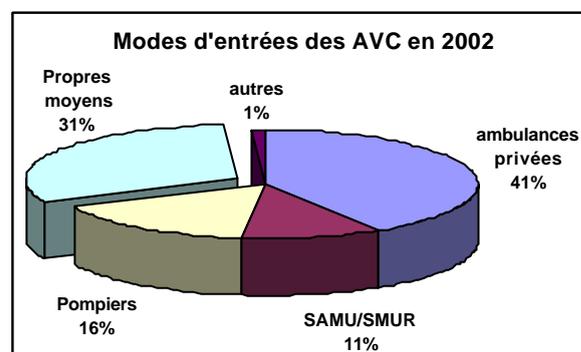
b) Une filière éclatée de prise en charge des AVC

L'AVC est une conséquence d'une anomalie fonctionnelle ou d'une lésion du système nerveux central due à une pathologie des artères ou des veines. Deux types d'accidents vasculaires cérébraux existent : l'AVC ischémique (infarctus) représente 80 % des cas et l'AVC hémorragique constitue les 20 % restant. Nous avons vu que le coût médico-économique de cette pathologie est très élevé tant pour la société que pour les individus. En 2002, 1 567 séjours⁸⁴ ont été réalisés pour des patients victimes d'AVC : ces patients représentent 1,6 % des séjours du CHU. La durée moyenne de séjour est de 14 jours alors que la DMS nationale n'est que de 12 jours ce qui suggère une difficulté financière dans le cadre de la T2A s'il n'y a pas d'évolution.

De nombreux points d'entrée dans l'établissement sont mis en évidence par le Département de l'Information médicale.

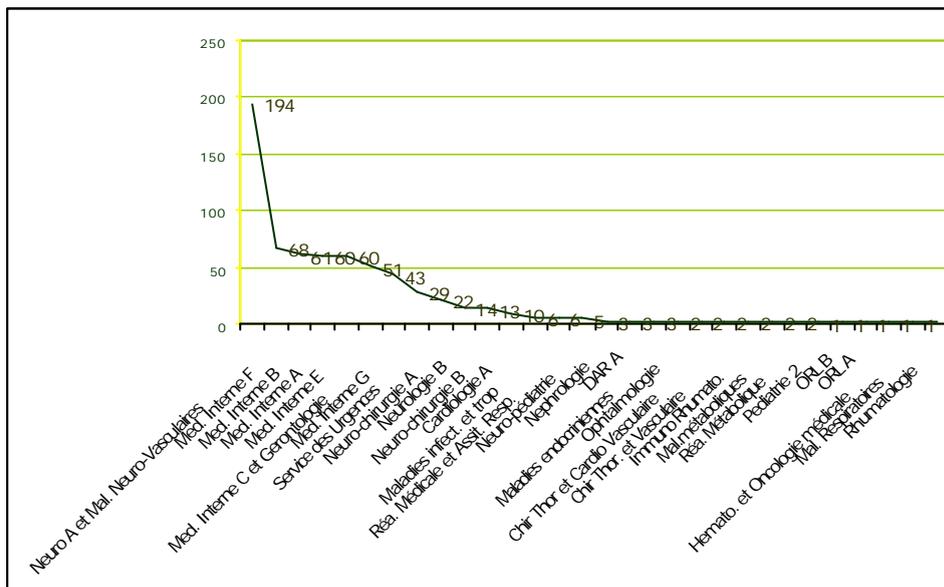
Lorsque les malades arrivent directement dans le service de Neurologie A et maladies vasculaires, on constate que le SAMU/SMUR devient un mode d'entrée plus fréquent (la proportion avec l'arrivée encadrée par les pompiers s'inverse).

La forte proportion d'arrivée par les propres moyens du patient peut être expliquée par la relativement faible proportion d'entrées en urgence (35,4 %).



⁸⁴ Ce chiffre n'inclut que l'ensemble diagnostics principaux. Le nombre total de séjours produits pour l'ensemble diagnostic principal et diagnostic associé est de 2038 séjours.

La répartition des patients hospitalisés dans les services du CHU est très éclatée et semble peu cohérente. Trente services accueillent et hospitalisent ces patients.



La Neurologie A représente 31 % des séjours et les médecines internes 23 % : près de la moitié (46 %) des patients arrivent dans des services qui semblent peu adaptés à les recevoir. L'organisation de la prise en charge des AVC doit donc être rénovée pour améliorer le service rendu au patient et diminuer les éventuelles pertes de chance. Pour ce faire, la mise en place d'un chemin clinique spécifique à cette pathologie a paru un bon moyen de garantir la qualité et l'efficacité de la prise en charge.

1.1.2 L'implication des acteurs

Le pilotage institutionnel de ce projet peut être un facteur de succès comme l'a montré l'exemple de l'Hôpital Universitaire de Barcelone. Toutefois, l'implication des acteurs de l'AVC est plus que nécessaire. Dans la prise en charge très complexe de cette pathologie, beaucoup de travail reste à entreprendre.

a) Le pilotage au sein du centre de responsabilité neurologique⁸⁵

A l'occasion de l'ouverture du Stroke Center, la filière éclatée des AVC s'efforce de s'organiser autour d'un point névralgique d'arrivée des urgences. La mise en place d'un Chemin clinique sur cette pathologie doit apporter une définition claire et pertinente des rôles de chacun pour mieux réguler les arrivées et diffuser des bonnes pratiques communes sur l'ensemble du CHU.

Lors des premiers comités de pilotage du projet, parmi les demandes formulées par les services figurait l'écriture d'un chemin clinique de prise en charge des AVC. L'équipe Organisation de la prise en Charge spécialisée sur l'élaboration des chemins cliniques, le Dr Roblès et Mlle Brijmohun, se concentre donc sur l'organisation de la prise en charge à partir du point central d'accueil neurovasculaire, le Stroke Center. Le travail actuel n'est pas au stade de finalisation : l'effort porte pour l'instant sur les premières étapes des soins prodigués aux patients et les relations entre l'ensemble des acteurs de la filière ne sont pas décryptées ni codifiées. Par conséquent, seuls les services les plus proches de l'accueil en urgence ont été rencontrés par l'équipe projet.

Les appréciations portées par les personnes que j'ai pu rencontrer et interroger à ce stade d'élaboration sont globalement très positives. Il est souligné par l'ensemble des professionnels que la mise en place d'un chemin clinique favorise la réflexion sur les pratiques. Cette réflexion a permis de prendre conscience de la complexité de la prise en charge et des multiples services et professionnels concernés qui doivent être coordonnés, à tel point que des médecins se demandent comment l'ouverture du Stroke center aurait pu être possible sans l'écriture d'une part au moins du chemin clinique pour régler les rôles de chaque intervenant. L'attitude médicale était plutôt sceptique au départ, comme tous me l'ont souligné.

L'intérêt pratique du chemin clinique n'a pas été perçu de la même façon par tous. Des praticiens placés dans une situation plus transversale soulignent les apports de ce travail dans la coordination des acteurs et la définition des responsabilités. L'écriture et la validation des pratiques leur semblent fondamentales pour développer la rigueur et la cohérence de la prise en charge et permettre l'évaluation et l'amélioration des pratiques. D'autres cliniciens, plus centrés sur leur spécialité et leur technique quotidienne, admettent l'intérêt de la formalisation des pratiques mais seulement dans l'optique de

⁸⁵ Le nom de ce CR n'est pas encore déterminé : il comporte les services de neurologie médicale, neuro-radiologie, neuro-vasculaire notamment.

former les nouveaux arrivants (internes, infirmières) au travail quotidien de prise en charge. L'investissement réalisé varie de quelques heures à quelques jours selon le degré d'implication des médecins et leur travail de recueil bibliographique et de réflexion sur les bonnes pratiques. Le temps passé en réunion est également très important et évalué à 20h pour les personnes les plus sollicitées à ce jour.

Les cadres de terrain et l'encadrement supérieur⁸⁶ mettent l'accent sur le potentiel de réduction des durées de séjour et d'économie et les gains de qualité envers les patients (information, préparation des sorties). Le chemin clinique permet de pointer les dysfonctionnements existants de la prise en charge et de favoriser le décloisonnement et la coordination entre les différents professionnels, médicaux et soignants. Toutefois, cette communication est jugée moindre que ce qui était espéré et annoncé dans le projet chemin clinique. Il n'y a pas encore eu de réunions communes entre les infirmières et les médecins pour l'écriture du chemin clinique. La méthode actuelle de réaliser pour chaque profession sa trame, sans communication de l'information en temps réel lors de groupes de travail communs par exemple, peut nuire à la cohérence de l'ensemble. Les cadres souhaiteraient voir associer au médecin chef de projet un cadre de santé qui aurait la même fonction pour l'activité para-médicale.

La charge de travail est estimée très importante pour les cadres (entre 25 à 35h) qui participent largement à l'autre volet du projet consacré à l'organisation des séquences à l'échelle des deux CR. Ce travail est un travail de longue haleine : le risque d'assumer cette charge sans temps spécifiquement consacré à ce sujet comme une surcharge peut générer un essoufflement des équipes paramédicales et d'encadrement.

b) Les spécificités : l'élaboration d'une prise en charge

La spécificité de cette prise en charge réside dans deux aspects particuliers pour la mise en place d'un chemin clinique : il s'agit d'hospitalisation en urgence et d'une filière transversale nouvelle. Lors du projet d'ouverture, la décision de former l'ensemble des acteurs de cette filière a été prise pour garantir un bon fonctionnement et une bonne coordination des prises en charge. L'objectif de cette formation est d'informer et de former les personnels para-médicaux et les partenaires médicaux et para-médicaux d'autres services.

⁸⁶ Cadre supérieur de la Fédération de neurologie, directeur coordonateur général des soins.

En annexe, le parcours clinique des patients (actualisé le 28 septembre) est présenté et énumère l'ensemble des intervenants : le SAMU et le service des urgences, les urgences soins intensifs et hospitalisation temps complet neuro-vasculaires ainsi qu'un lit de déchocage en urgences neuro-chirurgicales, les services de médecine interne (A, B, E, F, G), la gériatrie clinique, la rééducation fonctionnelle puis les établissements d'aval conventionnés avec le CHU, le service central des kinésithérapeutes...

Quelques résistances au changement face à l'ouverture du Stroke Center se sont manifestées mais globalement l'intervention de l'équipe chemins cliniques constitue un facteur débloquent. Plusieurs difficultés ont pu être résolues grâce à la médiation et à la communication entreprise dans la démarche. Des consensus ont donc pu émerger sur l'opportunité et le moment du recours à l'assistante sociale. Une question d'organisation se posait également pour l'accueil physique des urgences et la discussion par le biais de réunions de travail organisées par l'équipe projet ont pu contribuer à débloquent ces situations.

L'équipe Chemins cliniques s'efforce ainsi d'identifier l'ensemble des acteurs qui vont intervenir autour du patient AVC et d'établir une coordination de leurs actions. En interne au Stroke center, le rôle de chacun est peu à peu reconnu (neuropsychologue, assistante sociale), défini, formalisé et leur moment de leur intervention précisé. En « externe », les liaisons avec des services du CHU sont explicitées et leur intervention dans le cadre du Stroke Center va être prochainement discutée lors de réunions de travail organisées par le Docteur Geneviève Roblès.

1.2 La méthodologie

En cours d'élaboration, d'évaluation et de renouvellement perpétuel, la méthodologie montpelliéraine des chemins cliniques se construit au fur et à mesure de l'avancement du projet pilote.

1.2.1 La méthodologie générale

Dans les quatre étapes critiques citées par le Docteur Roblès pour la construction d'un chemin clinique, une étape n'est pas encore amorcée : l'expérimentation du chemin clinique. Ces quatre phases sont : le cadrage du projet dans le détail, l'analyse et la correction de la prise en charge par l'écriture du chemin clinique, l'expérimentation et enfin l'évaluation et la modification du chemin clinique.

a) La description du chemin idéal

La méthode générale présentée par l'équipe projet jeudi 25 octobre aux directeurs du DOSC met en évidence les premiers enseignements des erreurs de jeunesse et des lacunes constatées dans la méthodologie initiale. Malgré un certain nombre de travaux et de recherches, la phase première du projet ne semble pas satisfaisante.

Cette phase doit se consacrer en amont à la **définition précise de la cible** : le groupe de patients présentant des caractères cliniques communs avec un diagnostic spécifique. Cette cible semble encore un peu floue : seuls les patients victimes d'un AVC depuis moins de 48h devraient être pris en charge au Stroke center. Les patients qui échappent au chemin feront-ils l'objet du chemin clinique ou plus précisément d'une ramification du chemin clinique comme les AVC hémorragiques (20 %) ? Un certain nombre d'éléments déterminants de prise en charge ne sont pas clarifiés. Si l'on prend l'exemple des critères d'admission au Stroke Center, une incompréhension majeure entre les différents acteurs de l'AVC réside dans l'accueil des patients non-urgents qui représentent 64,6 % des entrées. Ces personnes peuvent avoir besoin de passer par des lits de soins intensifs : seulement une part d'entre elles a un AVC survenu depuis moins de 48 heures.

L'ambition du pilote se situe à un niveau élevé puisqu'il s'agit de créer une organisation et une trajectoire idéale pour les patients à partir de demandes parfois contradictoires ou *minima* issues de logiques différentes. La comparaison avec le passé est ici difficile voire impossible dans la mesure où la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux n'est pratiquement pas organisée à ce jour. L'ingénierie des chemins cliniques n'est pas ici la seule mise en œuvre. Le projet du Stroke Center se développe pour partie par le biais du projet chemin clinique. Cette caractéristique est reprochée par l'encadrement infirmier pour lequel l'organisation et la structuration du Stroke center doit être un préliminaire à l'élaboration du chemin clinique. Elle ajoute à la difficulté d'élaborer un chemin clinique qui implique des services neuro-vasculaires, neuro-radiologiques, neurologiques, de médecine interne, rééducation, gérontologie... Le chemin synoptique idéal est présenté en annexe 3 : il s'accompagne d'un chemin clinique plus détaillé pour chaque étape de la prise en charge, également présenté en annexe pour l'étape n°1 : l'accueil des patients aux urgences neuro-vasculaires.

b) La nécessaire expertise d'ingénierie médicale

La première étape de la méthodologie apparaît donc centrale avec le recul de quelques semaines : bien connaître la filière de prise en charge considérée au sein du CHU. Pour le projet chemin AVC, le bilan de l'existant a été insuffisant selon le Docteur Roblès. Le recensement et l'actualisation des connaissances doivent être approfondis au maximum pour permettre une bonne maîtrise de l'objectif à atteindre (chemin clinique idéal) et une excellente connaissance des moyens d'y parvenir (acteurs qui interviennent).

Lors de la première phase de cadrage du projet, la présentation des objectifs et de la méthode générale sont effectués à tous les intervenants après leur identification. Le Docteur Roblès estime avec le recul que le travail avec un binôme de référents est indispensable pour favoriser la discussion et l'échange de connaissances au sein de ce binôme.

Il apparaît indispensable d'avoir la compétence d'un clinicien pour mener ce type de projet : un bon niveau de maîtrise des recommandations et des bonnes pratiques est nécessaire pour piloter l'élaboration du chemin clinique dans le sens du mieux voire du bien. Selon Geneviève Roblès, il ne s'agit pas de devenir aussi compétent qu'eux mais de les guider et de bien comprendre la filière pour ne pas laisser passer certains aspects cruciaux comme l'organisation de la sortie ou l'intervention d'acteurs (neuropsychologues...). Le médecin chargé de piloter le projet fournit de la documentation aux acteurs médicaux, par exemple les Recommandations de l'ANAES ou des chemins cliniques issus d'autres établissements.

Toutefois, cette expertise n'est pas en soi suffisante pour assurer la mobilisation de tous les acteurs : ce point sera abordé plus tard.

1.2.2 L'état d'avancement du projet

La seconde phase de la méthode chemin clinique est celle de l'analyse de l'organisation et de la production des protocoles puis des chemins cliniques pour chacun des participants

a) L'écriture des protocoles

Pour chaque participant, le logigramme de son intervention doit être réalisé pour comprendre son action. Son intervention doit être caractérisée dans le temps : à cet égard, le chemin clinique des accidents vasculaires cérébraux présente une originalité car les moments d'action sont précisés à l'heure près. Leurs tâches et actions à entreprendre sont listées avec eux et définies : cette étape particulière demande beaucoup de temps car elle nécessite une réflexion approfondie des professionnels pour retrouver l'ensemble de leurs actes.

Plusieurs réunions sont nécessaires pour corriger, valider, recorriger et formaliser le tout. L'assistance d'une personne qui puisse participer à la formalisation et conduire le processus de correction et de validation à son terme semble indispensable à ce stade. Ce rôle qui inclut de l'animation de réunions et de la recherche d'informations (sources et expériences internationales, relevés d'information du SIH) a été rempli par Roma Brijmohun au cours de son stage qui s'est terminé au 1^{er} octobre. Certains protocoles sont présentés en annexe 4.

Les points critiques de la trajectoire du patient sont recherchés avec les professionnels : là encore, la discussion et la confrontation des opinions pluri-disciplinaires sont très importantes pour ne pas perdre de l'information. Ce n'est qu'au bout de deux mois de travail par exemple, que les critères d'entrée au Stroke center se sont révélés flous : de nouvelles réunions de travail sont donc programmées par l'équipe projet pour débattre de cet aspect entre les acteurs neurologues, internistes, gériatres...

Pour les points critiques mis en évidence par les professionnels, des protocoles sont rédigés, corrigés, validés et re-corrigés. Le rôle du chef de service dans la validation de ces protocoles est central pour que le travail entrepris ait une assise légitime, consensuelle et médicalement bien fondée. Là encore, on s'aperçoit de l'importance de l'expertise du chef de projet.

Cette remarque en appelle une seconde. L'expertise médicale est indispensable et il faut en dire autant de l'expertise para-médicale. L'étape de rédaction des protocoles a souligné l'importance de la présence d'un professionnel para-médical aux côtés de Geneviève Roblès. A ce jour, environ la moitié du parcours patient a été abordée par les équipes médicales (l'état d'avancement du projet est représenté en annexe sur le synoptique). Pour les équipes para-médicales, le travail a été conduit sur une trajectoire

plus courte et surtout l'étape de formalisation n'a pas pu être abordée par les cadres des unités de soins qui se mobilisent essentiellement sur l'ouverture même du centre (organisation, plannings...).

b) Les indicateurs de résultats

La troisième phase du projet chemins cliniques se concentre sur l'évaluation des mesures mises en place. A ce stade, l'évaluation ne se situe qu'ex-ante : la mise en œuvre des chemins cliniques déjà rédigés n'est prévue qu'au jour de l'ouverture du Stroke Center (le 20 octobre). Toutefois, un principe général a été arrêté : un indicateur par professionnel sera mis en place pour caractériser son action (dans l'avenir).

Plusieurs points de mesure de la variance sont déjà fixés et vont être évalués avant / après l'ouverture du Stroke Center. Le dénombrement de la « cible », incomplet à ce jour, est en cours de réalisation par le Département de l'Information Médicale : l'objectif est de connaître et comptabiliser les patients qui relèvent des critères du Stroke (AVC de moins de 48h) en rapport avec le nombre de patients adressés pour traiter leur accident.

Certains marqueurs sont médico-économiques : la durée de séjour constitue un indicateur de résultats important et sera donc analysée selon le profil clinique (+/- 48h) et selon les services d'accueil des malades toujours avant / après l'ouverture du Stroke Center puis après la mise en œuvre totale du chemin clinique. Les coûts analytiques de ces séjours doivent être extraits et comparés à des indices de coûts nationaux comme l'échelle nationale des coûts.

Au niveau de la qualité des soins, seront évalués le parcours des patients (nombres et natures (rééducation, consultation...) d'épisodes de retour au CHU. La répartition des patients par mode de sortie, le respect du taux de conformité au chemin clinique même inachevé ou le respect du calendrier prévu par le chemin constituent également des indicateurs de résultats de santé. L'évaluation portera également sur les délais entre la survenue de l'AVC, la prise en charge du patient par les transporteurs, l'arrivée du patient au CHU et l'arrivée au Stroke Center : la réduction de ces délais représente un accroissement de chances pour les personnes. Un logiciel d'évaluation de la prise en charge des AVC a été construit par un médecin et servira à mesurer une part des résultats de santé pour comparer l'échelle NIH de Glasgow à l'entrée et à la sortie, y compris aujourd'hui car même dans d'autres services d'accueil que le Stroke center, cette évaluation est fréquemment réalisée.

Enfin, sont envisagées une enquête de la satisfaction du patient et de son entourage ainsi que celle des professionnels pour évaluer la pertinence des chemins cliniques. Ce

programme ambitieux d'évaluation sera difficile à mettre en œuvre dans un premier temps mais il permettra d'évaluer et de corriger le chemin clinique mis en place.

2. Les perspectives d'évolution du projet

2.1 L'organisation de la prise en charge : les perspectives

2.1.1 Les développements futurs du projet

a) L'articulation du travail sur les séquences de prise en charge et du chemin clinique

Un des points forts du travail en cours sur l'ensemble Tête et Cou réside dans l'articulation de deux dimensions : l'amélioration des séquences critiques (séjour, consultation, imagerie...). L'expérimentation de Montpellier a pu être confrontée à d'autres expériences européennes lors d'un séminaire suivi par Gilles Launay, Directeur-adjoint en charge de l'équipe OPC. Une société de conseil avait rassemblé différents participants à des « schémas de déroulement de cliniques » mis en place selon la méthodologie élaborée par cette société en Catalogne (Barcelone) et en Allemagne. L'originalité de l'approche adoptée au CHU a été soulignée car elle associe une mise à plat verticale des modalités de prise en charge et la méthodologie des chemins cliniques. En effet, les représentants des institutions présentes à ce séminaire affirment être pénalisés par le fait que leurs actions centrées sur des ensembles de patients se heurtent au maintien des organisations antérieures pour tous les autres patients.

A ce jour, la méthodologie à mettre en place pour articuler de la façon la plus pertinente possible se révèle insatisfaisante. En raison de la charge de travail du Docteur Roblès notamment, les enseignements tirés des deux projets ne sont pas suffisamment bien confrontés et recoupés.

La visibilité institutionnelle reste pour l'instant trop réduite : il serait souhaitable que l'investissement dans un projet de réorganisation commun à l'ensemble Tête et Cou soit suffisant pour que la dynamique actuelle, participative et globale, ne se heurte pas à la partition en deux centres de responsabilité de ces services. Des résistances au changement sont en effet à craindre sur les aspects relatifs à la mise en commun de moyens ou de fonctions (accueil, cellule d'orientation des sorties...)

Diverses actions vont donc être menées pour définir les méthodes communes de travail et la réflexion sur les réorganisations à proposer aux deux futurs centres de responsabilité.

b) La poursuite du chemin clinique

Le point d'avancement du projet chemin clinique AVC ne va pas aujourd'hui au-delà du 6^{ème} jour de la prise en charge. Il faudra confronter pour tous les professionnels leur propre chemin clinique d'action pour qu'une validation globale puisse avoir lieu. La mise en commun des connaissances entre ces différents acteurs est primordiale pour minimiser la « perte » de patients qui pourraient bénéficier du chemin clinique soulignée par l'Hôpital Universitaire de Barcelone. A cet égard, la problématique du CHU est particulièrement complexe car l'éclatement actuel de la filière AVC souligne l'ampleur du travail d'information à mener.

Les critères d'admission en cours de définition pour le Stroke Center puis pour le chemin clinique doivent être très réfléchis pour ne pas exclure de l'organisation mise en place les patients dont l'AVC est déjà consolidé depuis plus de 48h. Ces personnes ont peu de possibilités de récupération fonctionnelle et sont généralement âgées : elles constituent donc des personnes lourdes que les structures d'aval acceptent difficilement. Leur prise en charge par CHU est peu adaptée à leur état clinique.

La communication entre les professionnels du CHU est nécessaire pour trouver une position commune et orienter le travail de conventionnements avec des structures d'aval. Par ailleurs, une des hypothèses étudiées par le projet Filière d'aval doit être rendue opérationnelle. Le CHU et la Direction Départementale des Affaires sanitaires et sociales (DDASS) devrait trouver un terrain d'entente pour accélérer le processus d'attribution par la COTOREP du statut de personne handicapée à ces patients qui ont besoin d'une prise en charge financière de leur handicap pour compenser leur perte d'autonomie. Le même processus de négociation devrait être entamé avec le conseil général, la DDASS et la caisse primaire d'assurance maladie pour l'attribution de l'aide sociale et de l'allocation personnalisée à l'autonomie. S'ils sont peu nombreux à l'échelle de l'établissement, ces difficultés se multiplient pour les personnes cérébro-lésées.

La poursuite du chemin clinique ne se fera sereinement qu'avec une certaine confiance dans les possibilités de sortie du court et du moyen séjour. Sans cette crédibilité et la possibilité de mettre en œuvre concrètement le chemin clinique en facilitant les sorties, la

perception du travail réalisé risque d'être celle d'une « médecine de livre de cuisine »⁸⁷ sans réelle efficacité.

2.1.2 La création d'outils d'accompagnement du chemin clinique

a) L'utilisation du système d'information hospitalier pour les chemins cliniques

Le terme de *critical pathways* est explicité dans le Glossaire réalisé par la Commission d'Evaluation de la SRLF 2000⁸⁸ comme étant un : « algorithme décisionnel non informatisé. Un cheminement critique se présente sous la forme d'un calendrier journalier qui permet aux membres de l'équipe soignante de savoir exactement quand procéder à des tests diagnostiques, à la mise en route de telle ou telle thérapie ». Cette définition ne peut pas être considérée comme la plus pertinente : en effet, de nombreux établissements hospitaliers nord-américains utilisent des systèmes d'information pour automatiser une part importante du travail.

Le *Center for Case Management*, entreprise de consultants en santé fondée par les créatrices de la méthode des chemins clinique⁸⁹, présente ainsi différents produits informatiques existants pour le suivi des chemins cliniques.

Ces logiciels permettent de documenter le chemin clinique (protocoles), d'élaborer ces chemins cliniques sous forme informatique et d'en assurer le suivi selon les indicateurs qui sont renseignés et dont les écarts sont mesurés. Ils peuvent mesurer les coûts, les charges en personnel et contiennent des bases de données cliniques sur l'état de l'art, les recommandations de bonnes pratiques...

⁸⁷ Les chemins cliniques ont été accusés d'être de la "cook book" medicine par le SCCM Task Force ; source : Glossaire : Tableau de bord. Qualité. Performance Travail ; dernière mise à jour, 28/02/2003 <http://www.srlf.org>

⁸⁸ cf note de bas de page précédente.

⁸⁹ The Center for Case Management a été créé par Karen Zander et Kathleen A. Bower déjà mentionnées. <http://www.cfm.com/>

Le CHU de Montpellier explore ces pistes d'outils informatiques depuis 1998 pour pouvoir accompagner la mise en place des chemins cliniques.

b) Le déploiement et la conception d'outils au CHU

Le Schéma directeur du système d'information PRISME 1998-2002 et le schéma directeur transitoire 2003-2004 prévoient l'achat et le développement d'outils dédiés pour recueillir et compiler des informations sur les pratiques de prise en charge et la programmation des séjours. Les projets sont lancés sur ces différents points et certains des progiciels doivent constituer un point d'appui des chemins cliniques. Le système d'information doit assister les processus chargés de l'application des chemins cliniques qui constituent un processus modélisable sur le type « gestion de projet » selon les termes du Directeur-adjoint de la Direction des Technologies de l'Information et des Télécommunications (la DTIT).

Les fonctions de gestion des chemins cliniques doivent être interfacées avec les systèmes de gestion de ressources (transport, moyens matériels et humains, consultations ...) et apporter une forte automatisation dans la mobilisation des ressources (réservations, dé-réservation ...). Le déploiement de ces produits est en cours sur le CHU de Montpellier ; le site de Gui de Chauliac, l'établissement où sont situés les services Tête et Cou est site pilote pour une partie de ces progiciels en première ou en seconde ligne.

L'informatisation de la réservation de transports est achevée pour les brancardiers, les ambulanciers du CHU et ceux du tour extérieur. La gestion des services d'imagerie et le transfert d'image sont en cours de dématérialisation, la prise de rendez-vous peut l'être dès la fin du déploiement du produit (printemps 2004). Les comptes-rendus pourront être associés aux rendez-vous en consultation, la prise de rendez-vous générant automatiquement la demande d'écriture du compte-rendu et de la lettre de liaison et leur diffusion. L'application de gestion des agendas des « ressources » : praticiens, blocs opératoires... pourra donc être largement automatisée d'ici juin 2004 (sous réserve que les utilisateurs utilisent ces outils).

Des fonctions de pilotage des prises en charge sous protocole doivent compléter ce dispositif. La réalisation de cette opération repose sur la disponibilité d'outils plus généraux (ex. gestion de projets, Workflow, Groupware), financés dans le SDIT et sur la mise en œuvre de développements spécifiques à ce projet. Un budget d'investissement (150 k€) et des ressources (1informaticien) sont réservées pour 2004 afin d'élaborer ou de mettre en place une application de pilotage des chemins cliniques.

Une première étude de charges a évalué le temps nécessaire pour développer un tel outil basé sur la technologie intranet du CHU. Les objectifs sont de former une base de

données décisionnelles par patient qui donnerait à chaque étape du chemin clinique la vision transversale des indicateurs de résultats et de qualité choisis. Cette base de données constituera le support des mesures de variances et des réévaluations du chemin clinique sur des critères de coûts, de qualité ou de résultats.

2.2 Les aspects managériaux du projet

Les aspects managériaux d'un tel projet sont très riches d'enseignements sur l'exercice futur de la profession de directeur d'hôpital qui doit se trouver au plus près de la « production hospitalière ».

2.2.1 La consolidation de l'équipe projet

a) Les incertitudes sur la composition de l'équipe

La composition de l'équipe projet n'est pas totalement stabilisée. Une incertitude perdure sur la date à laquelle le Docteur Geneviève Roblès rejoindra à temps plein le Département de l'Offre de soins et de la Clientèle pour poursuivre son travail de pilotage de chemins cliniques. Le départ de Mlle Brijmohun ampute l'équipe projet chemin clinique (dans la composante purement clinique) d'une assistance indispensable à la veille de l'ouverture du Stroke Center. Le bénéfice d'une personne à temps plein est indéniable pour la formalisation, la conduite de réunions impromptues sur la validation et la correction des protocoles. Le remplacement éventuel du cadre gestionnaire avec une compétence de contrôle de gestion et d'organisation semble indispensable *a minima* à temps partiel.

L'absence de cadre de santé aux côtés du pilote médical est, nous l'avons vu, un frein à l'avancement des chemins cliniques para-médicaux. Ce rôle n'est pas assumé en l'état actuel par les cadres des unités d'urgence et de soins intensifs neuro-vasculaires. Le remplacement du cadre de santé est en cours et le nouveau cadre est en train de se former auprès de la personne qui quitte le service.

A cet égard, la stabilisation de l'équipe n'est pas assurée et la pérennité à cours des travaux pourrait être fortement mise en cause. L'équipe « séquences de prise en charge » fonctionne à temps plein et peut difficilement dégager des ressources pour poursuivre le travail de Roma Brijmohun et continuer l'investissement sur le même plan de charge.

b) La mise en cohérence des deux équipes

La mise en cohérence des deux équipes qui composent l'équipe projet OPC constitue un des challenges pour l'avenir. Il est en effet difficile de concilier ces unités qui se trouvent géographiquement sur deux voire trois sites différents : Gui de Chauliac pour le Docteur Roblès, Lapeyronie pour Michèle Bonnin, Gilles Launay, Nathalie Narp et Maud Reynaud, La Colombière pour le Conseil en Organisation représenté par Nadine Bono, Mélanie Cruvellier (remplacante de Julia Penel) et Christine Viarouge.

La coordination des actions dans ce cadre et l'organisation de réunions sont complexes et devront d'être repensées. La méthodologie de conduite du projet souffre de ces aspects qui sont ressentis par toute l'équipe. Un rapprochement géographique est envisagé à la fin de l'automne pour le CO et l'équipe OPC à la faveur d'un déménagement.

L'absence de disponibilité à mi-temps du Docteur Roblès, initialement envisagée pour le début de l'été pénalise lourdement la communication et les échanges. Elle empêche surtout le travail en commun et la construction d'un référentiel méthodologique partagé par les personnes chargées de ces deux projets complémentaires. Ce facteur de démotivation des équipes doit être résolu autant que possible pour que l'avancement du projet se déroule dans de bonnes conditions.

2.2.2 Les perspectives de conduite du changement

a) Le rôle des *care managers*

Les exemples de mise en place de chemins cliniques présentés au cours de cet exposé montrent l'importance de personnes référentes (*care managers* ou coordinatrices des soins) chargées d'évaluer le chemin clinique et les prises en charge qui sont réalisées suivant ce parcours. Une des solutions envisagées à Montpellier à cet égard est originale. Le Directeur Coordonnateur général des Soins qui a été formée à la méthodologie québécoise, prévoit d'instaurer un système similaire au CHU. Mme Bisly souhaite que le rôle des cadres supérieurs de santé comporte une composante d'organisation de soins. Les cadres supérieurs qui seront placés auprès des coordonnateurs de Centres de Responsabilité en tant qu'adjoint soignant auront la vision transversale nécessaire pour piloter les chemins cliniques. Une des faiblesses de cette solution est le risque d'éloignement de la pratique quotidienne de prise en charge dans des centres de responsabilité qui comptent une à quelques centaines de lits et d'agents.

Ce rôle reste à définir. Son articulation avec la responsabilité médicale du suivi des chemins cliniques est incertain : le suivi des chemins cliniques par un responsable médical n'est pas non plus élaboré. Plusieurs hypothèses existent : le suivi et la coordination du chemin clinique peuvent être assurés sur la base du volontariat comme au Québec. La conduite de projet et son suivi peuvent être assumés par une coordinatrice para-médicale. Il me semble que la solution que j'ai observée en Finlande combine divers avantages : le pilotage lors de la création et de la mise en œuvre du processus relève de la responsabilité d'un binôme médical et infirmier. La notion de hiérarchie est absente du choix des personnes qui se fait sur le fondement du développement d'une compétence spécialisée dans le cadre de la formation (diplômes de spécialités médicales ou infirmiers), d'auto-formation (*knowledge management*) et d'information auprès des équipes.

Une perspective d'évolution du projet chemin clinique pourrait être d'utiliser cet outil pour mesurer la charge de travail en soins d'après la gestion prévisionnelle des lits développée grâce au processus de réorganisation entamé. Les chemins cliniques permettent en effet d'évaluer précisément les actes à réaliser par les équipes de soins pour les patients concernés. Mme Bisly, experte en ce domaine, envisage de voir implanter grâce à la mise en place de chemins cliniques des outils de mesure de la charge en soins et donc des instruments d'adaptation des ressources humaines en fonction des patients présents. Les coordinatrices des chemins cliniques auraient alors en sus un rôle d'encadrement et de régulation transversale des pools de remplacement. Dans tous les cas et quelque soit le domaine précis de compétences des coordinateurs de chemins cliniques, un dispositif de formation conduit par le Docteur Roblès paraît indispensable de même qu'un engagement de départ dès le stade de l'écriture du chemin clinique.

b) Les risques d'essoufflement de la dynamique

Pourquoi finir ce mémoire sur une note apparemment aussi négative ? La dynamique qui a été créée est réelle et stimulante : la réflexion sur les pratiques, dans leurs aspects administratifs, soignants, cliniques et avec pour objectif l'atteinte de résultats non seulement médico-économiques mais aussi de résultats de santé demande un investissement important d'un grand nombre de professionnels. Une centaine de personnes ont pour l'instant participé à ce projet de réforme de l'organisation de la prise

en charge. Le temps passé en réunions, en groupes de travail est loin d'être considéré comme perdu par les acteurs que j'ai pu rencontrer et interroger.

Toutefois, les ambitions de ce projet sont énormes : les attentes qui ont été générées sont très importantes elles aussi. Les théories du management participatif que nous avons abordé en début de présentation soulignent que si le temps nécessaire pour remplir des objectifs est trop long, la motivation des participants est difficile à maintenir et à retrouver. Le second comité de pilotage du service DAR C met en évidence l'accueil extrêmement favorable des équipes soignantes à l'investissement par l'institution de leurs problèmes d'organisation quotidiens. Les propositions qui ont été faites pour l'instant ont été accueillies avec réalisme et avec beaucoup d'intérêt. La discussion et le débat ont été très poussés et construits : il faut maintenant mettre en oeuvre d'ici à la fin de l'année les premières mesures concrètes et visibles par les services de soins sans oublier qu'une réorganisation est d'abord un investissement pour l'avenir. La montée en charge peut être coûteuse en temps humain pour élaborer ces évolutions et ces changements, les bénéfices sont importants pour le patient, les professionnels et l'établissement.

CONCLUSION

Le resserrement croissant des budgets hospitaliers et l'accroissement des attentes sur la qualité des soins incite à trouver de nouvelles pistes d'actions. L'optimisation du *back office* par la maîtrise des fonctions logistiques et techniques est insuffisante pour faire face aux impératifs économiques. L'accréditation s'oriente vers une évolution proche de celle de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* : évaluation des pratiques professionnelles et utilisation de mécanismes-sanctions.

La stratégie de réduction des coûts de production hospitaliers doit maintenant se tourner vers une gestion de production étendue aux services de soins. La direction doit s'impliquer aux côtés des acteurs de terrain, les responsables de centres de responsabilité, pour optimiser le fonctionnement et les processus de prise en charge, réduire les actes inutiles et la durée des séjours.

Cette amélioration des prises en charge offertes par les hôpitaux doit se faire dans le sens d'une recherche de qualité : la responsabilité de produire des soins de qualité et conformes à l'état de l'art médical et soignant relève du management hospitalier autant que des équipes de terrain.

En tant que future directrice d'hôpital, le projet expérimenté par le CHU de Montpellier est particulièrement riche d'implications et d'enseignements. L'équipe de direction doit investir aux côtés du corps médical dans la qualité et l'efficacité de la production. L'angle d'attaque du CHU de Montpellier est original : à l'occasion de la mise en place des centres de responsabilité et de la Tarification à l'activité, une politique d'optimisation des pratiques et des parcours patients se développe.

Le projet Chemins cliniques s'efforce d'agir sur l'ensemble de ces dimensions. La technique des chemins cliniques est orientée vers la réduction des processus inutiles et la meilleure prise en charge des patients au moindre coût.

L'évaluation et les plans d'actions centrés sur les séquences critiques de prise en charge se proposent de contribuer à augmenter la productivité des centres de responsabilité en s'appuyant sur l'effet d'échelle (taille optimale?) et sur un accroissement attendu de la

qualité et de la production / offre de soins face à une demande de santé relativement élastique.

Le CHU de Montpellier entame une rénovation en profondeur de ses modes de fonctionnement et d'organisation. Cette expérimentation n'a pas encore de résultats tangibles, sinon celui de montrer que le travail en commun dans une logique transversale est possible au sein d'une structure réputée cloisonnée.

Bibliographie

OUVRAGES

ANAES, Service Evaluation des pratiques, *Evaluation des Pratiques professionnelles dans les Etablissements de santé : Les pneumonies aiguës communautaires*, décembre 2001.

ANAES, *Méthodes et Outils des Démarches Qualité pour les établissements de santé*, juillet 2000, ANAES.

Bower K., Etheredge ML et ZANDER K., *Nursing Case Management : Blueprints for Transformation*, Massachusetts, New England Medical Center Hospitals, 1987.

CLEMENT J-M., *1900 – 2000 : La mutation de l'hôpital*, Les Etudes Hospitalières, 2001.

Commission Européenne, *Gestion des Soins Infirmiers : Recommandations européennes*, Projets pilotes du Programme Leonardo Da Vinci, 2000. Rubrique « activités internationales » du site <http://www.ap-hp.fr> ;

Cremadez M. et Gateau F., *Le management stratégique hospitalier*, 1997.

CROZIER M., *La Société bloquée*, éd. du Seuil, 1994, Collection Essais –Points.

Direction de la planification et du développement professionnel, *Bilan du suivi systématique de clientèle*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1996.

Direction de la planification et du développement professionnel, *Le suivi systématique de clientèle : plan de réalisation du projet*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1996.

GONNET F., *L'hôpital en questions*, éd Lamarre, 1992.

GRAWITZ M., *Méthodes des Sciences Sociales*, 10^{ème} édition, Dalloz, 1996.

Mc Grégor D., *La dimension humaine de l'entreprise*, Massachusetts IT Press, 1960.

Mazenod P., *La bonne taille d'un établissement hospitalier*, la lettre d'IFRHOS, Saint-Galmier : Institut français de réalisations hospitalières, 2000.

Mintzberg H., *Structures et dynamiques des Organisations*, 1982.

Wright C. D., Wain J., Grillo H., et al., *Pulmonary Lobectomy Patient Care Pathway: A Model to Control Cost and Maintain Quality*, General Thoracic Surgical Unit, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, 1997.

Riane F., Pirard F., **Les points-clés d'une Supply Chain**, 2003, <http://www.productique.org>

PUBLICATIONS

ANAES : CHARVET-PROTAT S., JARLIER A., PREAUBERT N., **Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital**, *Gestions Hospitalières*, novembre 1998.

ARNTZEN BC., BROWN CG., HARRISON TP., et TRAFTON L., **Global Supply Chain management at digital equipment corporation**, *Interfaces*, Jan-Février, 1995.

CAMPBELL H., HOTCHKISS R., BRADSHAW N., PORTEOUS M., **Integrated care pathways**, *British Medical Journal*, 1998, n°316,p133-137

COFFEY RJ., RICHARDS JS., REMMERT CS, et al., **An introduction to critical paths**, *Quality Management Health Care*, Automne 1992 ;1, p45-54.

Dossier **Les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90**, *Santé Publique*, vol 14 n°1, p47-56.

ELLERSHAW J., WARD C., **Care of the dying patient: the last hours or days of life**, *British Medical Journal*, 4 janvier 2003; vol. 326, p30-34.

GANESHAN R., HARRISON TP., **An introduction to Supply Chain Management**, *Penn State University Publication*, mai 1995.

GILLAM S., **Improving the Health of the Nation: The Failure of the Government's Health Reforms**, *British Medical Journal*, 8 Juin 1996;vol 312, p 1488.

HURLIMANN C., **Approche conceptuelle de la qualité des soins**, *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 35, p23-28, 2001

MCKEE M., HEALY J., **Le rôle de l'hôpital dans un environnement en mutation**, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, recueil d'articles n°3,2000, p176-183.

MCQUEEN J., MILLOY S., **Why clinical guidelines or care pathways in mental health ?**, *Journal of Integrated Care Pathways*, n°5, p44-53, 2001.

CONFERENCES :

Forum de l'Hôpital Public, Synthèse des colloques organisés par la Fédération Hospitalière de France dans le cadre d'Hôpital Expo 2002, *Revue Hospitalière Française*, n°495, mars-avril 2002, p 116-121.

Salon Progiciels, Synthèse de la conférence donnée par Bill Belt, professeur à l'Ecole des Mines de Paris, édition 2002.

TRAVAUX DE RECHERCHE

Groupe de travail n° 20, **La démarche qualité dans les établissements de santé : objet de réponse formel à l'accréditation ou outil de réforme des pratiques professionnelles**, Module Inter-professionnel de santé publique, novembre 2002.

<http://www.ensp.fr>

Mémoire d'Estelle Bouquerel sur La recomposition de l'offre de soins et fédération interhospitalière de cardiologie de Pau, Filière Directeur d'Hôpital, Décembre 2002,

<http://www.ensp.fr>

TEXTES OFFICIELS

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

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

Loi n°92-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale)

Décret n°891 du 17 avril 1943.

Loi n° 87-57 du 24 juillet 1987 prévoit que les services peuvent comporter des pôles d'activité ou être regroupés en départements.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

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

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

Liste des annexes

Annexe n°1	<u>Définition par l'ANAES des Chemins cliniques</u>
Annexe n°2	<u>Présentation des deux centres de responsabilité Tête et Cou</u>
Annexe n°3	<u>Présentation synoptique du Chemin clinique AVC</u>
Annexe n°4	<u>Critères d'admission des patients au sein du Stroke Center</u>

Annexe n°1: Définition par l'ANAES des Chemins cliniques

Source : ANAES, *Méthodes et Outils des Démarches Qualité pour les établissements de santé*, juillet 2000, ANAES, p127.

Chemin clinique

Définition

Outil de planification quotidienne de la prise en charge de patients présentant une pathologie bien définie lors de leur séjour dans un établissement de santé.

Objectifs

Planifier le parcours du patient pendant son séjour.

Définir les résultats attendus des différentes composantes de la prise en charge.

Réduire la variabilité de la durée des séjours et des modes de prise en charge.

Améliorer le processus de prise en charge.

Optimiser l'utilisation des ressources.

Synonymes, variantes et produits dérivés

Synonymes : *Clinical path (way)*, *critical path (way)*, *care path (way)*, *care maps*.

Conditions d'utilisation

Pré-requis

Définir avec précision le type de patients concernés par le chemin clinique.

Place de l'outil

Il peut être utilisé pour :

- améliorer la planification et le déroulement de la prise en charge d'un type de patient,
- informer les patients sur le contenu et le déroulement de leur séjour,
- favoriser la mise en œuvre des recommandations médicales et professionnelles.

Conditions de réussite

Rassembler et harmoniser les contributions de l'ensemble des professionnels participant au séjour du patient.

Établir une synthèse consensuelle des recommandations médicales et professionnelles existantes, des avis d'experts, des opinions des professionnels et des patients, de l'état des pratiques.

Description

- Définir avec précision le type de patients concernés.
- Réunir un groupe de travail interdisciplinaire regroupant les professions intervenant lors des séjours de ces patients.
- Identifier les catégories d'activités mises en œuvre lors du séjour du patient (par exemple : évaluation clinique, diagnostic, examens complémentaires, traitement, information et éducation du patient, rééducation, préparation de la sortie...). Pour chaque activité, les résultats attendus seront explicités.
- Rassembler toutes les informations disponibles sur le type de prise en charge : revue de la littérature, textes de recommandations médicales et professionnelles, avis d'experts et des professionnels, étude des pratiques, opinions des patients et des proches.
- Rassembler tous les documents existants sur la prise en charge de ces patients : protocoles, documents d'information destinés aux patients...
- Construire le chemin clinique.
Il se présente sous forme de tableau : les colonnes correspondent chacune à une journée du séjour. Les lignes correspondent aux différentes catégories d'activités identifiées. Le contenu des cases décrit les actions à accomplir et les résultats recherchés pour chacune d'elles.



Annexe n°2: Présentation des deux centres de responsabilité Tête et Cou

Source : synthèse du compte-rendu de la Commission médicale d'établissement du 29 septembre.

GUI DE CHAULIAC - A

SERVICE	RESPONSABLE
Neurologie A et Mal. Neuro-Vasculaires	Pr J.M. BLARD
Neurologie B	Pr J. TOUCHON
Explo. Neuro et Epileptologie	Pr W. CAMU
Neuro-Radiologie	Pr A. BONAFE
Medecine Nucléaire (Gui de Chauliac)	Pr M. ROSSI
UAM Anesthésie Neuroradiologie (DAR C)	Pr J. KIENLEN

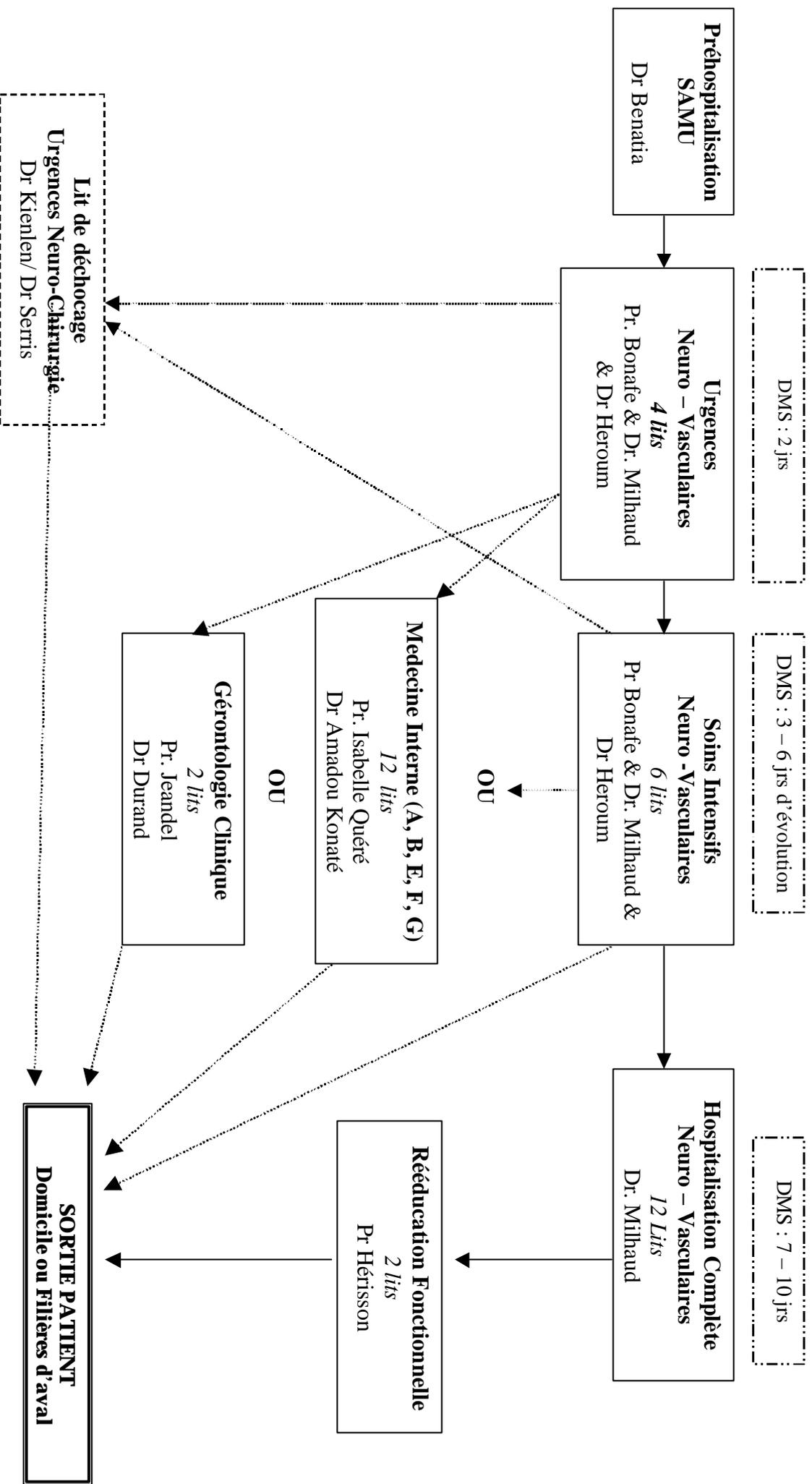
■ Plateau technique rééducation - Pr C. HERISSON (DOSC)

septembre 03

GUI DE CHAULIAC - B

SERVICE	RESPONSABLE
Neuro-Chirurgie A	Pr F. SEGNARBIEUX
Neuro-Chirurgie B	Pr P. COUBES
Neuro-Chirurgie Communs	Prs P. COUBET et F. SEGNARBIEUX
UAM réa (DAR C)	Dr J. KIENLEN
O.R.L. A	Pr B. GUERRIER
O.R.L. B	Pr A. UZIEL
ORL A et B Communs	Pr B. GUERRIER et Pr A. UZIEL
Ophthalmologie	Pr B. ARNAUD
UAM anesthésie Neuro-chirurgie (DAR C) UAM anesthésie ORL (DAR C) UAM anesthésie OPH (DAR C) UAM anesthésie Chir. Ambulatoire (DAR C)	Dr J. KIENLEN
Odonto., Soins, Recherche Dentaires	Pr P. GIBERT
Blocs Opératoires G. de Chauliac	
Unité Chirurgie Ambulatoire	

septembre 03



Annexe n°3: Présentation synoptique du Chemin clinique AVC

Chemins Cliniques – STROKE CENTER - Prise en Charge AVC – 5 Septembre 2003 DOSC : Dr Geneviève Roblés et Roma Brjinhun

Heure/Jour :	H -1	H0 - H1	H<3	3<H<6	> 6 H	H8→H24	H24 - H48 (J2)
Heure/Jour : <i>Prise en charge</i>	<ul style="list-style-type: none"> Admission après appel téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation clinique (score : NIH1 & Glasgow) <i>Si patient agité :</i> Appel à l'anesthésiste pour sédation à l'IRM. 	IRM (ou Angioscanner si contre - indication)	IRM ou Angioscanner	Angioscanner	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation clinique Examens complémentaires Echodoppler Doppler transcranien ETO/ETT Rx Thorax ECCG 	MUTATION <ul style="list-style-type: none"> Selon score neurologique Glasgow - NIH & Selon état clinique
			<ul style="list-style-type: none"> IRM Evaluation Clinique NIH2 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation Clinique NIH2 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluation Clinique NIH2 		
<i>Atitude Thérapeutique</i>	<ul style="list-style-type: none"> Bilan standard vasculaire <i>Si défaillance vitale :</i> Mutation au DARC 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan standard vasculaire <i>Si défaillance vitale :</i> Mutation au DARC 	AVC ISCHEMIQUE			<ul style="list-style-type: none"> Complément bilan biologique H 24 : <i>En cas de Thrombolyse :</i> Scanner et Angioscanner 	<ul style="list-style-type: none"> Soins intensifs neuro-vasculaires Hospitalisation neuro-vasculaire Médecine interne Gérontologie clinique Urgences neurochirurgicales
			<ul style="list-style-type: none"> Selon les critères d'inclusion/exclusion) THROMBOLYSE IV Surveillance horaire 	<ul style="list-style-type: none"> Thrombolyse intra artérielle ou Traitement médical conventionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement médical conventionnel 		
Thrombophilébie Cérébrale			<ul style="list-style-type: none"> Héparinothérapie obligatoire & Traitement médical conventionnel 			<i>Informations et Accompagnement de la famille.</i>	

[Synoptique du passage aux Urgences neuro-vasculaires](#)

<p style="text-align: center;">URGENCES NEURO - VASCULAIRES</p>	<p style="text-align: center;">SOINS INTENSIFS NEURO - VASCULAIRES</p>	<p style="text-align: center;">HOSPITALISATION COMPLETE</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Aucune intervention de l'Assistante Sociale pendant la phase aigue. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Passage quotidien dans le service. ● Contact avec le patient en difficulté : ● Signalément par le Bureau des Entrées <i>ou</i> ● Signalément par le médecin ou par le Cadre Infirmier <i>ou</i> ● Repérage d'un cas difficile lors la visite avec le médecin. ● Contact avec la famille : ● Evaluation socio-économique du patient et de sa famille. ● Amorce du projet de sortie selon avis médical. ● Entretien commun avec le médecin et la famille ● Accompagnement dans le cheminement de la famille. ● Préparation de la famille dans les cas du retour à domicile. ● En cas de mutation dans un autre service : contact avec Assistante Sociale II par téléphone pour liaison concernant le projet de sortie (sauf mutation en Hospitalisation Complète.). ● Intervention pour trouver une structure de rééducation. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Passage quotidien dans le service. ● Suivi du projet de sortie. ● Préparation au retour à domicile avec la famille et/ou le patient <i>ou</i> ● Intervention pour trouver une structure de rééducation <i>ou</i> ● Intervention pour trouver une structure d'accueil en -Moyen Séjour (UJSSR) -Long Séjour Hospitalier (An B) -Maison de Retraite
<ul style="list-style-type: none"> ● Intervention pour trouver une structure d'accueil en -Moyen Séjour (UJSSR) -Long Séjour Hospitalier (Antonin Balmès) -Maison de Retraite 		

[**Chemin clinique de l'intervention de l'assistante sociale**](#)

Annexe n°4: Critères d'admission des patients au sein du Stroke Center

Source : Travaux du Docteur Robles et de Rom Brijmohum

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

« URGENCES NEUROVASCULAIRES »

Relèvent d'une admission :

- Suspicion d'accident vasculaire cérébral de moins de 12 heures :
Syndrome neurologique déficitaire d'apparition brutale ou rapidement progressif faisant suspecter un accident vasculaire cérébral.
- Après accord téléphonique **SOS AVC 04 67 33 63 63**
- Admission le plus rapide possible
- Sans passer par les urgences

Ne relèvent pas d'une admission :

- Perte de connaissance brève
- Traumatologie crânienne
- Coma non étiquetés
- Autres urgences neurologiques non neurovasculaires (voir IDG ou senior neurologue de garde)

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD Septembre 2003

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

«SOINS INTENSIFS NEUROVASCULAIRES »

Patients au sortir des urgences neurovasculaires

- ◆ Passage **obligatoire** par les Soins Intensifs Neurovasculaires si :
 - ◆ CGS inférieur ou égal à 13 *ou*
 - ◆ Score NIHSS > 9 *ou*
 - ◆ Patient instable cliniquement *ou*
 - ◆ Protocole thérapeutique et surveillance rapprochée *ou*
 - ◆ Besoin de monitoring paramètres vitaux.

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD Septembre 2003

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

«HOSPITALISATION NEUROVASCULAIRE »

- ◆ Patients au sortir des soins intensifs neurovasculaires.

- ◆ Ou admission directe après le séjour aux urgences neurovasculaires possible si nécessité de place et critères suivants:
 - ◆ CGS > 14 *et*
 - ◆ NIHSS < 10 *et*
 - ◆ Patient stable cliniquement *et*
 - ◆ Pas de besoin de monitoring paramètres vitaux

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD Septembre 2003

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

« MEDECINE INTERNE & GERONTOLOGIE CLINIQUE »

- ◆ Patients au sortir de l'unité de soins intensifs neurovasculaires.
- ◆ Ou admission directe après le séjour aux urgences neurovasculaires possible si nécessité de place et critères suivants:
 - ◆ CGS > 14 *et*
 - ◆ NIHSS < 10 *et*
 - ◆ Patient stable cliniquement *et*
 - ◆ Pas de besoin de monitoring paramètres vitaux
- ◆ Pas de critères d'âge.
- ◆ Polyopathologies ou maladie intercurrente *ou*
- ◆ Bilan étiologique à affiner ou prise en charge de facteurs de risques (HTA, diabète, dyslipidémie, maladies inflammatoires, thrombophilie etc)

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD Septembre 2003

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

« REANIMATION »

- ◆ Les soins de réanimation sont destinés à des patients présentant plusieurs défaillances aiguës mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.
 - ◆ Détresse vitale hémodynamique, respiratoire, viscérale ou trouble de la conscience sévère
 - ◆ Possibilité d'envisager un geste neurochirurgical (HIC, hématome intracérébral...)
 - ◆ Troubles neurologiques instables et réversibles (thrombose veineuse avec troubles graves de la conscience, état de mal épileptique, éclampsie...)
 - ◆ Comorbidité sévère chez des patients ayant un bon pronostic neurologique (pneumopathie d'inhalation, embolie pulmonaire...)

- ◆ Après le passage aux urgences neurovasculaires, le patient est rapidement muté aux urgences neurochirurgicales puis en réanimation si:
 - ◆ Nécessité de ventilation mécanique ou hémicraniectomie ou hypothermie ou
 - ◆ Détresse vitale (hémodynamique, respiratoire ou coma)

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD – Septembre 2003

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

« REEDUCATION FONCTIONNELLE »

(CHU 2 lits, CRF Grau du Roi, centre Paul Coste Floret, centre Bourgès)

- ◆ Patients au sortir de l'unité d'Hospitalisation Neurovasculaire.
- ◆ Patients stables cliniquement.
- ◆ Projet de rééducation fonctionnelle validé par le médecin rééducateur *ou*
- ◆ Projet de réadaptation validé par le médecin rééducateur.

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD en Septembre 2003

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER

CRITERES D'ADMISSION DANS LA FILIERE NEUROVASCULAIRE

«SOINS DE SUITE & REEDUCATION DU CHU»

(Centre Antonin Balmès)

- ◆ Patients au sortir des services de
 - ◆ Médecine Interne *ou*
 - ◆ Gériatrie Clinique *ou*
 - ◆ Service Central de Rééducation Fonctionnelle.

Protocole validé par Dr Didier MILHAUD – Septembre 2003