



EHESP

Elève Directeur d'hôpital

Promotion : **2011-2013**

Date du Jury : **novembre 2012**

**Améliorer le compte-rendu
d'hospitalisation :**

***Le déploiement d'un projet prioritaire de
l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris au
sein des Hôpitaux Universitaires Paris
Seine-Saint-Denis***

Alice JAFFRÉ

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Le Dr Marilucy Lopez-Sublet, responsable d'Unité Aval des Urgences d'Avicenne, qui m'a associée à son étude et m'a permis d'appréhender au mieux le volet médical du Compte-rendu d'hospitalisation, et avec qui ce fut un réel plaisir d'échanger nos idées pour la construction de nos mémoires respectifs.

Mme Sylvie Lariven, Directrice Qualité, Gestion des Risques, Droits des patients, mon maître de stage, qui m'a aidé à trouver le sujet et a été un appui indispensable dans la conduite du projet.

Mme Karine Gallopel-Morvan, mon encadrant mémoire, dont la rapidité et la réactivité ont été précieuses pour la construction de ce travail.

Mme Christine Nabor-Mossot, Responsable qualité, pour ses explications sur les indicateurs de la HAS et pour les données qu'elle m'a aidé à exploiter.

Mme Patricia Martin, secrétaire de médecine interne, pour le temps qu'elle m'a consacré et son témoignage précieux sur le rôle essentiel des secrétaires médicales dans l'élaboration du Compte-rendu d'hospitalisation.

Les Dr Sophie Baron, Jean Tardy et les Techniciens d'information médicale, M. Thomas Phuong, et Mme Sylvie Bellevigne pour leurs explications sur le codage et les outils informatiques.

Je remercie par ailleurs l'ensemble des médecins, cadres, secrétaires des services qui m'ont reçue pour leur accueil et leur patience.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Avant-propos Méthodologique.....	4
1. Enjeux du CRH et du Projet Prioritaire.....	5
1.1. Le CRH, rôle clé dans la prise en charge du patient et les relations ville-hôpital .	5
1.1.1. Le CRH, une obligation réglementaire construite autour de rubriques types	5
1.1.2. Le CRH, faire comprendre le séjour aux médecins de ville, élément clé de la prise en charge.....	7
1.1.3. La vitrine de l'hôpital.....	9
1.1.4. Le CRH et le Codage des séjours	13
1.2. La définition du projet prioritaire de l'AP-HP	16
1.2.1. Diagnostic : les insuffisances de l'AP-HP sur le CRH, et la situation du GH	17
1.2.2. Le volet informatique du projet	20
1.2.3. L'appel aux consultants durant la phase pilote	24
1.2.4. Le dossier dans le cadre du stage.....	27
2. Les tentatives concrètes de déploiement et les résistances au changement rencontrées : étude de cas et recommandations.....	29
2.1. Analyse des freins et des réticences rencontrées.....	29
2.1.1. La question du portage et de la priorisation du projet	29
2.1.2. Le problème de la frontière technologique	33
2.1.3. Au niveau des services : étude concrète du service d'endocrinologie.....	35
2.1.4. Le ressenti des acteurs : analyse d'entretiens et témoignage représentatif	39
2.2. Recommandations et préconisations proposées.	43
2.2.1. Présentation de l'EPP du pôle spécialités médicales et comparaison au projet prioritaire	43
2.2.2. Le portage interne du projet : impliquer la CME pour favoriser la pression des pairs .	46
2.2.3. Réconcilier les acteurs	49
2.2.4. Abréger le CRH : des résultats mitigés aux questionnaires	51
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

LISTE DES SIGLES UTILISES

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

CRH : Compte-rendu d'hospitalisation

GH : groupe hospitalier (il en existe 12 à l'AP-HP)

HUPSSD : Hôpitaux universitaires Paris Seine Saint Denis, un des 12 groupements hospitaliers de l'AP-HP qui comprend 3 sites : Avicenne (Bobigny), Jean-Verdier (Bondy) et René-Muret (Aulnay-sous-bois)

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins recueillis annuellement par la HAS dans tous les hôpitaux par le biais d'audits de dossiers patients.

HAS : Haute autorité en santé

CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge

CHU : Centre Hospitalo- Universitaire

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SIH : Système d'information hospitalier

DHP : dossier hospitalier patient

DIM : département d'information médicale. Par extension : les DIM désignent les médecins chargés de ce poste.

TIM : technicien d'information médicale

MEDIWEB : outil de partage d'information médicale, nom du logiciel utilisé à l'AP-HP

DIAMMG-FUSION-SUZY : outils de recueil PMSI utilisés à l'AP-HP

GHM : groupe homogène de malade

GHS : groupe homogène de séjour

T2A : tarification à l'activité

CCAM : classification commune des actes médicaux

CMEL : commission médicale d'établissement locale : il existe une CME centrale à l'AP-HP et une par GH

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles. Mis en œuvre par des soignants et médecins, un tel programme comporte 3 phases : l'élaboration des actions, la mise en œuvre et le suivi.

INTRODUCTION

Le Compte-rendu d'hospitalisation (CRH), synthèse du séjour hospitalier et de la prise en charge d'un patient doit être adressé à son médecin traitant dans un délai de huit jours, selon l'article R1112-1 du Code de la santé publique. Il s'agit d'un élément à ce point traditionnel et incontournable au sein des services qu'il semble surprenant qu'il soit aujourd'hui simultanément au centre de l'attention des autorités sanitaires (HAS), de l'institution de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) et des réflexions professionnelles de médecins hospitaliers spécialisés.

Pourtant, ce thème précis a été désigné parmi les 16 thématiques prioritaires de l'AP-HP en déclinaison de son projet stratégique 2010-2014. Piloté au plus haut niveau de l'institution, ce projet a vocation à concerner les 12 Groupes hospitaliers (37 sites de l'AP-HP), avec des objectifs précis en termes de réussite et d'indicateurs.

En parallèle de cet aspect propre à l'institution, rappelons que tous les ans, la Haute Autorité en santé (HAS) recueille des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) au sein des établissements publics et privés de santé qui sont ensuite rendus publics. Parmi ces indicateurs, il en existe un spécifique sur le Compte-rendu d'hospitalisation, qui prend en compte aussi bien la qualité que le respect du délai réglementaire d'envoi sous huit jours.

A l'heure actuelle, un certain nombre d'éléments expliquent que le CRH soit devenu un élément essentiel dans l'évaluation de la qualité d'un hôpital :

En premier lieu, la mise en place système de Tarification à l'activité, source principale de financement des hôpitaux aujourd'hui, a étendu le rôle du CRH au cours des dernières années. Celui-ci n'est plus seulement un vecteur d'information entre médecins mais également l'élément essentiel parmi le dossier médical pour coder et valoriser le séjour hospitalier d'un patient auprès des Caisses d'Assurance Maladie.

D'autre part, la place croissante de l'usager dans le système de soins impose de prendre en compte ses attentes, notamment avec l'instauration de Commission représentatives des usagers dans les établissements.

Or, concernant la sortie, un grand nombre de patients au sein de l'AP-HP est actuellement insatisfait des conditions dans lesquelles elle s'effectue, et déplore le manque d'information donnée. Les résultats de l'enquête de satisfaction propre au CHU

parisien indique ainsi que plus de la moitié des patients jugent l'organisation de la sortie insuffisante voire très mauvaise¹. La question du respect du délai d'envoi du CRH est, à ce titre, essentielle pour le respect de la continuité des soins, et peut cristalliser le mécontentement des usagers.

Enfin, la mise en place des Agences régionales de santé depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 juillet 2009, et la mise en place de Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) dans lesquels les établissements de santé doivent s'inscrire nécessite de repenser les relations entre l'hôpital et la ville. Longtemps taxé d'hospitalo-centrisme, l'hôpital cherche de plus en plus à se rapprocher des médecins généralistes. Or ceux-ci déplorent généralement un manque de coordination et d'information avec l'hôpital. Bien que principaux adresseurs de patients aux hôpitaux, les médecins libéraux ont trop rarement de retour sur l'hospitalisation de leur patient. Ce manque de coordination est préjudiciable à une bonne prise en charge, et à l'attractivité de l'hôpital.

La production d'un CRH fait intervenir une série d'acteurs aux intérêts divergents. D'une part, les producteurs au sens strict : internes qui réalisent souvent le CRH (manuellement, informatiquement ou dans la plupart des services en dictée), secrétaires médicales qui assurent la frappe et la mise en forme, médecins seniors qui valident et signent.

D'autre part, il existe un certain nombre de contributeurs indirects à cette chaîne : laboratoires (au sein de l'hôpital ou à l'extérieur) qui envoient les résultats selon une temporalité propre parfois très différente du fameux délai des 8 jours, mais aussi services informatiques qui mettent au point ou installent les outils de recueil PMSI qui sont le support informatique du CRH dans bien des cas.

Enfin, certains acteurs hospitaliers et extrahospitaliers ont un intérêt à consulter le CRH : il s'agit notamment les médecins du département d'information médicale, qui vérifieront la précision du codage, de même que la Sécurité sociale lors de ses contrôles ciblés ou encore de l'autorité judiciaire qui saisira le dossier en cas de réclamation sur une prise en charge. Au milieu de cette multitude d'acteurs et d'intérêts, le patient et son médecin traitant, qui sont en théorie les principaux bénéficiaires du CRH, sont parfois relégués dans l'ordre des priorités et des enjeux.

Comment réconcilier ces différents acteurs afin de parvenir à un CRH de qualité envoyé sous huit jours? Quels sont les enseignements qui peuvent être tirés du déploiement du projet de l'AP-HP au sein du Groupe hospitalier ?

¹ Cette enquête sera détaillée en première partie

Après une présentation détaillée de ce qu'est exactement un Compte-rendu d'hospitalisation et du projet mené par l'institution, de ses enjeux et des grandes étapes du déploiement (I), nous analyserons les blocages rencontrés et les recommandations et solutions qui ont pu être testées (II).

AVANT-PROPOS METHODOLOGIQUE

Dans le cadre de mon stage de direction au sein des hôpitaux universitaires Paris Seine Saint-Denis, établissement de l'AP-HP de 1440 lits et places, composé de trois sites (Avicenne à Bobigny, Jean-Verdier à Bondy et René Muret à Sevran), j'ai été associée au déploiement du projet prioritaire du CRH de l'institution. Estimant que ce sujet pouvait constituer un thème de mémoire intéressant, notamment en termes d'observation de conduite du changement, j'ai eu la chance de pouvoir participer à une étude réalisée dans le cadre d'une Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) par un médecin de l'hôpital, le Dr Lopez-Sublet, sur les attentes des médecins hospitaliers et de ville sur le CRH en particulier.

Ce mémoire se fonde donc sur des données recueillies de plusieurs façons, outre les apports théoriques mobilisés :

- par l'observation directe du projet, et la participation à celui-ci, qui m'a permis de rencontrer et d'observer un certain nombre de situations. J'ai notamment assisté à plusieurs formations et réunions institutionnelles sur le sujet, avec des personnes d'autres groupes hospitaliers, qui m'ont permis de comprendre les enjeux du projet pour l'AP-HP ;
- par des entretiens libres et semi-directifs. La connaissance des enjeux du projet a été un processus de longue haleine. Les premiers entretiens avec les acteurs clés du projet ont été menés de façon libre, puis le projet avançant, sont devenus de plus en plus directifs. En annexe sont présentées certaines grilles d'entretiens ;
- par l'exploitation de données quantitatives, notamment celles sur le CRH recueillies dans le cadre de l'audit HAS (base de 240 dossiers examinés), ainsi que des données ponctuellement fournies par les services d'information médicale ;
- enfin, dans le cadre de l'EPP à laquelle j'ai pu être associée, par 36 questionnaires transmis à des médecins généralistes, des médecins hospitaliers et des internes, portant sur l'importance du contenu du CRH et sur le choix entre deux types de CRH, une version courte et une version longue (les résultats de ces questionnaires sont présentés tout au long du mémoire et de manière détaillée en annexe) ;

1. ENJEUX DU CRH ET DU PROJET PRIORITAIRE

1.1. LE CRH, ROLE CLE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ET LES RELATIONS VILLE-HOPITAL

1.1.1. Le CRH, une obligation réglementaire construite autour de rubriques types

Le législateur a créé pour les établissements de santé une obligation de production des CRH. L'Art R1112-1 du Code de la Santé Publique précise : « A la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum. »

Le CRH est un document qui remplit un certain nombre de fonctions. Il est avant tout la mise en ordre de tout ce qui s'est passé au cours de l'hospitalisation du patient, de manière structurée et intelligible afin d'être compris des autres praticiens hospitaliers ou libéraux amenés à revoir le patient. Il constitue l'émanation synthétique du dossier médical qui est en quelque sorte condensé dans ce CRH.

Le CRH ne se substitue pas en principe à la classique lettre de sortie, envoyée par le médecin hospitalier à son confrère de ville, et qui commence classiquement par une adresse « Cher Confrère » suivi de l'analyse de l'examen du patient. Le CRH est un document plus complet, plus normé, qui est produit également sous des formats dématérialisés avant d'être envoyé et archivé dans les dossiers médicaux. Il se distingue également du compte-rendu de consultation, souvent plus bref et sous forme de lettre, et du compte-rendu opératoire qui ne porte que sur le déroulé de l'intervention chirurgicale subie par le patient.

Le CRH est donc un document, généralement associé à une lettre, contenant un certain nombre d'éléments relatifs au séjour du patient qui vise à rendre intelligible la multitude d'actes, examens et soins prodigués durant son séjour à un œil extérieur médical.

Il n'existe pas de CRH type, néanmoins la plupart des CRH sont bâtis autour des rubriques suivantes :

- **Données administratives** : nom du patient, adresse, téléphone et coordonnées des destinataires, ainsi que le « NIP » : le numéro d'identification patient, numéro unique attribué à l'AP-HP qui permet ensuite de recouper les différents séjours sous une même identité. Cela peut sembler évident, mais il existe des risques de mauvais adressage : patient ne connaissant pas l'adresse de son médecin traitant, erreur dans la saisie des noms...
- **Motif d'hospitalisation** : un seul motif doit être indiqué, ce qui peut obliger le médecin à devoir hiérarchiser entre plusieurs causes possibles d'hospitalisation
- **Antécédents** : ils peuvent être médicaux et chirurgicaux, ainsi que psychiatriques pour certaines spécialités (comme l'addictologie)
- **Situation familiale et socio-professionnelle ou Mode de vie** : qui peut avoir une importance pour certaine pathologie (consommation de tabac) et pour la suite de la prise en charge (possibilité d'aidants ou non, nécessité de faire une demande d'aide sociale...)
- **Traitement à l'entrée** : la plupart des personnes admises à l'hôpital sont déjà suivies en ville, notamment du fait d'un nombre important de malades atteints de maladies chroniques (diabète, Hypertension artérielle), et ont donc un traitement que l'hôpital doit prendre en compte, soit pour l'adapter soit pour diminuer les risques d'interaction médicamenteuse.
- **Histoire de la Maladie** : vont être recherchés l'apparition et la durée des symptômes, si des épisodes précédents se sont manifestés...
- **Examen clinique** : que ce soit aux urgences ou lors de l'admission dans un service, un examen initial est réalisé. Il comprend a minima la taille et le poids, la tension artérielle, le pouls, la saturation. Dans des spécialités comme la médecine interne, il peut couvrir plusieurs pages : examen cardio vasculaire, pulmonaire, abdominal, uro-néphrologique, neurologique, cutané, rhumatologique faisant partie de cet examen clinique initial.
- **Examens complémentaires** : il peut s'agir des examens biologiques ou d'imagerie réalisés à l'hôpital lors de la prise en charge : dosages hormonaux, scanner, IRM, , échographie...et qui viendront infirmer ou confirmer un diagnostic.
- **Evolution/Prise en charge dans le service** : actes réalisés et adaptation des traitements
- **Conclusion** : partie la plus importante du CRH pour ceux qui le lisent, elle reprend le motif d'hospitalisation et résume toute la prise en charge. Elle peut être très courte (ex service d'addictologie : « Sevrage alcool chez un patient psychotique, diabétique et hyper tendu, sans hépatopathie chronique ».)

- **Traitement de sortie :** reprend l'ordonnance donnée au patient, et indique la durée du traitement ainsi que la posologie. Dans la mesure où certains médicaments ne sont pas dispensés en ville (anti-cancéreux...), il est nécessaire d'avoir une trace de ce que l'hôpital a pu prescrire.

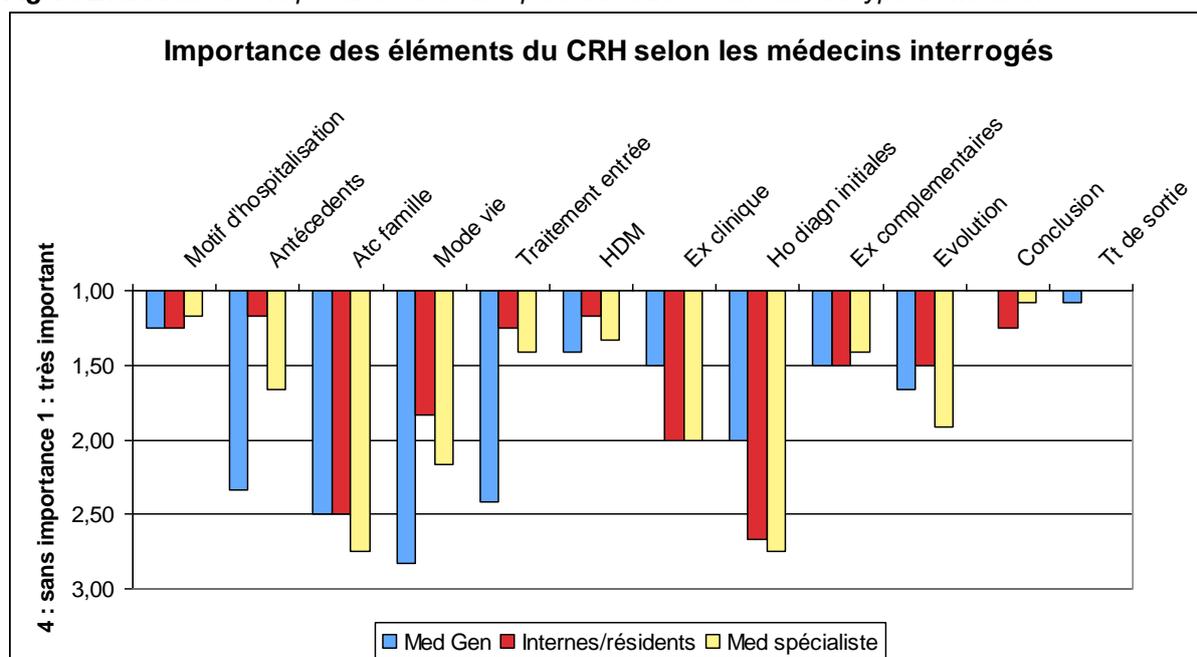
1.1.2. Le CRH, faire comprendre le séjour aux médecins de ville, élément clé de la prise en charge

Initialement le CRH n'a pas vocation à être envoyé au patient, même si cela peut être le cas : en effet le CRH est avant tout une missive envoyée de médecin à médecin, inaccessible au profane. De plus en plus souvent, il est également adressé au patient, dans un souci d'accès à l'information, mais sans pour autant que le contenu très médical du CRH soit « vulgarisé » : le patient joue alors le rôle de vecteur, qui ira porter le CRH à un autre interlocuteur médical.

Le CRH n'est donc pas utilisable en tant que tel par le patient. De même, il se révèle parfois en partie inadapté aux médecins de ville : le CRH fait la synthèse de l'ensemble du séjour, évoque des pistes diagnostiques non retenues... Bien souvent, le médecin traitant ne lira pas in extenso le CRH mais se concentrera sur les rubriques qui l'intéresse pour la prise en charge ultérieure du patient. Néanmoins, l'exhaustivité du CRH répond à une nécessité interne : en effet, le CRH est gardé dans le dossier médical du patient, et pourra être ressorti à l'occasion d'une nouvelle hospitalisation. Il est alors important que le médecin spécialiste puisse le consulter, et éviter de refaire ce qui aurait pu être fait lors d'une précédente hospitalisation. Ainsi, un patient pourra être suivi dans un même hôpital par plusieurs spécialités différentes, voire dans la même spécialité à des moments différents, et les médecins hospitaliers auront besoin de voir quelle a été la prise en charge décidée par leurs confrères.

Les attentes concernant le CRH peuvent donc différer légèrement ou sensiblement selon le lecteur : qu'il soit hospitalier ou de ville, ainsi que selon l'expérience (interne par rapport aux médecins plus anciens). Le questionnaire administré aux médecins de ville, internes/résidents et médecins hospitaliers illustre ces écarts entre les attentes selon le type d'exercice :

Fig 1 : Evaluation de l'importance des rubriques du CRH en fonction du type d'exercice.



Source : analyse du questionnaire auprès de 36 médecins : généralistes, spécialistes, internes/résidents (voir annexe pour résultats détaillés)

Lecture du graphique : plus une barre est petite (proche de l'abscisse), plus le motif est jugé important par le médecin. Ainsi, le traitement de sortie est jugé très important, tandis que les antécédents familiaux le sont moins.

Les médecins étaient invités pour chaque item, à le classer selon :

1 très important	2=important	3=peu important	4=sans importance
------------------	-------------	-----------------	-------------------

Quel que soit le type d'exercice du répondant, **les éléments les plus importants du CRH sont** :

- le motif d'hospitalisation
- la conclusion
- le traitement de sortie

Les éléments jugés secondaires sont :

- les antécédents familiaux
- Le mode de vie

L'écart principal d'appréciation porte sur le traitement d'entrée : jugé à 2,5 (entre important et peu important) pour les médecins généralistes, contre autour de 1 (très important) pour les hospitaliers. A l'inverse, **les hypothèses diagnostiques initiales** sont jugés plus importantes pour les médecins généralistes que pour les hospitaliers.

Enfin, entre internes et médecins seniors (hospitaliers ou de ville), la principale différence d'appréciation repose sur les antécédents, jugés très important pour les internes et résidents, et moins pour les médecins généralistes et spécialistes.

Le CRH est donc avant tout un acte de synthèse et d'organisation, qui est un apprentissage difficile pour les internes, souvent ceux qui dictent les CRH sur les cassettes ou qui les tapent en premier, avant de les faire valider par leurs médecins seniors. En effet, l'exercice du diagnostic médical s'est fondé sur une méthode de raisonnement discursif, où le médecin repousse les hypothèses pour établir un diagnostic principal². Lors de la dictée ou rédaction du CRH, il doit faire le tri entre tous les éléments constitués pour faire ce diagnostic : résultats nombreux d'examens, dossier de soin, prescription et adaptation du traitement. Souvent, le principal reproche du lecteur du CRH (Médecin traitant, voire DIM), est d'être noyé dans un flux d'informations difficiles à hiérarchiser qui occultent le diagnostic principal du patient et sa prise en charge.

1.1.3. La vitrine de l'hôpital

Le CRH est ainsi la « vitrine » de l'hôpital sur la ville, auprès d'un certain nombre de personnes : patient, médecins de ville et professionnels de santé de ville.

a) Les attentes du patient

Selon l'étude de satisfaction patient qui est menée chaque année par l'AP-HP (étude Saphora³) le principal motif d'insatisfaction des patients concerne la sortie.

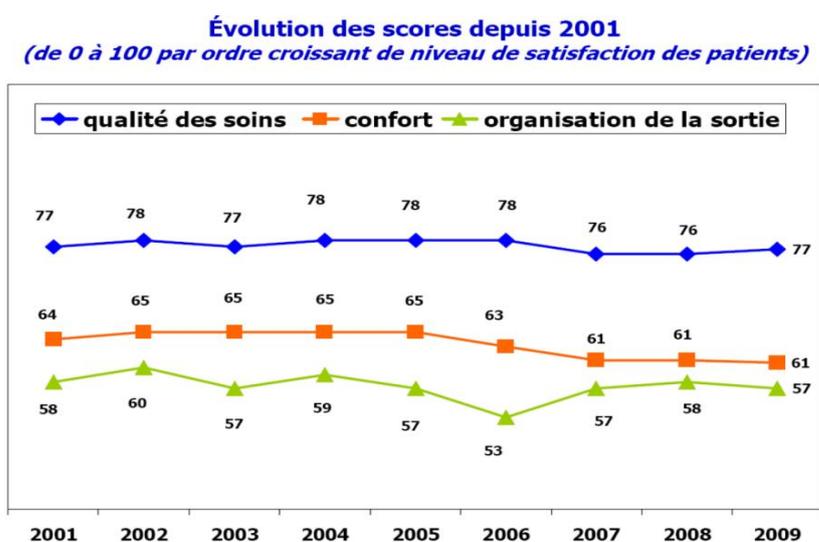


Fig 2 : Evolution des scores de satisfaction des patients depuis 2011

Source : AP-HP, présentation du projet prioritaire sortie

² A-C. Masquelet, Le raisonnement médical, Que sais-je ? PUF n°3764, 2006

³ L'enquête Saphora était réalisée chaque année de manière téléphonique auprès d'un échantillon de patient ayant été hospitalisé dans un des hôpitaux de l'AP-HP. Elle doit disparaître au profit d'une enquête qui sera menée par l'ARS (enquête I-satis).

Si ce motif d'insatisfaction concerne la sortie au sens large (récupération des biens personnels, règlement, transport...), la question du manque d'information est également présente, malgré la lettre de sortie que de nombreux services remettent au patient à son départ. En moyenne à l'AP-HP, moins de 20% des CRH sont envoyés ou remis au patient⁴.

Le projet d'amélioration de la sortie vise ainsi à obtenir un score de satisfaction cible de 60% sur l'information remise à la sortie.

Un indicateur indirect de la demande croissante d'information de la part des usagers est l'augmentation régulière auprès des hôpitaux des demandes de communication de dossiers médicaux. En effet, depuis la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 dite loi CADA, le droit d'accès du patient à son dossier a été de mieux en mieux organisé au sein des établissements⁵.

Le dossier médical est constitué d'un certain nombre d'éléments dont le CRH. Les demandes de dossiers peuvent être faites par des proches suites à un décès, pour des démarches juridiques mais également pour avoir accès à des informations qui seront transmises à d'autres professionnels.

Au niveau de l'AP-HP, le nombre de demandes de communication de dossiers médicaux ou d'éléments de dossiers faites auprès des Chargée des relations avec les usagers augmente fortement d'année en année (+12% entre 2009 et 2010 et +36% entre 2006 et 2010)⁶. Sur le groupe hospitalier, les demandes de dossiers médicaux entre 2010 et 2011 ont augmenté de 8%

Tab 1- Demande de dossiers médicaux du groupe hospitalier.

Demandes de communication de dossiers médicaux	2011	2010	Evolution
Avicenne	255	219	16%
Jean-Verdier	152	156	-3%
René Muret	12	13	-8%
Total HUPSSD	419	388	8%

Source : Synthèse des rapports des CRUQPC 2011 fait pendant le stage

⁴ Source : présentation du projet prioritaire sur la sortie, AP-HP 2011

⁵ **Article L1111-7 CSP** : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers »

⁶ Source : Synthèse annuelle des rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), Année 2010, AP HP, Direction du Service aux Patients et de la Communication, *Département des Droits du Patient et des Associations*

Même si les motifs de demandes de dossiers peuvent être divers, l'accroissement constant des demandes (+16% sur Avicenne) témoigne d'une certaine défiance de l'utilisateur vis-à-vis de l'hôpital et de sa prise en charge, et qu'il existe un déficit d'information sur le séjour hospitalier.

b) **Les attentes des médecins traitants**

Le médecin traitant qui adresse un de ses patients à l'hôpital fait toujours une lettre, à l'origine de la consultation et de l'admission. Il attend en retour a minima que le patient revienne en consultation avec une lettre de sortie, les ordonnances des traitements prescrits durant son séjour, et enfin que lui soit envoyé le CRH qui détaillera notamment les examens complémentaires réalisés.

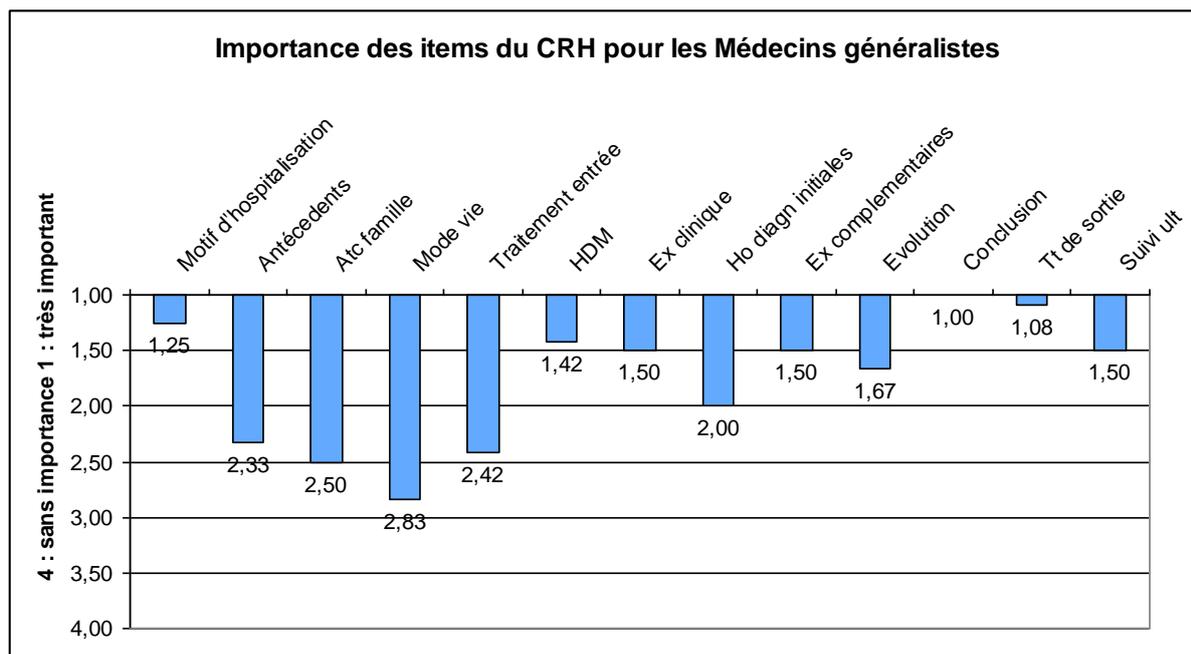
L'étude menée dans le cadre de ce mémoire révèle ainsi que sur 12 médecins de ville, 11 déclarent ne pas recevoir le CRH dans le délai des 8 jours. Selon une étude de l'AP-HP, les axes prioritaires d'amélioration souhaités par les médecins traitants sont la coopération et l'amélioration de la sortie. Ils critiquent notamment la lenteur voire l'absence des CRH⁷.

Dans un contexte de concurrence entre privé et public, et de rareté des médecins généralistes, répondre aux attentes des médecins de ville devient un vrai enjeu pour l'hôpital. Ce point est particulièrement critique en Seine-Saint-Denis qui souffre d'un réel enjeu d'attractivité médicale : selon le Conseil de l'ordre, sur 500 médecins ayant fait leurs études dans le département et y étant domiciliés, à peine 20% y exercent. Or, en l'état actuel de non-respect du délai réglementaire des 8 jours, il arrive souvent que le patient retourne voir son médecin traitant après un séjour hospitalier avec pour toute indication une ordonnance et quelques clichés radiologiques. Le médecin généraliste doit alors contacter l'hôpital pour obtenir plus d'informations, ce qui relève parfois du parcours du combattant. Si ce cas de manque de coordination se répète de trop, on comprend que le médecin privilégiera un adressage vers des établissements (publics ou privés) qui lui garantissent un retour sur le séjour de ses patients avec une meilleure exhaustivité et célérité.

Concernant les attentes spécifiques des médecins sur le CRH, l'étude menée montre les éléments suivants :

⁷ *Relations entre les médecins généralistes et l'hôpital Louis Mourier et ses urgences en 2006, comparaison avec 1992 Dr A Hauguel*
Guide annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière- Fédération Hospitalière de France 2007;

Fig 3: Evaluation de l'importance des rubriques du CRH par les médecins généralistes



Source : analyse du questionnaire auprès de 12 médecins généralistes

Lecture du graphique : plus une barre est petite (proche de l'abscisse), plus le motif est jugé important par le médecin. Ainsi, la conclusion est jugée très importante, tandis que le mode de vie l'est moins.

Les médecins étaient invités pour chaque item, à le classer selon :

1 très important	2=important	3=peu important	4=sans importance
------------------	-------------	-----------------	-------------------

Les éléments auxquels les médecins généralistes attachent le plus d'importance sont donc :

- la conclusion (moyenne de 1, très important)
- le traitement de sortie (1.08)
- le motif d'hospitalisation (1.25)

Les éléments jugés moins importants sont :

- Traitement entrée (2.42), soit entre « important » et « peu important »
- Antécédents familiaux (2.50)
- Mode vie (2.83)

A la question suivante : « Le nombre de pages du CRH est-il un élément qui vous dissuade de lire la totalité du CRH ? », les 12 médecins ont répondu oui, ce qui indique une certaine inadaptation entre le CRH conçu par les médecins hospitaliers et l'usage qui en est fait par les médecins de ville.

c) les attentes des professionnels de ville

Outre le médecin traitant, un certain nombre de professionnels de ville peuvent aussi être amenés à intervenir après la sortie du patient de l'hôpital. Il s'agit par exemple des rééducateurs : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, mais également des infirmières libérales, ou SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) intervenant pour des traitements ou pansement, suite à des prescriptions médicales.

L'évaluation de la qualité des dossiers patients par les équipes paramédicales indique que les informations transmises à la sortie sont insuffisantes. Les données attendues⁸ par les IDE et SSIAD lors de la prise en charge à domicile :

- Surveillance particulière (T°, PA, Fréquence cardiaque, ...)
- Autonomie du patient
- Surveillance soins paramédicaux
- Etat cutané

Ces indications ne se retrouvent pas toutes dans le CRH, plutôt dans le dossier de soins infirmiers, mais l'absence de CRH pénalise également ces professionnels.

1.1.4. Le CRH et le Codage des séjours

Outre ce rôle évident de vecteur d'information entre professionnels, le CRH a également trouvé une nouvelle fonction avec la Tarification à l'activité (T2A) et le recueil des informations à travers le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

En effet, afin de transmettre aux services de l'Etat et à l'Assurance Maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité, les établissements de santé doivent mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte des pathologies et des modes de prise en charge. Les hôpitaux se sont donc dotés d'outils de recueil PMSI, qui permettent au médecin de coder le séjour du patient pris en charge et de centraliser cette information.

Sur le groupe où j'ai effectué mon stage, l'organisation du codage était décentralisée : chaque médecin devait pour son patient coder le séjour et les actes réalisés. Le DIM central effectuait ensuite des contrôles qualité classiques : vérification des séjours anormalement longs pour vérifier si les diagnostics associés avaient été correctement pris

⁸ Source : présentation du projet prioritaire Amélioration de la sortie, Dossier de Presse AP-HP *La continuité des soins en ville après une hospitalisation – Union Régionale des Médecins Libéraux Ile de France 2006 ;*

en compte, vérification que le diagnostic principal donnant lieu à un GHS⁹ était le plus avantageux économiquement...

En 2011, le travail qualité des DIM a permis de récupérer 5,5 millions d'€ sur le groupe hospitalier. En tout près de de 100 000 résumés de sortie (Hospitalisation complète Hospitalisation de jour et ambulatoire sur les 3 secteurs MCO, psy et SSR) ont été produits en 2011 sur le Groupe.

Pour ces contrôles qualité, les DIM ont la possibilité d'utiliser l'intégralité du dossier médical, mais dans les faits utilisent le plus souvent le seul CRH. Il est donc primordial que ceux-ci soient d'une part accessibles aux services du DIM et d'autre part qu'ils soient les plus contributifs possibles.

Dans le CRH, le DIM va essentiellement rechercher de l'information médicale. Concernant l'information administrative telle que sexe et âge du patient, mode d'entrée et de sortie, le DIM utilisera davantage l'information contenue dans les systèmes de gestion administratif (tels ceux utilisés pour la création d'un nouveau patient lors de son admission).

Deux grands types d'informations sont nécessaires au codage : le diagnostic et les actes pratiqués.

- **Le Diagnostic :**

Le diagnostic principal (DP): le problème de santé ayant motivé l'admission, qui est codé à l'aide de la Classification internationale des maladies (CIM10). Ce sera l'élément qui permettra de définir la catégorie majeure de diagnostic pour établir à quel groupe homogène de malade (GHM) appartient le séjour.

Le diagnostic relié (DR) : il s'agit d'une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent présent au moment du séjour, et le diagnostic principal est un diagnostic de prise en charge.

Ex DP = Motif de prise en charge Z511 chimiothérapie

DR : Pathologie surveillée ou traitée : leucémie aiguë myéloïde

Les diagnostics associés : toute morbidité associée au diagnostic principal ayant donné lieu à une prise en charge diagnostic ou thérapeutique supplémentaire (ex : diabète, hypertension). Les comorbidités peuvent avoir différent niveau de sévérité (1,2,3,4) qui conduisent à une valorisation supplémentaire du séjour.

⁹ Chaque séjour est ensuite regroupé dans un GHM, un groupe homogène de malade, qui donne lieu à un GHS, groupe homogène de séjour pour lequel l'Assurance maladie définit annuellement le montant du tarif appliqué et qui sera versé aux établissements (Titre 1, Produits de l'assurance maladie)

- **Les actes :**

Les actes se codent à l'aide de la classification commune des actes médicaux. Les actes classant sont ceux qui permettent de classer le séjour dans un GHM « chirurgical » mieux valorisé. Les actes sont classés en 4 catégories pour les GHM : C chirurgical, M médical, K technique non opératoire et Z indifférenciée.

Le DIM va donc vérifier que la hiérarchisation entre le DP, DR est la bonne, et que la prise en compte des diagnostics associés se retrouve bien dans le codage. A titre d'exemple, une même pathologie, la pneumopathie, selon son niveau de sévérité, peut avoir un GHS qui varie de 1932 à 6800€. Le DIM s'assure que le médecin codeur n'a pas non plus oublié dans son codage des éléments qui pourraient ouvrir droit à une meilleure valorisation. Par exemple, pour certaines pathologies, l'âge du patient (très jeune ou âgé) peut modifier le niveau de sévérité.

Pour ces raisons, le DIM a des besoins bien particuliers concernant le CRH, à savoir l'exhaustivité et l'organisation des rubriques, de telle façon que l'information soit facilement repérable pour lui.

Les principales doléances des DIM concernent l'absence des comorbidités associées, notamment en chirurgie. En effet, les services de chirurgie, du moins du point de vue des DIM d'Avicenne, ont une forte propension à ne communiquer que les CRO, les comptes-rendus opératoires de leurs patients, qui sont beaucoup moins exhaustifs que le CRH et décrivent uniquement l'acte chirurgical pratiqué. Le DIM doit donc chercher dans le dossier anesthésique des éléments indiquant par exemple une hypertension artérielle ou un diabète qui permettront de juger du niveau de sévérité.

La mise en place de la facturation individuelle des établissements de santé (projet FIDES¹⁰) dans les prochaines années va modifier en profondeur l'organisation des DIM. Ce projet, qui devait être initialement généralisé au 1^{er} janvier 2013 vise à mettre en place une facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladies. Il suppose donc que le contrôle qualité ait lieu si possible en amont de l'envoi de la facturation.

Dans l'hôpital où j'étais, les DIM pouvaient effectuer leur rattrapage avec une certaine souplesse concernant les délais, puisque ceux-ci devaient se faire sur une campagne budgétaire. La facturation individuelle va nécessiter une accélération du contrôle et

¹⁰ <http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html>

partant une pression des DIM auprès des services pour que les CRH soient faits et communiqués au plus vite.

Après avoir vu la composition d'un CRH et les attentes des principaux lecteurs, nous allons détailler pourquoi et comment l'AP-HP s'est emparée du sujet pour en faire l'une des thématiques prioritaires.

1.2. LA DEFINITION DU PROJET PRIORITAIRE DE L'AP-HP

Partant d'un constat de non-respect des délais et de qualité moyenne des CRH, l'AP-HP inscrit le projet d'amélioration de la sortie dans les 16 thématiques prioritaires 2012 (1.2.1). Outre l'aspect qualitatif, le projet répond également à une importante ambition informatique (1.2.2) qui explique le recours à des consultants durant la phase dite pilote (1.2.3) précédant le dossier traité dans le cadre de mon stage (1.2.4).

A partir de son projet stratégique 2010-2014, l'AP-HP a défini 16 projets comme « projets prioritaires », qui viennent en complément des projets propres à chaque GH. « Ces 16 projets ont en commun de cibler des thèmes sur lesquels nos marges de progression sont importantes, les bonnes pratiques connues et sur lesquels des résultats concrets peuvent être obtenus dès 2011. Les progrès qui seront réalisés sur les 16 thèmes permettront d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, la performance de notre organisation, les conditions de travail et nous aideront à retrouver des marges de manœuvre financières. »¹¹

Parmi ces seize projets, celui de l'amélioration de la sortie vise les objectifs suivants :

- Amélioration du délai d'envoi des Compte-rendu d'Hospitalisation : l'objectif est de parvenir à un taux de 45% de Compte-rendu d'Hospitalisation conformes envoyés aux médecins traitants sous 8 jours ;
- Amélioration de la satisfaction des patients sur l'information remise à la sortie (pochette de sortie, consultation de sortie) : un score de satisfaction cible de 60% ;
- Anticipation du retour à domicile pour faciliter la sortie avant 12h : objectif de 50% des patients.

Précédent mon arrivée en stage, Avicenne, en tant que site pilote a bénéficié de novembre à mars, de l'aide de consultants sur le projet. De manière intéressante, ce

¹¹ Extrait de la Présentation des projets prioritaires sur l'Intranet de l'AP-HP

projet initialement unique a vite été subdivisé en deux sous-projets, du fait de l'ampleur de la tâche. Ainsi les consultants de General Electric envoyés sur les sites pilotes d'Avicenne et d'Ambroise Paré se sont concentrés sur le CRH à Avicenne et sur la sortie à Ambroise Paré, aucun des deux sites ne parvenant à traiter de front et simultanément les deux sujets. Durant la durée de mon stage, je n'ai donc eu à travailler que sur la partie CRH du projet, qui constitue à elle seule un projet déjà vaste.

Avant de détailler plus avant les outils et aide apportés par les consultants, ainsi que leur difficile positionnement au sein du Groupe hospitalier, nous allons détailler la situation de l'AP-HP et du groupe sur le CRH, afin de comprendre pourquoi le CRH fait partie des projets prioritaire et comment le site d'Avicenne a été retenu par la Direction générale de l'AP-HP comme site « pilote ».

1.2.1. Diagnostic : les insuffisances de l'AP-HP sur le CRH, et la situation du GH

Examinons plus précisément « les marges de progression » concernant le CRH à l'AP-HP. Pour ce faire, nous utilisons ci-dessous les données issues des indicateurs dossiers patients recueillis annuellement par la HAS, et qui sont consolidés et publiés au niveau de l'AP-HP pour tous les hôpitaux de l'institution.

Les indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS)

L'arrêté du 06 janvier 2012 fixe les conditions dans lesquelles les établissements de santé mettent à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

« Les établissements de santé transmettent les données nécessaires au calcul des indicateurs mentionnés à l'article 1er par les outils informatiques mis à leur disposition par le ministère chargé de la santé ou la Haute Autorité de santé.

Les résultats nationaux de ces indicateurs font l'objet d'une publication annuelle du ministère chargé de la santé, notamment par voie électronique, présentant les données de comparaison nécessaires à leur interprétation.

Dans un délai de deux mois à compter de cette date, l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins le concernant, accompagnés de données de comparaison conformément à la publication nationale. »

Ainsi, sur le GH, une campagne d'audit a eu lieu début 2012 sur les données 2011 : sur chaque site un échantillon de 80 dossiers répondant à certains critères a été tiré au sort,

et les éléments demandés par la HAS ont été cotés par la direction qualité et les DIM, avec l'aide de nombreux professionnels. Les données brutes sont ensuite envoyées à la HAS qui calcule le score global de l'établissement sur un certain nombre d'indicateurs et transmet à l'établissement ses résultats qu'il doit afficher. Nous avons pu avoir accès à ces données et recalculer les scores détaillés pour chaque site du GH sur l'indicateur du courrier d'hospitalisation.

Tab 2 : Les différents indicateurs IPAQSS obligatoires et publics :

MCO	SSR
<ul style="list-style-type: none"> • Tenue du dossier patient • Délai d'envoi CRH • Mesure de la douleur • Mesure du poids • Tenue du dossier anesthésique • Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë • Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde • Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue du dossier patient • Délai d'envoi CRH • Mesure de la douleur • Suivi du poids

Les résultats de l'AP-HP sur l'indicateur¹² Courrier de fin d'hospitalisation qui fait partie de l'indicateur obligatoire « Tenue du dossier patient » sont présentés ci-dessous (tableau 3).

Ce score est calculé à partir de deux indicateurs. Tout d'abord, sur l'ensemble des dossiers tirés au sort, on examine le nombre de CRH qui ont été envoyés sous les 8 jours : plus précisément on fait la soustraction entre la date de sortie du patient et la date dont est daté le CRH. Le second critère concerne les éléments médicaux légaux qui doivent figurer dans le CRH. Un CRH est satisfaisant légalement s'il contient :

- (1). l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;
- (2). une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
- (3). une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;
- (4). et une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).

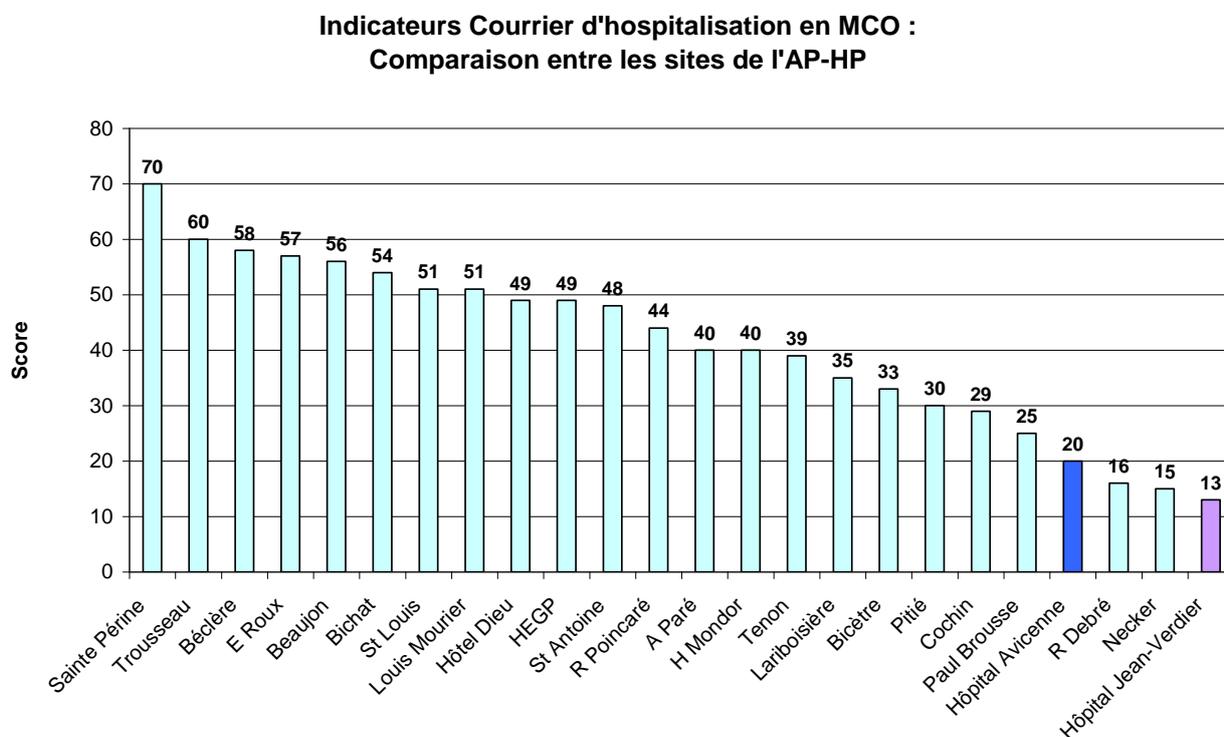
Tableau 3 : Comparaison de l'AP-HP à la moyenne nationale et position par rapport au seuil de 80% pour le CRH en MCO (Indicateurs nationaux HAS 2012 (Audits 2012-Données 2011))

	2012	2011	2010	2009
Moyenne AP-HP	41	36	31	29
moyenne nationale	48	40	34	26
moyenne IdF	41	36	28	21
moyenne CHU	43	37	33	31

¹² Ces graphiques sont issus d'une présentation que j'ai faite à la CME du groupe le 30 avril 2012, à partir des données du Groupe et de la Direction de la politique médicale de l'AP-HP.

La moyenne de l'AP-HP est inférieure à celle des CHU, elle-même inférieure à la moyenne nationale. En outre, aucun établissement de l'AP-HP n'atteint l'objectif national fixé à 80%, et la plupart des hôpitaux en sont très éloignés (voir graphique suivant)

Fig 4 : Positionnement des sites de l'AP-HP par rapport à l'indicateur Courrier de fin d'hospitalisation



Lecture : Les établissements MCO du GH (Avicenne et Jean Verdier) apparaissent en couleur. On voit que les deux établissements concernés se situent nettement en queue de peloton.

Pour détailler le score de l'hôpital Avicenne, sur les 80 dossiers examinés lors de l'audit HAS, 41 étaient satisfaisants au regard des éléments médico-légaux qui doivent être présents (synthèses, date, identité du médecin...). Toutefois, seulement 16 d'entre eux avaient respecté le délai des 8 jours. Le score final est le nombre de dossiers satisfaisants par rapport à l'échantillon total, soit 16/80, 20%.

Tab 4 : Détail du délai d'envoi du courrier d'hospitalisation hôpital Avicenne

	Nb dossier évalués	nb CRH <8 jours	nb CRH satisfaisants	nb dossier complet et <8jours	Score en %
Délai d'envoi + éléments	80	20	41	16	20%

Pour information, le délai moyen d'envoi des CRH pour Avicenne est de 23,85 jours, bien loin des 8 jours réglementaires.

Les scores décevants des hôpitaux de l'AP-HP sur l'indicateur courrier d'hospitalisation ont donc poussé à inscrire le thème de la sortie et du CRH parmi les projets prioritaires de l'institution.

Comme indiqué précédemment, le projet débutait par une phase « pilote » où certains GH recevaient l'aide de consultants afin de mettre en place des outils et des organisations qui pourraient ensuite être développés plus largement dans l'institution. C'est assez naturellement que l'hôpital Avicenne s'est vu désigné « pilote », au vu de ses mauvais résultats sur le CRH.

Outre cet enjeu de respecter la réglementation, le projet répond également à une série de motifs liés à la stratégie informatique que nous allons détailler à présent.

1.2.2. Le volet informatique du projet

Pour l'AP-HP, l'amélioration du CRH comprend également un volet informatique non négligeable, destiné à préparer le déploiement d'un nouveau système d'information hospitalier (SIH), et en particulier d'un Dossier hospitalier patient (DHP) unique et informatisé.

En effet, l'institution développe actuellement sur l'un des sites (Ambroise Paré) un nouveau Système d'information utilisant le logiciel ORBIS développé par l'éditeur Allemand Agfa Healthcare.

Dans une interview de 2010, Eric Lepage qui dirige l'évolution du système d'information patient pour l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) évoque le projet en ces termes : « *L'objectif est de mettre en place un système de partage des informations sur les 37 hôpitaux de l'AP-HP. Ce système devra également permettre d'échanger les infos avec la ville et être compatible avec le futur dossier médical personnel. Aujourd'hui, nous avons 45 systèmes informatiques différents.* »¹³.

Initialement, le projet devait être testé jusqu'en 2011, avant d'être globalement déployé à partir de la fin 2011. Le coût global du projet est estimé à 95 millions d'€, ce qui en fait l'un des plus ambitieux projets de système d'information hospitalier en Europe. Au vu de la taille de l'AP-HP, le logiciel ORBIS devrait être utilisé à terme par 72 000 utilisateurs sur les 12 groupes hospitaliers (soit 37 sites).

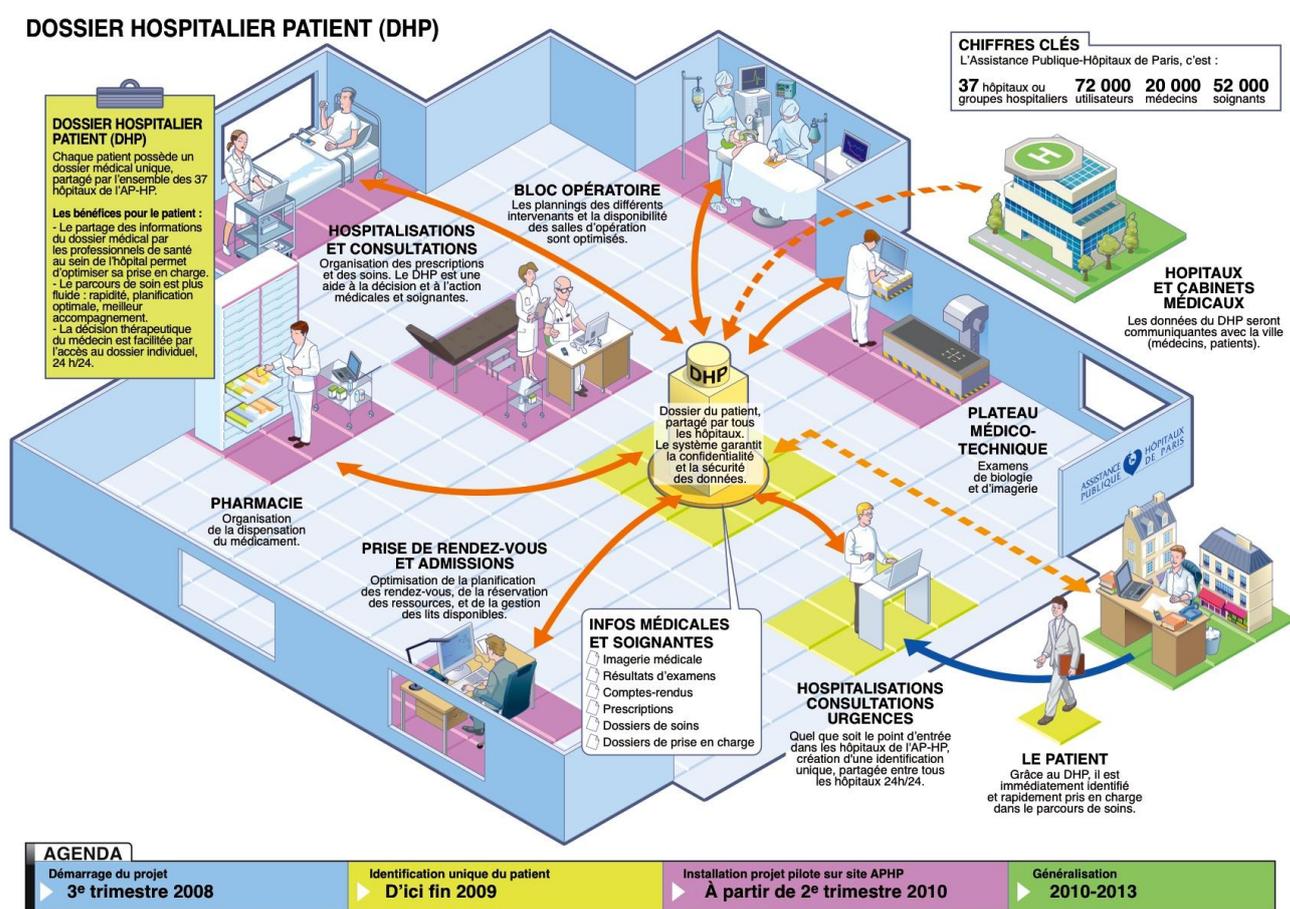
Aujourd'hui, à fin 2012, la phase de test n'est toujours pas terminée à Ambroise Paré, et pour des raisons budgétaires, il n'est pas certain que le déploiement soit fait avant 2014.

¹³Entretien paru dans l'Usine nouvelle, 28 mai 2010

Malgré ce retard qui suscite une certaine ironie des Groupes hospitaliers, l'AP-HP souhaite néanmoins poursuivre la montée en charge et améliorer la compatibilité des systèmes existants avec ORBIS.

Le Dossier hospitalier patient s'appuie en effet sur un système d'information patient. Cela suppose de créer une identité unique pour chaque patient, ce qui est déjà fait à l'AP-HP, et que l'ensemble des informations provenant de divers logiciels soient regroupé en un même endroit. Ainsi, prescription médicale, logiciel des blocs, logiciel des urgences, outils de recueil PMSI¹⁴, prise de rendez-vous...qui utilisent tous des logiciels différents pour le moment et ne sont pas tous interopérables devront être repris dans la solution logicielle ORBIS actuellement testée par l'AP-HP (voir schéma ci-dessous).

Fig 5: le projet de Dossier Hospitalier patient de l'AP-HP (source : dossier de presse AP-HP)



Le retard pris par le projet du Système d'information clinique ORBIS a conduit l'AP-HP à poursuivre en parallèle le développement des solutions antérieures, afin de répondre à la demande des médecins et utilisateurs qui souhaitent bénéficier de solutions technologiques utilisables au quotidien.

¹⁴ Respectivement : les logiciels Phedra, IPOP, Urqual, Diammg Fusion Suzy, Agenda et Gilda : le développement informatique progressif des hôpitaux de l'AP-HP a conduit à une multitude de logiciels.

Il s'agit principalement du portail d'accès à l'information médicale, qui porte le nom de MEDIWEB et a été développé en 2006. Il est actuellement déployé dans 16 hôpitaux MCO et 11 hôpitaux SSR SLD de l'AP-HP avec des niveaux d'utilisation variable. Ce logiciel a vocation à être remplacé à terme par ORBIS.

Ce système de transition permet de synthétiser l'information médicale des patients selon trois axes :

- Parcours du patient à travers ses venues en hospitalisation et consultation (avec un recul de dix ans) ;
- Les informations codées pour le PMSI liées à chaque séjour (diagnostics et actes);
- L'ensemble des documents concernant le patient rattachés aux hospitalisations ou, parfois, indépendamment de toute venue.

MEDIWEB permet également l'accès aux résultats d'examens biologiques, ainsi qu'aux images des services de radiologie. Ce portail médical n'a donc de sens que si les médecins y versent l'ensemble des informations médicales, notamment le CR d'hospitalisation, opératoire et de consultation mais aussi CR des urgences, CR de réunions pluridisciplinaires en cancérologie...L'enjeu étant, outre le partage de l'information au sein de l'établissement, que le déploiement D'ORBIS s'appuiera sur les données présentes dans MEDIWEB. Autrement dit, seuls les documents présents dans MEDIWEB seront sauvegardés dans ORBIS.

Ainsi, le projet prioritaire de l'AP-HP contient un indicateur du « taux de bascule des CRH dans MEDIWEB », avec un objectif de 45% d'ici 2012.

Pour mesurer l'écart avec l'existant, voici les taux moyens du premier semestre 2012 actuels du Groupe Hospitalier :

Tab 5: *Moyenne des taux d'exhaustivité (CRH présents sur Mediweb) et des délais de mise du CRH sur Mediweb par site du Groupe hospitalier (Source : Département de l'information médicale)*

Entités	Indicateur	Moyenne au 1 ^{er} semestre 2012
Avicenne	Taux d'exhaustivité	42,39%
	Délai de production	14,3
Jean-Verdier	Taux d'exhaustivité	26%
	Délai de production	34,6
René-Muret ¹⁵	Taux d'exhaustivité	0,56%
	Délai de production	312

¹⁵ Le site de René-Muret a connu des difficultés informatiques majeures durant la période qui expliquent la faiblesse du taux et le délai important.

On voit que sur Avicenne, l'objectif de 45% est presque atteint. Jean-Verdier en est plus loin. Enfin, le délai de bascule des CRH sur Mediweb recoupe l'information donnée par les indicateurs HAS, même s'il est moins fin : on voit bien que le GH est loin de l'envoi sous les 8 jours réglementaires.

Si nous analysons les résultats au niveau des pôles (le site de René Muret n'est pas présenté pour éviter de fausser les données)

Tab 6 : Moyenne des taux d'exhaustivité (CRH présent sur Mediweb) et des délais de mise du CRH sur Mediweb par pôles (en gras les chiffres correspondant aux objectifs réglementaires et de l'institution)

Pôle	Indicateur	Moyenne au 1 ^{er} semestre 2012
Pôle d'Activités Cancérologiques Spécialisées	Taux d'exhaustivité (%)	Avicenne : 38,97% Jean-Verdier: NA
	Délai de production (jrs)	Avicenne : 18.1 Jean-Verdier : NA
Pôle Femmes et Enfants	Taux d'exhaustivité (%)	Avicenne : NA Jean-Verdier :30.91
	Délai de production (jrs)	Avicenne : NA Jean-Verdier :32
Pôle Accueil Urgences Imagerie (intensif)	Taux d'exhaustivité (%)	Avicenne : 38.98 Jean-Verdier :86.31
	Délai de production (jrs)	Avicenne : 7 Jean-Verdier :10.5
Pôle d'Activités Interventionnelles, Ambulatoires et Nutritionnelles	Taux d'exhaustivité (%)	Avicenne : 74.81 Jean-Verdier :7.84
	Délai de production (jrs)	Avicenne : 14.7 Jean-Verdier :64.3
Pôle Médecine Spécialisée et Vieillesse	Taux d'exhaustivité (%)	Avicenne : 59.17 Jean-Verdier :15.46
	Délai de production (jrs)	Avicenne : 17.6 Jean-Verdier : 53

Sur le groupe hospitalier, seul le pôle Accueil Urgences imagerie bascule son CRH dans un délai de moins de 8jours, et seuls les pôles Médecine spécialisée et à dominante chirurgicale (Activités interventionnelles) fournissent suffisamment de CRH dans Mediweb.

Au cours des réunions auxquelles j'ai participé pour le projet, un argument entendu à plusieurs reprises était que la chirurgie y arriverait mieux, sous prétexte qu'elle se contenterait de faire des Compte-rendu opératoires plus simples. Nous voyons ici que si en effet la chirurgie est la mieux placée en termes d'exhaustivité, certains services de médecine peuvent également avoir des résultats très encourageants, et qu'à contrario, sur le site de Jean-Verdier l'appartenance au pôle chirurgical se traduit par un taux d'exhaustivité très faible.

Deux facteurs explicatifs majeurs peuvent ici être évoqués, que nous aurons l'occasion de développer plus en avant dans l'analyse. D'une part, la question des moyens, souvent soulevée par les médecins ne doit pas être négligée. Les très mauvais résultats de René-Muret sont dû à une panne informatique généralisée, et signalons qu'à Jean-Verdier, les outils sont différents d'Avicenne et jugés moins performants par ceux ayant l'occasion d'utiliser les deux.

Cependant, à cette explication, il convient néanmoins de signaler que la volonté du pôle et du chef de service joue un rôle crucial. Comment expliquer sinon de telles différences sur un même site doté de la même technologie, et entre services similaires en termes de moyens humains et informatiques ? Par exemple, il existe à Avicenne deux services de médecine interne, l'un des deux étant spécialisée sur l'hypertension artérielle, le premier ayant un taux d'exhaustivité de 14% contre 89% pour le second. L'organisation médicale et administrative mise en place par le chef de service sur les comptes rendus joue donc un rôle clé dans le respect du délai et le partage de ceux-ci.

La complexité du projet CRH, qui outre son volet d'organisation médicale comprend un volet système d'information a poussé l'AP-HP à faire appel à des consultants.

1.2.3. L'appel aux consultants durant la phase pilote

Conformément à une tendance de plus en plus présente dans le monde hospitalier, reprenant ce qui se fait dans le secteur privé, l'AP-HP a préféré, pour ses 16 projets prioritaires passer un marché, décomposé en plusieurs lots. Le projet sortie faisait partie du deuxième lot « Amélioration des pratiques et des processus en lien avec les patients »¹⁶, l'appel d'offres ayant été remporté par la société de conseil SANESCO, acquise entre-temps par General Electric Healthcare.

En parallèle de la mise en place d'un comité de pilotage au siège de l'AP-HP, les prestataires doivent garantir la mise en œuvre opérationnelle des projets dans les Groupes pilotes et soutenir le déploiement à tous les Groupes.

Concernant le lot n°2, sur la partie CRH il est précisé dans le cahier des charges que :

« **Les objectifs de l'AP HP dans le domaine de l'amélioration de la qualité de la sortie de l'hôpital sont les suivants :**

- *Améliorer le taux, le délai et la qualité des comptes rendus adressés aux médecins de ville et aux patients :*

¹⁶ Cahier Des Clauses Administratives Particulières et Cahier des clauses techniques particulières n° 11/117 du 01/04/2011

- *objectif à mi-2012 : alignement du taux, du délai et de la qualité des comptes rendus adressés aux médecins de ville sur la moyenne des CHU*
- *objectif début 2012 : remise au patient du compte rendu d'hospitalisation (ou à défaut du courrier médical de sortie destiné au médecin traitant) à sa sortie d'un service de chirurgie dans au moins 50% des cas (ou à défaut, remise du courrier médical de sortie à destination du médecin traitant)*
- *Porter le taux de prise de contact direct entre le chirurgien et le médecin traitant dans les 24h qui suivent une intervention à 50% des patients opérés (cible 2011)*
- *Améliorer la continuité de la prise en charge paramédicale entre les professionnels paramédicaux hospitaliers et les professionnels paramédicaux de ville (Dossier de soins, fiche de liaison)*

La démarche reposera sur :

- *Echanges sur les bonnes pratiques techniques et de management des projets d'amélioration des processus à partir d'un état des lieux par GH*
- *Accompagnement des chefs de projets locaux pour la mise en œuvre d'un plan d'actions arrêtés conjointement Equipe projet et GH*
- *Mise en place du diagnostic partagé entre personnels acteurs des circuits, et test des solutions par les services sur des pilotes*
- *Appui à la mise en place de dispositifs de suivi et évaluation des résultats au niveau local et au niveau central*
- *Mise en place des mécanismes d'extension des expériences pilote pour l'atteinte des cibles institutionnelles par les GH »¹⁷*

On voit donc que le marché initial était ambitieux. Néanmoins, au fil de la phase pilote, le projet a été considérablement revu à la baisse, pour plusieurs raisons que nous analyserons plus en détail dans la seconde partie de ce mémoire. Notons qu'à l'issue de la phase pilote, comme dit plus haut, le projet global de la sortie s'est vu divisé en deux sous-projets, le CRH et l'anticipation de la sortie, aucun des sites pilotes n'ayant réussi à mener de front les deux projets.

A Avicenne, la rencontre initiale entre l'équipe de pilotage du siège, les consultants et les acteurs du groupe hospitalier prévoyait initialement un test auprès de six services, dont deux ayant travaillé sur le CRH au cours d'une précédente EPP (évaluation des pratiques professionnelles, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement). Les résultats intermédiaires attendus, à fin 2011 était l'envoi du CRH dans les 8 jours pour 50% des médecins traitants, et 100% d'utilisation de Mediweb. Ces six services étaient : L'unité

¹⁷ Idem

d'aval des urgences, la Chirurgie digestive, la neurologie, l'hématologie, l'ORL et l'Unité de soins continus (USC)

Au démarrage du projet, l'ORL et l'USC n'ont finalement pas participé : l'USC estimant que le projet n'était pas pertinent pour elle et l'ORL ne souhaitant plus participer.

Deux services supplémentaires participeront finalement : la pneumologie et la dermatologie.

Au total, au départ des consultants, à mars 2012, le projet aura été mené dans 7 services (Aval des urgences, dermatologie, hématologie, oncologie, pneumologie, neurologie, chirurgie digestive), dont deux ayant déjà travaillé dans le cadre de leur EPP.

Le travail mené aura principalement consacré à rendre l'EPP préexistante utilisable pour les autres services, et à formuler des recommandations en termes d'organisation. Cependant, si on regarde les taux de bascule des services concernés dans Mediweb, l'objectif initial de 100% n'est pas atteint. Il est difficile de se prononcer sur le respect de l'envoi sous 8 jours, ces données étant difficilement accessibles centralement.

Le travail des consultants a été jugé assez sévèrement par les médecins et services. Au regard des prix pratiqués, 800€ HT pour un consultant junior, 1000€ pour un consultant Senior, 1250 pour un expert¹⁸, la plupart ont vite fait de ramener le prix global (soit près de 30 000€ pour Avicenne) au regard du manque de temps de secrétariat et d'outils informatiques dont ils souffrent.

La culture du recours aux consultants fait en effet l'objet de fortes réticences de la part des médecins. Outre l'aspect couteux de la prestation, difficile à entendre pour des services auxquels on répète que l'hôpital public doit faire des économies, les médecins voient d'un mauvais œil des spécialistes en organisation venir se mêler de sujets jugés « médicaux ». Ainsi, la consultante sur Avicenne ne pouvait traiter que du processus organisationnel, et non de la question du contenu du CRH pourtant primordiale. Quand bien même elle aurait souhaité le faire, elle se trouvait alors en manque de légitimité.

Cette difficulté peut être partagée par la Direction Qualité chargée de piloter la continuité du projet. Cet argument médical m'a également été opposé au cours du projet. Néanmoins, comme l'a résumé un chef de service, « Entre les consultants et notre propre administration, on préfère l'administration ».

Une autre difficulté majeure dans le choc des cultures entre l'hôpital public et les consultants venait de l'absence de standardisation entre services hospitaliers. Malgré une

¹⁸ Source : annexe financière à la consultation n° 11/117 du 01/04/2011

compétence certaine dans le domaine sanitaire, les consultants ont été surpris des différences importantes en termes d'organisation et de processus d'un service à l'autre.

En parallèle, les services ressentaient ces remarques sur l'absence de standardisation des procédés comme une négation de leur particularité. Comme j'ai pu m'en rendre compte au cours du projet, les services du Groupe hospitalier, ont développé une culture identitaire basée sur une différenciation forte par rapport aux autres services. En dépit de la mise en place des pôles, la culture du service est demeurée extrêmement forte, voire se double maintenant d'une revendication d'irréductibilité parfois agressive, régulièrement assenée devant toute suggestion de changement.

1.2.4. Le dossier dans le cadre du stage

Arrivée sur le site hospitalier à la fin mars 2012, mon maître de stage, directrice de la qualité, m'a positionné sur le projet pour lequel elle devait assurer la continuité. Après une phase de compréhension du projet, au cours de laquelle j'ai rencontré la plupart des acteurs y ayant participé, ainsi que deux journées de formation aux méthodes d'animation mise en place par les consultants, le projet a pu être présenté aux chefs de pôles aux cours des conférences stratégiques organisées par la direction dans le cadre de la délégation de gestion.

Il a fallu également recréer une équipe projet locale, suite à des tensions nées dans la première équipe, en sollicitant le chef de la CME pour qu'il invite certains de ces collègues à participer.

Les chefs de services et responsables d'unité ayant mis en place l'EPP, et qui avaient eu le sentiment d'être écartés injustement dans la phase de pilotage ont accepté de prendre en main la direction médicale du projet.

Un travail de sensibilisation de la CMEL a été mené, à partir des résultats de la HAS : il s'agit de la présentation ci-dessus (partie 1.2.1) montrant à quel point le GH était à la traîne en comparaison avec d'autres sites de l'AP-HP sur certains indicateurs. Cette présentation a permis de sensibiliser la communauté médicale. Dans la foulée, la décision de publier régulièrement les indicateurs d'utilisation de Mediweb, et d'envoyer un courrier de la part du président de la CMEL et de la directrice qualité à tous les responsables de structures pour les inviter à se soucier de ces sujets (CRH, mais aussi dossier patient et ensemble des indicateurs HAS) a été prise.

Au stade de rédaction de ce mémoire, le projet a été étendu à deux services sur les autres sites, et une réunion avec une vingtaine d'acteurs, chefs de services, cadre et secrétaires a pu être conduite. Les DIM et TIM ont été associés afin de pouvoir permettre d'apporter une solution technique au sujet.

Cette démarche, et le nombre de personnes rencontrées a permis d'identifier un certain nombre de freins et blocage, au-delà de l'opposition quasi dogmatique aux consultants, que je voudrais à présent passer en revue, avant de proposer quelques pistes de solution.

2. LES TENTATIVES CONCRETES DE DEPLOIEMENT ET LES RESISTANCES AU CHANGEMENT RENCONTREES : ETUDE DE CAS ET RECOMMANDATIONS.

2.1. ANALYSE DES FREINS ET DES RETICENCES RENCONTREES

2.1.1. La question du portage et de la priorisation du projet

Une première difficulté dans le cadre du déploiement du projet prioritaire réside dans le fonctionnement même de l'AP-HP, et la question des relations entre le siège et les groupes hospitaliers.

Doté d'une personnalité juridique unique¹⁹, l'AP-HP est un CHU, comprenant 37 sites, regroupés depuis quelques années en 12 Groupes hospitaliers. La gouvernance de l'AP-HP, conformément à la loi HPST, comprend un directoire, une commission de surveillance. La présidence du directoire revient au Directeur général de l'AP-HP, nommé en conseil des ministres. La vice-présidence appartient au président de la Commission médicale d'établissement qui compte 79 membres élus parmi le corps médical des hôpitaux. Comme dans les établissements hospitaliers, un certain nombre d'instances se réunissent également : CTE, CHSCT, Commission des soins infirmiers et médico-techniques, Commission des relations avec les usagers.

Les GH ont une gouvernance miroir de celle du niveau central, avec un directeur de groupe nommé par la directrice générale de l'AP-HP, des directeurs de sites et des directeurs fonctionnels. Au niveau des instances, une CME dite locale, un CHSCT par site, un CTE par groupe, une commission de surveillance composée d'élus du territoire de santé et un comité exécutif, le « directoire » local... se réunissent régulièrement.

Ce redoublement et la lourdeur d'une institution comptant plus de 90 000 employés font que les projets décidés par le siège mettent du temps à « redescendre » au niveau des sites.

La directrice actuelle de l'AP-HP avait souhaité fluidifier la gouvernance en revoyant les périmètres des directions fonctionnelles centrales. Ainsi, une Direction du pilotage et de la transformation (DPT) a été créée, de même qu'une direction du service au patient. La direction du pilotage et de la transformation est notamment chargée du suivi des projets

¹⁹ Marc Dupont, Françoise Salaün-Ramalho, L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, PUF, Que sais-je ? - ISBN : 978-2-13-058255-7, 16/06/2010, 128 pages

prioritaires. Pour le GH, un membre de la DPT suivait plus particulièrement les avancées du projet.

En dépit d'un pilotage en principe suivi à la fois par l'institution et les consultants dans le cadre du marché passé, les projets prioritaires ont peiné à s'imposer au sein des groupes. Lors des sessions de formations auxquelles j'ai pu assister avec d'autres représentants de divers groupes de l'AP-HP, le reproche principal était que le siège imposait des objectifs qui n'avaient pas fait l'objet de concertation avec les sites, et selon un calendrier qui venait bousculer celui des groupes, en dehors des traditionnelles protestations sur le manque de moyens et la difficulté à dégager les ressources nécessaires à ces projets.

A titre d'exemple, sur le groupe hospitalier Paris-Seine Saint Denis, il avait été prévu initialement que le pilotage du projet serait assurée par ma maître de stage, la directrice qualité, et par une des chargées qualité. Or le projet se superposait à la préparation de la certification HAS, prévue en mars 2013.

Cette certification était une source d'inquiétude pour le Groupe hospitalier, en cours de structuration, qui doit présenter une organisation des procédures et obtenir une conformité au titre de groupe, tandis que les précédentes visites s'effectuaient au niveau des sites. Avec la restructuration des pôles et directions inhérentes au groupe, associé à quelques soucis importants en termes de conformité incendie, la priorité de la direction qualité, et plus largement de la direction du groupe allait donc largement à la préparation de la certification plutôt qu'au projet du siège. Ainsi, ma maître de stage a préféré réduire le projet sortie à son volet CRH dans un premier temps, avant de se lancer dans le volet sortie à échéance 2013.

Cet état d'esprit, partagé par nombre d'autres GH n'est pas celui souhaité par le siège, qui voudrait voir avancer plus rapidement les projets prioritaires, et attend que les GH s'en saisissent.

Ce manque de mobilisation des directions des Groupes hospitaliers entraîne en cascade une difficile mobilisation des acteurs terrains. Ainsi, à une formation proposée par le siège au cadre de terrains, à laquelle une dizaine de personnes du groupe s'étaient inscrites, seule une personne s'est finalement rendue.

Cette difficulté se retrouve dans d'autres domaines que les projets prioritaires : l'AP-HP semble peiner à trouver un mode de fonctionnement satisfaisant avec les groupes hospitaliers.

D'un point de vue organisationnel, cela peut refléter la transition difficile de l'institution entre une forme d'organisation bureaucratique traditionnelle aux principes du New Public

Mangement. Conformément à l'organisation bureaucratique telle qu'elle a pu être théorisée par le sociologue Max Weber²⁰, l'AP-HP s'est caractérisée, et se caractérise encore beaucoup par une structure hiérarchique pyramidale et une organisation fondée sur la division du travail (comme le reflète le bannissement des « glissements de tâches » entre infirmier et aide-soignant, par exemple), une communication verticale, de la direction aux services, du chef de service, le « patron » aux internes..., et un recours à une information écrite, notes de services et procédures, qui est censée garantir l'application des normes de la structures par les agents.

Comme une bureaucratie, l'AP-HP souffre des critiques qui ont pu être pointées, telles que celles remarquées par Michel Crozier²¹. La rigidité du système et l'impossibilité de prévoir toutes les situations entraîne un certain jeu, dans lequel des acteurs vont s'insérer pour prendre des parcelles de pouvoir non contrôlées. La multiplication des règles finit par entraîner une surenchère qui rend l'action difficile et enferme les salariés dans une certaine routine. C'est notamment ce qui est aujourd'hui reproché à l'AP-HP, les médias, mais les salariés eux-mêmes ressentent et décrivent l'institution comme un carcan. Les comparaisons avec le « régime général », comme la plupart des agents de l'AP-HP qualifie encore les hôpitaux du reste du territoire se font au détriment de l'AP-HP. Les autres hôpitaux sont considérés comme des endroits où on bénéficierait de « plus de libertés et de responsabilités ».

Consciente de ses travers, l'AP-HP tente, à l'image de la plupart des institutions publiques, d'appliquer les principes du New public Management, inspiré du modèle anglo saxon. Né dans les années 70-80, dans un contexte de crise financière, ce courant prône la transposition au secteur public des méthodes de management traditionnellement utilisées dans le secteur privé. Le principe est d'améliorer le rapport cout/efficacité du service en partageant les rôles de pilotage et d'exécution. Le postulat de cette doctrine est que l'administration est incapable de gérer efficacement, du fait de sa taille démesurée et de son manque de souplesse organisationnelle. Le service public est davantage vu sous l'angle de la prestation et du service rendu. Cette approche repose sur l'extension des mécanismes de marchés au secteur public : mise en concurrence, évaluation, paiement à la performance. Elle a tout un corollaire de techniques d'amélioration continue et une batterie d'indicateurs de gestion associés.

Cette philosophie imprègne les cabinets de consultants qui travaillent sur les projets prioritaires. Ainsi, l'AP-HP souhaitait former les cadres à la « méthode Lean », inspirée du

²⁰ Max Weber, La domination légale à direction administrative bureaucratique, 1921, texte originalement paru dans *Economie et Société*

²¹ Michel Crozier, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, 1963

système de production Toyota, visant à la suppression de tout gaspillage, et qui a été étendu à des domaines comme le secteur administratif, l'idée étant schématiquement que chaque étape du processus de production doit ajouter de la valeur, autrement dit, les tâches non créatrices de valeur doivent être supprimées.

Bien que cette approche ait été dénoncée²² comme ayant des répercussions négatives sur les conditions de travail des salariés de l'Union Européenne, il n'y a pas pour le moment de prise de distance vis-à-vis des solutions proposées par les consultants qui s'inspirent de ce modèle, si ce n'est au niveau des services de soins.

Il existe donc un décalage fort entre les cabinets de consultants et les méthodes employées et la perception des services. Cet affrontement brutal des cultures a conduit, dans le cas du projet prioritaire à une forte distanciation critique des services. Même si certains ont pu adhérer lors de la démarche, le sentiment majoritairement partagé, après le départ des consultants, est que les solutions ne sont pas pérennes car trop peu en phase avec les besoins des services.

Par exemple, les consultants ont notamment travaillé à redéfinir les tâches dans la production du CRH entre externes (récupération de l'adresse du généraliste et du traitement d'entrée), internes (dictée), secrétaires (frappe) et senior (validation). Cependant, en présentant ces bonnes pratiques aux services, ceux-ci renvoient systématiquement à leurs situations particulières : manque de secrétaires, internes étrangers dont la dictée est difficile à décoder, difficultés informatiques.

Pour résumer, le principal obstacle à la diffusion des solutions des consultants est que ceux-ci appréhendent l'hôpital comme une production standardisée, où l'ensemble des services fonctionneraient selon des organisations transposables de l'un à l'autre, tandis qu'à l'opposé chaque service a tendance à se penser comme unique et irréductible. Cette dichotomie de vision entraîne une résistance de part et d'autre, les consultants refusant de s'adapter aux particularismes locaux et les services de faire un pas vers une standardisation des processus.

A ce stade du projet, il est intéressant de signaler le peu d'impact des pôles et de leur chefferie dans l'avancée. Malgré l'accord de plusieurs chefs de pôles pour travailler sur le sujet, sur 3 des 6 pôles du GH, seule une des cadres administratives s'est emparée du sujet au niveau de la chefferie de pôle.

Outre cette difficulté de gouvernance du projet et d'adhésion aux valeurs portées par les cabinets des consultantes, un autre obstacle plus matériel au déploiement du projet est

²² Antoine Valeyre, Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation, Centre d'études de l'emploi, document de travail No 73, novembre 2006.

l'état intermédiaire de développement des systèmes informatiques dans lequel l'AP-HP et le groupe hospitalier se trouvent en 2012.

2.1.2. Le problème de la frontière technologique

Comme indiqué plus haut, la problématique du CRH va de pair avec celle du dossier hospitalier patient en cours de déploiement à l'AP-HP.

Aujourd'hui, un groupe hospitalier comme celui où j'ai fait mon stage se trouve à la frontière entre deux systèmes : le tout informatique et la survivance du dossier papier. Traditionnellement, le service qui reçoit un patient ayant déjà fait l'objet d'une hospitalisation, demande à ce qu'on lui communique le dossier médical. Cette simple demande peut être épique : dossier gardé par le précédent service et jamais descendu aux archives, archives fermées après 17h et le week-end...

Le développement actuel du dossier informatique permet de résoudre en partie le problème en rendant le CRH accessible à tout l'hôpital sur un logiciel. Certains hôpitaux en pointe, comme le Centre de Lutte contre le Cancer, Institut Curie (Paris) permettent même l'accès des CRH aux médecins et professionnels de ville avec un accès à leur plateforme.

Or il y a, du moins dans le GH où j'étais, une hésitation actuelle entre les deux systèmes, qui reflètent aussi une coupure générationnelle entre praticiens. Certains médecins à l'ancienne continuant à favoriser le support papier prêtent peu attention au déploiement informatique et encouragent peu leurs internes et secrétaires à y recourir. Au contraire les jeunes médecins ont davantage le réflexe d'aller chercher l'information sur le support informatique Mediweb, présenté plus haut (CRH, CR labos, scanners) et sont donc plus susceptibles de s'intéresser au passage du CRH sur informatique.

En attendant l'arrivée du logiciel intégré ORBIS, les sites de l'AP-HP utilisent le système suivant :

- A partir des outils de recueil PMSI, qui permettent de coder les séjours, il est possible d'entrer des CRH et informations médicales. Il existe 3 outils différents à l'AP-HP, correspondant aux mêmes fonctions, mais chaque hôpital voire service s'étant équipé de son côté, les 3 logiciels peuvent coexister au sein d'un groupe hospitalier. Ces outils s'appellent Diammg, Fusion et Suzy.

- Depuis cet outil, il est possible de « basculer » le CRH sur la plateforme d'accès à l'information médicale Mediweb (voir supra), qui est le système de transition avant le système d'information hospitalier intégré ORBIS.

On devine déjà que ces deux couches d'outils différents vont être source de difficultés pour les services. En effet, d'un point de vue ergonomique, les « outils de recueil » sont interfacés avec le logiciel de gestion administrative, afin de permettre la récupération des données dites administratives nécessaire au codage : identité du patient, sexe, âge, date de séjour, mode d'entrée et de sortie, provenance et destination.

Sur le Groupe hospitalier, les deux outils utilisés, DIAMMG et Fusion sont des versions anciennes. Du fait du développement informatique en cours d'ORBIS, les ressources financières de l'AP-HP sont massivement engagées sur ce nouveau logiciel, et il n'était pas prévu d'amélioration des logiciels de recueils actuels, qualifiés par un chef de service au cours d'une réunion de « soviétiques », du fait d'un design vieillot et de leur peu d'ergonomie.

De plus, la « bascule » depuis un de ces outils sur la plateforme Mediweb est loin d'être un automatisme, certains services ne voyant pas bien l'utilité de la manœuvre, malgré un usage de plus en plus répandu de Mediweb, notamment chez les jeunes médecins.

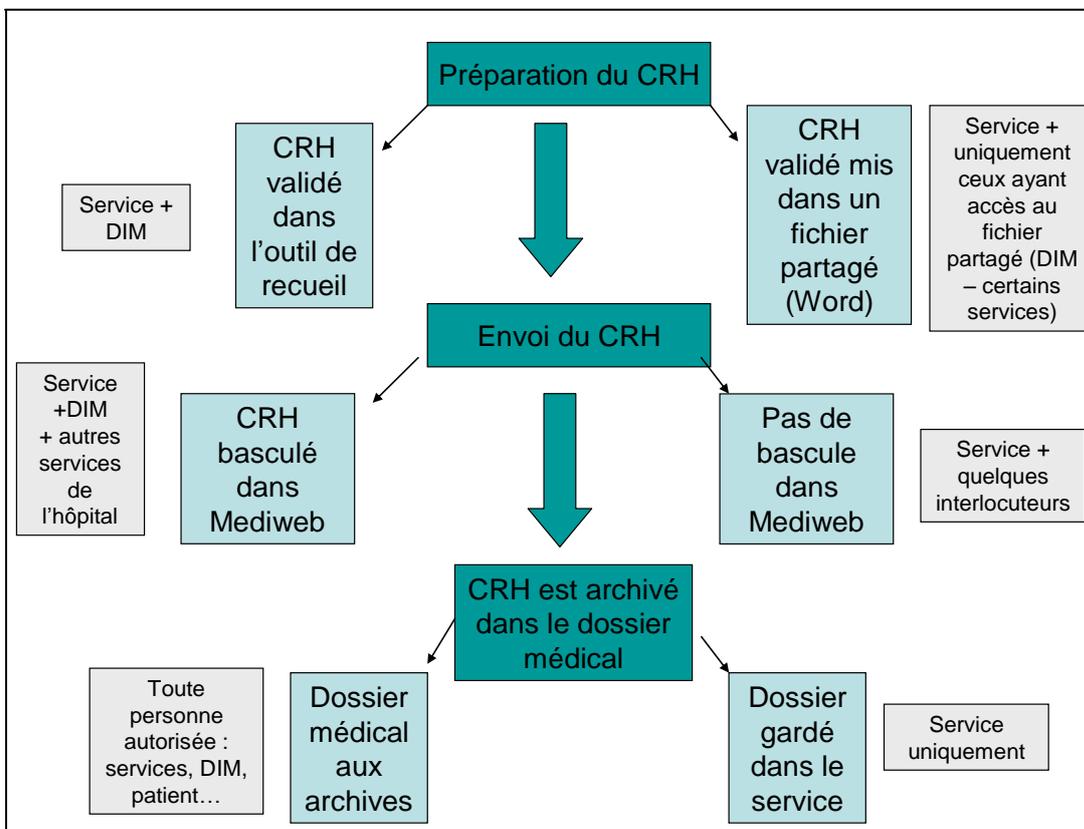
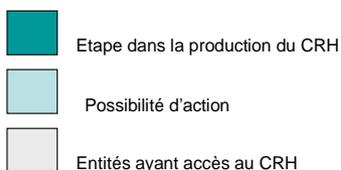
Signalons enfin, qu'entre les deux outils de recueil, Diammg et Fusion, les possibilités ergonomiques et d'utilisation ne sont pas identiques. Ainsi, sur Diammg, les services ont la possibilité de faire des CRH qui soient esthétiquement satisfaisants pour être imprimés et envoyés tels quels aux médecins traitants. Au contraire, le second logiciel fait des CRH qui rappellent les lignes de textes du minitel. Comme me l'a dit un chef de pôle, il est hors de question « d'envoyer quelque chose d'aussi laid à nos collègues ». Les secrétaires les plus diligentes vont alors :

- Taper leur CRH dans Word en utilisant une maquette élégante
- Copier les informations dans l'outil de recueil pour le DIM
- Faire la manœuvre consistant à les basculer dans Mediweb

On comprend bien que certains services, rétifs à ces manœuvres pénibles (selon un médecin DIM, il faut en moyenne 16 « clics » pour aller de Word à Mediweb) se contentent de faire tout sous Word, et d'archiver dans des dossiers locaux.

Cet allègement du circuit n'est pas sans conséquence en termes d'accès des acteurs hospitaliers au CRH, comme le montre la figure suivante.

Fig 6 : Possibilités d'utilisation des outils de recueil et du logiciel et conséquences sur les entités



Pour donner un exemple concret, nous allons nous pencher à présent sur la situation d'un service en particulier, l'endocrinologie de Jean-Verdier, que nous compléterons par une analyse des entretiens menés avec différents acteurs réticents au projet. Après avoir contacté le chef de pôle chirurgie et activité ambulatoire et le président de la CME, ceux-ci ont été unanimes pour demander que le projet soit en priorité étendu sur le service d'endocrinologie du site de Jean-Verdier.

2.1.3. Au niveau des services : étude concrète du service d'endocrinologie

a) Présentation du service

Le service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition de l'hôpital Jean-Verdier (Bondy) comporte 3 secteurs : hospitalisation complète, hospitalisation de jour, de semaine et consultation.

15 médecins y travaillent, ainsi que 2 internes et une dizaine d'externes. Il comporte 3 secrétaires médicales, qui se répartissent les CR des trois secteurs, et se chargent de la préparation des consultations (recherche des dossiers des patients), en plus des tâches d'accueil et de prise de rendez-vous. Le positionnement stratégique du GH sur la prise en charge de l'obésité (chirurgie spécialisée) et la prévalence de l'obésité en Seine-Saint-Denis induit une augmentation constante de l'activité du service.

Le service est rattaché au pôle activités interventionnelles et chirurgicales, ce qui n'est pas sans susciter certains soucis de relation avec la Cadre de pôle, jugée partielle par le service en faveur de la chirurgie.

Le chef de pôle était demandeur d'un déploiement du projet CRH auprès de ce service. Le chef de service également, dans la mesure où il souhaitait par ce biais objectiver les difficultés de secrétariat qu'il rencontrait et faire remonter par mon intermédiaire certaines demandes à la Direction du groupe hospitalier.

d) Difficultés du service

Au cours de mes rencontres avec le service (juillet avec le chef de service, août avec les secrétaires, septembre et octobre avec l'ensemble du service), j'ai pu éclaircir les difficultés d'organisation des secrétariats qui handicapent ce service dans l'élaboration des CRH, mais également dans tout leur fonctionnement :

- une des trois secrétaires a été en arrêt pendant un an. Cet arrêt a complètement désorganisé le service, qui a actuellement un stock de près de 350 dossiers pour lesquels le CRH n'a pas été fait. Par ailleurs, une des secrétaires termine son CDD fin 2012, et le service ignore à fin septembre si elle sera remplacée ou non.
- Dans une tentative d'écluser le stock de dossiers en retard, l'hôpital et le service ont choisi de recourir à l'externalisation de la frappe des CR (d'hospitalisation, mais aussi de semaine). Le remède s'est avéré pire que le mal. En effet, la société IphoneMedia, située au Maghreb et à laquelle a été envoyé l'équivalent de deux mois de cassette a fait faillite subitement, disparaissant corps et biens.
- Une partie des cassettes a finalement pu être récupérée après un certain nombre de recours et transféré au successeur d'IphoneMedia, la société Dactynet. Celle-ci se voit donc envoyer les cassettes à intervalles mensuels, et dépose les CRH sur un serveur sécurisé auquel le service a accès.
- Selon les secrétaires, la prestation laisse à désirer : le délai est largement supérieur aux 8 jours (du fait également d'un envoi en gros, et non au fur et à mesure). Surtout,

il a fallu recadrer le prestataire qui envoyait initialement des CRH « tapés à la chaîne », donc sans faire un document par patient. Même ainsi, selon les secrétaires, Dactynet se contente de taper ce qui est audible, et laisse ainsi des trous dans les documents quand la cassette est indéchiffrable. Par opposition, les secrétaires du service suppléent au manque de clarté de la cassette en allant parfois chercher des informations dans le dossier médical du patient.

- Le service est donc très insatisfait de la prestation et préférerait l'arrêter et embaucher une secrétaire de plus. Dactynet n'a pas suffi à rattraper le retard et est jugée peu concluante.

Le stock de dossier important perdue (pas de descente aux archives dans l'attente du CRH) et entraîne un important travail de recherche de dossiers des secrétaires qui les désorganisent et met en retard les comptes rendus actuels. L'archivage au sein du service, malgré un semblant de classement se fait donc anarchiquement, les dossiers se trouvant dans les trois secteurs, les bureaux des médecins et des internes...

En plus de la désorganisation interne du service, signalons que les relations sont mauvaises avec d'autres services, tels que la polyclinique médicale. Le sujet de discorde est la gestion administrative des patients venant consulter des professeurs d'endocrinologie, chacun des services se revoyant la responsabilité de la gestion administrative du dossier. L'une des difficultés sous-jacente est que ces services appartiennent à des pôles différents et que la valorisation de la tâche n'a pas fait l'objet d'accord entre les deux pôles.

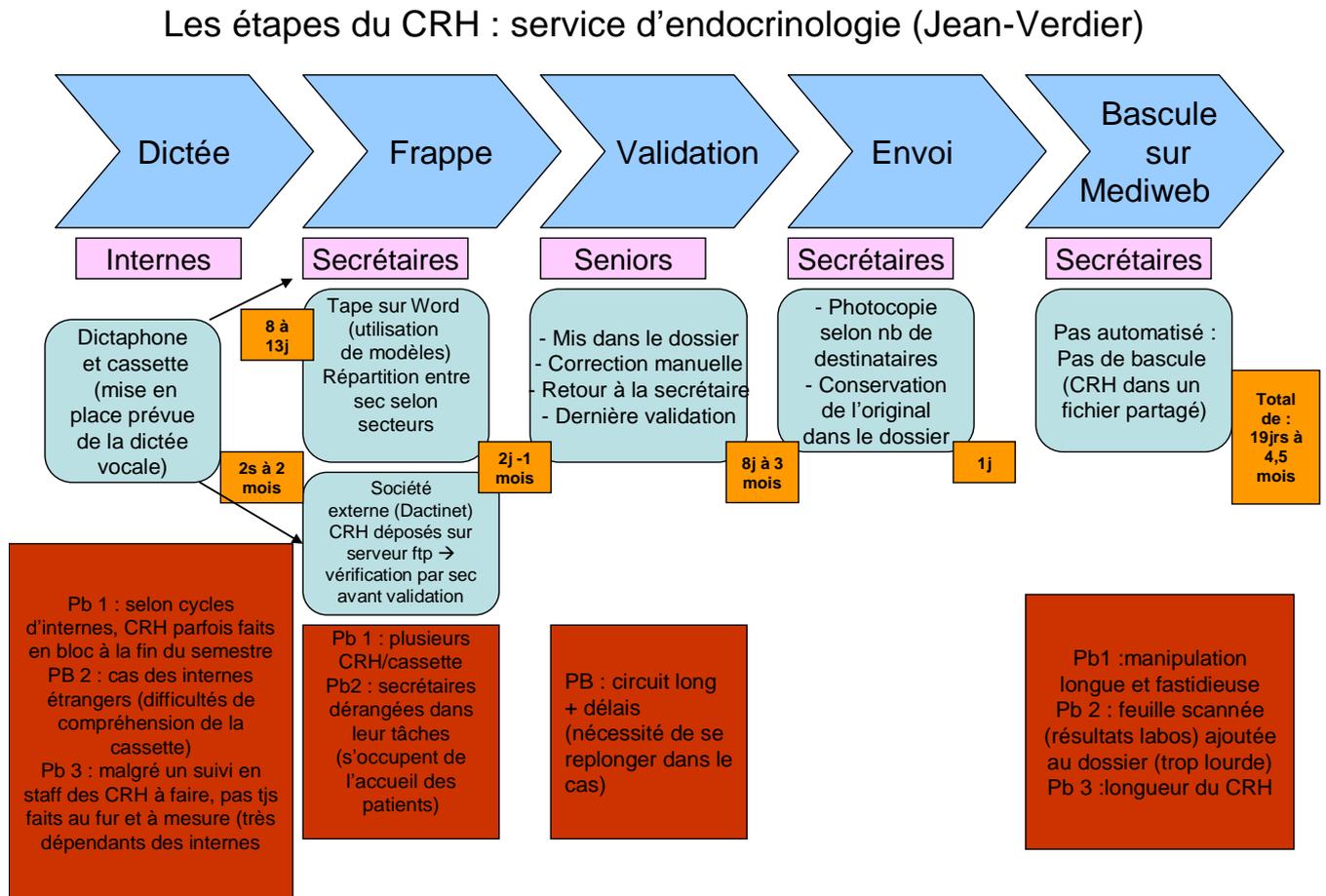
Début octobre, le chef de service posait un ultimatum à la DRH et la Direction des soins en revendiquant un agent administratif qui se chargerait de l'accueil et de la recherche de dossiers, ainsi que le remplacement de la secrétaire partante.

e) Etat des lieux des pratiques du service

C'est dans ce cadre difficile que je suis intervenue pour faire un état des lieux de l'organisation concernant le CRH

Profitant du calme relatif du mois d'août, j'ai passé une matinée dans le service pour recueillir la vision des secrétaires sur le procédé. La discussion s'est faite autour d'un tableau blanc. Pour chaque étape standard du CRH (Dictée, frappe, validation, envoi...), j'ai interrogé les secrétaires pour avoir une notion de la durée de l'étape et recenser les difficultés rencontrées. Le résultat est restitué sur la figure suivante :

Fig 7 : Le circuit du CRH, service d'endocrinologie



De manière intéressante, il a été extrêmement difficile d'obtenir des délais moyens des étapes et intervalles, du fait de la situation jugée anormale dans laquelle est le service d'endocrinologie depuis l'externalisation des cassettes.

Seuls les CRH dits « en urgence » sont frappés au sein du service par les secrétaires, selon le schéma présenté.

Plusieurs points sont à remarquer :

- le délai des 8 jours est loin d'être respecté, mais quand on interroge les acteurs, la durée intrinsèque de l'étape n'est pas le point le plus long, c'est l'intervalle qui joue. Par exemple, les secrétaires, expliquent mettre de 15 min à 1 jours maximum pour taper le CRH, les internes 10 min à les dicter, les seniors disent valider « tout de suite ». Mais dans les faits, le problème principal est que chaque acteur va avoir tendance à attendre d'avoir une masse critique pour s'atteler à la tâche. Autrement dit les internes vont attendre d'avoir plusieurs CRH à dicter, les secrétaires plusieurs cassettes, les seniors plusieurs dossiers dans leur bureau...Ce qui d'un point de vue rationnel se comprend bien, car il s'agit d'avoir sorte « d'économie d'échelle ».

- manifestement enfin, la bascule dans Mediweb est n'est pas un sujet prioritaire du tout pour les seniors, puisque ils étaient à peine au courant de l'existence de cette plateforme. Souvent, la chaine est vue comme finie à l'envoi au médecin traitant qui est une pure tache administrative (imprimer et remettre le document au vaguemestre en l'occurrence).

J'ai donc essayé de sensibiliser les médecins seniors au délai de leur service, et proposé de mettre en place un outil de recueil qui permettrait au service de basculer automatiquement les CRH dans la plateforme et surtout d'avoir des indicateurs sur les CRH faits et non faits. La principale réponse que j'ai obtenue a été « qu'avant de s'occuper de la qualité, il faut nous donner les moyens » et que « le délai des 8 jours est intenable pour nous de toute façon puisque nous avons des dosages hormonaux qui mettent trois semaines à arriver ».

A ce stade, il paraît intéressant de mettre en perspective les différents discours, des secrétariats et des médecins que j'ai pu entendre au cours du projet, et de les positionner en fonction de l'adhésion au projet.

2.1.4. Le ressenti des acteurs : analyse d'entretiens et témoignage représentatif

a) Analyse littéraire des entretiens

Méthodologie : l'ensemble des personnes rencontrées est présenté en annexe. Au cours du projet j'ai été amenée à rencontrer un certain nombre de services, et d'acteurs. J'ai utilisé la méthode d'entretiens essentiellement libres, avec quelques questions préparées (voir annexe), en notant soigneusement les termes employés par mes interlocuteurs.

Les grilles ci-dessous reprennent les expressions les plus marquantes qui résument le mieux la position finale de l'acteur. Il s'agit aussi bien de phrases dites par des médecins que par des secrétaires. Au cas où un seul acteur l'a dit, il est signalé entre parenthèses.

Tab 7 : analyse littéraire des entretiens

Position	Résistants au changement	Pro changement
Vocabulaire		
Phrases introductives	On manque de moyens On n'a pas le temps Ce n'est pas la priorité On nous empêche de faire de la médecine pour des tâches administratives (médecins)	Il faut améliorer les pratiques Il faut réduire la longueur du CRH (secrétaires) C'est important que le patient sorte avec son compte-rendu Il en va de l'image du service
Argument sur les acteurs	C'est une question de secrétariat (médecins) Il faut voir certaines secrétaires qu'on nous donne, on a l'impression de se refiler une patate chaude. (cadre) les médecins s'accrochent à leur secrétaires comme des moules à un rocher. Il y a une répartition immuable, qui date de plus de 30 ans, et une certaine omerta qui règne. (Cadre)	C'est le chef de service qui doit donner l'exemple. Il faut que le médecin dise aux internes que c'est important (secrétaire)
Argument sur les outils techniques	Il nous faudrait la dictée vocale/le codage centralisé/un dossier patient 100% informatisé On n'a pas les bons outils Les outils actuels sont soviétiques La procédure est trop longue	C'est plus une question d'organisation Le nombre de secrétaires ne fait pas tout Ca n'est pas si compliqué une fois qu'on a pris le temps de comprendre les outils (médecin)

b) Les anciens acteurs impliqués : le risque du découragement

Par ailleurs, j'ai également mené un entretien avec une secrétaire en particulier dont la position sur le sujet était intéressante. Cette secrétaire du service de médecine interne d'Avicenne avait à ce titre participé à l'EPP du Dr Lopez Sublet d'Avicenne sur le CRH qui avait permis d'améliorer sensiblement les délais. Cette EPP remontait à 2007, et le service souhaitait la publier dans la base de données AP-HP.

Cependant, le choix de cette même thématique du CRH comme projet prioritaire de l'AP-HP avait entraîné une déconvenue et une frustration forte pour le service. En effet, le pilotage du projet, tant au niveau du siège que de groupe hospitalier avait initialement exclu les médecins du service auteurs de cette EPP. De surcroît, les consultants venus travailler sur Avicenne, ont initialement traité le service comme les autres, avant de s'apercevoir de leur connaissance du sujet et de la mettre en profit dans le « kit de capitalisation » promu ensuite à l'ensemble des GH. Le service s'est ainsi senti spolié deux fois : pour n'avoir pas été pris comme pilote et pour avoir ensuite vu son travail réutilisé par les consultants de manière parfois grossière.

Quand je suis donc arrivée sur le projet, une des premières tâches a été de rencontrer le service et de l'associer au pilotage. Après la rencontre des médecins, j'ai pu m'entretenir avec leur secrétaire, dont je reproduis ici les éléments les plus intéressants de l'entretien mené pendant deux heures.

Verbatim de l'entretien avec la secrétaire du service de Médecine Interne, hôpital Avicenne²³ :

- Sur le recours aux consultants :

« 30 000 euros pour ça ? Ou je ne sais pas combien ? On dirait que l'AP ne fait pas confiance à ses propres agents. C'est comme s'ils nous disaient, vous ce que vous avez fait, ça vaut rien, on préfère tout recommencer ».

- Sur les outils informatiques utilisés

« On a créé de nouveaux outils, qui sont bien mais qui pervertissent. C'est le cas de Mediweb : comme le CRH et une partie des examens sont accessibles depuis Mediweb, on ne se donne plus la peine de demander le dossier aux archives, et on en recrée un à partir des documents imprimés de Mediweb. Au total, ça fait plein de doublons aux archives »

- Illustration relations médecins secrétaires

Par exemple, sur un compte-rendu, je lis « ECG plus ou moins normal ». Je vais voir l'interne pour qu'elle s'explique, je lui dis « L'ECG il est normal ou pas ? » Elle me répond « mais toi t'es qui, t'es qu'une petite secrétaire ». Je lui ai dit « toi d'abord t'es même pas médecin, t'es juste interne, et moi ça fait 10 ans que je travaille ici. Si tu parles comme ça au personnel, tu verras après quand tu seras chef et que tu reviendras, on peut te pourrir la vie si on veut »

- Vision des autres services

« Mais regardez mon bureau, ici y a pas de dossiers qui traînent . Le bureau du Dr M. C'est pareil, aucun dossier ne traîne. Comment ça se fait que nous on y arrive et pas les autres ? »

- Sur la fonction en particulier du secrétariat, et le découragement

« On est des petites mains »

« Pour que ça marche, il faut tout le temps être derrière. J'ai l'impression d'être en conflit tout le temps. Ca marchait parce que j'étais derrière »

« J'ai l'impression d'être la seule à me battre. J'ai pas toujours le soutien des chefs. Eux-mêmes au bout d'un moment ils sont fatigués, ils en ont marre de se battre. Pour X (une interne), il m'a dit ok, elle elle peut prendre une cassette²⁴. Après tout qu'est-ce que ça

²³ Retranscription de l'entretien enregistré

²⁴Nota : suite à l'EPP, le service avait mis en place un système où les internes au lieu de dicter sur cassette comme dans la majorité des services, écrivent manuellement le CRH sur une maquette

fait. Mais si on commence à lâcher c'est fini. On aura fait tout ça pour rien. Et ça, ça me rend malade. »

« Quand je leur rentre dedans, on me dit « c'est pas toi qui va changer le système de l'AP-HP » « j'ai bataillé pendant longtemps » « On n'a pas pris en compte notre travail, je suis écoeurée » « J'ai le mauvais rôle ». « Je suis coincée » « Ca m'a atteint » Ca se dégrade » c'est de pire en pire ».

Nous avons ici montré les deux principaux types de résistance rencontrés : d'une part une résistance a priori au projet. Cette résistance émane de services qui éprouvent un sentiment de dépassement et sont souvent plus globalement en résistance par rapport au système médico-économique de Tarification à l'activité et de délégation de gestion. Plus largement, ces services récusent l'idée que les médecins doivent se charger de « l'administratif ». C'est ainsi le cas de l'endocrinologie, où le chef de service est un homme plutôt âgé, peu sensible à l'aspect technologique et qui ne voit les réformes de l'hôpital comme des menaces successives. A plusieurs reprises, il a indiqué que selon lui « les pôles ajoutaient des strates qui permettait à l'administration de se cacher derrière ». Symptomatiquement, ces médecins ne parlent que rarement de la « direction » mais de « l'administration ».

Un second type de résistance plus problématique à mon sens est la résistance a posteriori d'acteurs initialement moteurs. C'est le cas des services ayant mis en œuvre l'EPP, qui s'estiment aujourd'hui dépossédés et lésés et peinent à s'engager à nouveau dans un projet interminable à leurs yeux.

Néanmoins, après la rencontre d'un certain nombre de services, nous pouvons énumérer plusieurs types de recommandations pour parvenir au déploiement du projet.

pré remplie. Ce système permet notamment de disposer d'un CRH qui peut être immédiatement remis au patient en cas de transfert, au lieu d'attendre la retranscription de la cassette.

2.2. RECOMMANDATIONS ET PRECONISATIONS PROPOSEES.

En résumé, le déploiement du projet se heurte à plusieurs difficultés, tels que les moyens humains et informatiques, mais principalement à un défaut d'appropriation de la thématique par les acteurs médicaux.

Nous allons montrer ici, à travers l'exemple d'un service initiateur de la démarche quelles sont les bonnes pratiques qui peuvent être mises en place opérationnellement pour pallier le manque de moyens, et comparerons les enseignements de cette expérience au projet prioritaire (2.2.1). Nous verrons ensuite comment l'intervention de la CME locale a permis au projet de franchir un cap en introduisant un mécanisme de pression des pairs (2.2.2). Enfin, nous proposerons une modélisation du positionnement des différents acteurs par rapport (2.2.3) au CRH et étudieront s'il est possible de réaliser un CRH plus court à partir des réponses au questionnaire (2.2.4).

2.2.1. Présentation de l'EPP du pôle spécialités médicales et comparaison au projet prioritaire

Un des principaux succès d'Avicenne sur le CRH est l'EPP (Evaluation des pratiques professionnelles) menée par les services de l'ancien pôle spécialités médicales. Cette EPP est née de la volonté de deux médecins, le chef de service de médecine interne et le responsable d'unité de l'aval des urgences de prendre à bras le corps le sujet du CRH. Les résultats obtenus ont été, et sont encore très satisfaisants. Ainsi, en 2012, soit 5 années après cette EPP, sur les données extraites des séjours du 2 mai au 20 août 2012 :

Les délais moyen d'envoi des CRH (Date de l'Envoi - Date de la Sortie) sont de :

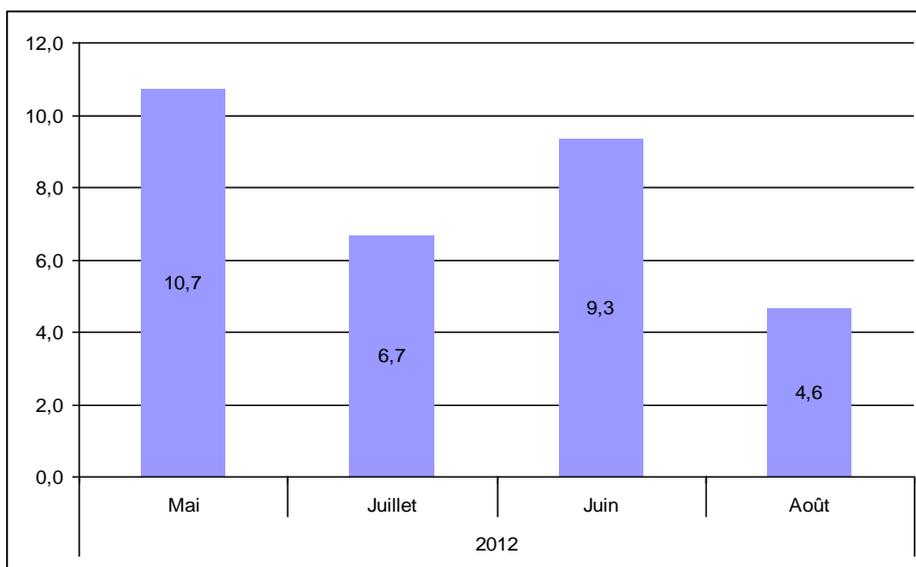
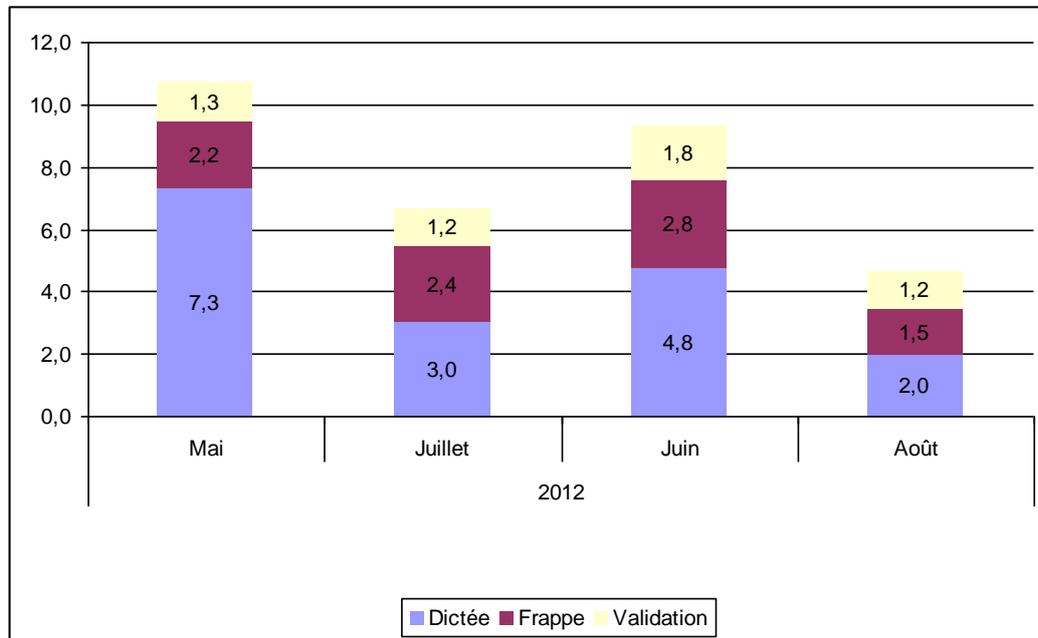


Fig 8 : délais moyen d'envoi des CRH en jours de mai à août, service de médecine interne

Environ 71% des CRH sont fait sous les huit jours, bien au-dessus de l'objectif de 45% fixé par le siège.

Si nous regardons à présent le détail de ces délais pour chaque étape (dictée frappe validation) :

Fig 9 : Délais moyens des étapes de l'élaboration du CRH (en nb de jours)



De bas en haut : dictée, frappe, validation

On voit que l'étape la plus importante est celle de la dictée, qui dépend donc des internes, lesquels changent tous les 6 mois de service. Ainsi les mois précédents les changements sont ceux où les délais sont généralement les plus longs, du fait d'un certain désintérêt des internes et d'un rattrapage à marche forcée des CRH en retard qui augmente leur charge de travail. Les secrétaires et médecins, qui sont plus « durables » au sein du service ont été considérablement sensibilisés à la question du délai, puisque la secrétaire met entre 1,5 et 2,8 jours à taper le CRH et le médecin entre 1,2 et 1,8 jour pour le valider.

Quelles ont été les principales étapes de l'EPP ? D'abord, une mise à plat des processus et des délais, qui a été rendue possible par la collaboration du département de l'information médical, celui-ci ayant mis en place une possibilité de suivi des étapes, à travers une modification de l'outil de recueil.

Ensuite, pour résumer, un travail a été mené sur chacune des étapes pour la raccourcir. Ont notamment été mis en place :

- un suivi en staff des CRH fait et non faits, avec relance des internes par le Chef de service (et non la seule secrétaire) de ceux non faits. La pression sur les internes pour faire au plus vite était donc portée par l'ensemble de la communauté médicale senior du service.
- Une consigne donnée aux internes de commencer le CRH dès l'arrivée du patient, avec mise à contribution des externes pour la récupération des coordonnées du médecin traitant et du traitement d'entrée.
- Les internes écrivent les CRH au lieu de les dicter, permettant ainsi d'avoir un document qui en cas de retard peut néanmoins être remis au patient, et qui obligent les internes à synthétiser tout en évitant le problème de compréhension de certaines cassettes (internes non francophones)
- Une réflexion importante sur le contenu du CRH, afin de le réduire aux informations essentielles et de mettre en place une maquette type pour le service a été conduite.

Comme on a pu le juger, cette EPP s'est révélée très satisfaisante²⁵. Voyons à présent quelles sont les grandes différences entre cette approche et celle du projet prioritaire tel qu'il a été conçu par l'AP-HP :

- **Le périmètre du projet** : il est évident que l'EPP, même si elle a au total concerné 12 services d'un pôle, n'est pas de la même ampleur qu'un projet au niveau de 12 groupes hospitaliers. L'AP-HP, consciente de cette difficulté, avait prévu des relais dans les GH et au niveau des pôles, mais elle s'est heurtée sur ce point à la deuxième différence :
- **Le volontariat** : pour l'EPP, les deux médecins étaient volontaires, et ont su convaincre leurs collègues d'adhérer. Le pilotage du projet AP-HP a également été confié à des médecins, mais ceux-ci étaient trop éloignés des sites où ils n'exerçaient pas pour avoir un effet d'entraînement suffisant sur leurs collègues. En définitive, le cas de l'endocrinologie est exemplaire : plutôt qu'une adhésion parce que le projet semblait important, le chef de service à adhérer pour faire remonter ses difficultés à la direction.
- **La mesure de l'état d'avancement** : à son niveau, l'EPP, a fait un état des lieux de la situation au démarrage et à intervalles réguliers. C'est également ce qui était prévu au niveau du projet prioritaire, mais l'absence de système d'information unique rend la production d'indicateurs difficile et peu pertinent de. L'un des indicateurs retenus (le

²⁵ Dr Marilucy Lopez Sublet, Le Compte-rendu d'hospitalisation : un enjeu en 2012, mémoire soutenu en octobre 2012 à l'école de management des médecins hospitalier de l'AP-HP.

taux de bascule dans Mediweb) est d'ailleurs jugé peu satisfaisant par les acteurs de terrain.

- **L'association du département d'information médicale** : L'EPP a permis l'installation de fonctionnalités nouvelles dans l'outil de recueil permettant de faire des requêtes et d'avoir un suivi des CRH. Un tel développement a été rendu possible par les DIM qui ont été associés au projet. Notons que pour le projet prioritaire AP-HP, ceux-ci n'étaient pas initialement prévus dans la gouvernance.
- **Le maintien d'un seul objectif** : l'EPP s'est fixé un seul but : parvenir à un délai de 8 jours avec un CRH de qualité. Comme nous avons eu l'occasion de le dire en première partie, le projet de l'AP-HP, a un nombre d'enjeux plus importants qui sont pour certains contradictoires. Ainsi, l'exigence d'avoir un CRH permettant de faciliter le codage est contradictoire avec le délai, puisque le DIM utilisera mieux un CRH très complet, qui prendra alors plus de temps à faire. Par ailleurs, le seul aspect informatique du CRH sur la préparation du futur système d'information constitue à lui seul un projet. Le trop grand nombre d'objectifs du projet CRH en menace la faisabilité opérationnelle. Les acteurs et porteurs du projet se sentent noyés dans trop d'objectifs, et finissent par se concentrer sur un seul au détriment des autres. Ainsi, lors de la grande réunion de lancement du projet, les médecins présents ont principalement retenu le seul aspect du délai.
- **Les délais** : signalons que l'EPP a commencé en 2007 pour durer encore aujourd'hui. Par opposition, le projet de l'AP-HP, lancé en 2011, devait donner des résultats dès la mi-2012, ce qui apparaît à présent irréaliste, compte tenu du fait que l'accompagnement interne a été sous-évalué.

Outre ces points de comparaison qui éclairent certaines des conditions, un aspect primordial d'un projet de l'ampleur de celui de l'AP-HP est la question du relai interne du portage.

2.2.2. Le portage interne du projet : impliquer la CME pour favoriser la pression des pairs

Comme nous l'avons vu, le processus du CRH dépend principalement de l'implication du chef de service ou responsable médical de structure. Tout changement dans le processus doit être validé et porté par lui pour aboutir. Ni les internes qui changent tous

les six mois, ni les secrétaires médicales n'ont la légitimité suffisante pour imposer des contraintes temporelles et organisationnelles aux autres acteurs.

Si la volonté du changement ne vient pas spontanément du responsable, elle doit lui être imposée par la communauté médicale. Toute intervention uniquement administrative a pour effet de mettre à distance le médecin de ses obligations, et d'enfermer le dialogue dans un débat stérile sur les moyens humains et techniques, ou chaque partie renverra l'autre à son domaine de compétence. Ainsi le médecin demandera des moyens supplémentaires (humains ou logistiques) tandis que le directeur le renverra à l'aspect organisationnel médical du CRH.

Pour parvenir à ce qu'un tel projet aboutisse, il est donc nécessaire d'avoir l'appui de la communauté médicale, et que la CME en particulier s'empare du sujet. Il s'agit donc d'imposer une pression des pairs (« peer pressure »), qui se révèle plus efficace que l'imposition d'une volonté jugée extérieure, celle de la direction administrative.

La pression des pairs « peer pressure » a notamment été étudiée par la sociologie et la théorie économique pour son effet d'entraînement dans les organisations de tailles importantes²⁶, et notamment là où les incitations financières sont faibles, comme c'est le cas à l'hôpital public.

Selon cette théorie des organisations, ce type de structure est sujet à des effets de passager clandestin (free rider). L'agent va essayer de maximiser son utilité à partir de deux éléments : la production qui lui est demandée moins l'effort que cela lui coûte. Le passager clandestin désigne le comportement de celui qui va profiter d'un avantage obtenu ou créé par un autre groupe de personnes et auquel il aura peu ou prou participé.²⁷

Ainsi pour le CRH, si les résultats moyens d'un service ne sont pas trop mauvais, individuellement, certains acteurs (médecins, secrétaires, internes) pourront continuer de ne fournir l'effort suffisant pour respecter le délai des 8 jours, puisque leur action à la marge ne modifie pas les résultats du service.

L'effet « pression des pairs²⁸ » vient contrebalancer la tentation du passager clandestin. La pression que ressent un agent est fonction de ses propres efforts, des efforts fournis

²⁶ Voir en particulier : **Peer Pressure and Partnerships**, Eugene Kandel and Edward P. Lazear, *Journal of Political Economy*, Vol. 100, No. 4 (Aug., 1992), pp. 801-817, The University of Chicago Press

²⁷ Ibid

²⁸ Ibid

par ses pairs et des actions que les pairs pourront entreprendre. A l'équilibre, l'effort fourni sera supérieur à celui qui existerait sans pression des pairs.

Une situation de pression des pairs est efficace lorsque deux conditions sont réunies :

- L'effort d'un agent affecte l'utilité de l'ensemble de la communauté :les pairs ont intérêt à exercer une pression sur cet agent.
- Les pairs doivent pouvoir exercer une influence sur les choix de l'agent.

L'efficacité de la pression des pairs est liée au fait que l'agent va se conduire en toute occasion comme s'il pouvait être jugé par ses pairs, et rechercher leur approbation. Autrement dit, l'individu cherche à être dans la norme du groupe (ce qui signifie également que ceux au-dessus de la norme seront mal considérés : ce sentiment apparaît clairement pour le service ayant réalisé l'EPP, qui se vit aujourd'hui comme desservi du fait qu'il ait été exemplaire sur le sujet). L'agent internalise un sentiment de culpabilité s'il s'éloigne trop de la norme (ici le délai des 8 jours).

La notion de pairs suppose que les individus se sentent liés par une compétence commune et sont capable d'empathie les uns envers les autres. Tel est le cas des médecins, qui dépassent régulièrement les différends entre spécialités (citons la perception des chirurgiens par les médecins et vice-versa) pour un réel sentiment d'appartenance, voire de corporatisme²⁹. Un des effets de la pression des pairs est le développement d'une surveillance mutuelle de la production d'autrui : dans le cas du CRH, les médecins vont regarder entre eux les délais et la longueur des CRH des autres services, en portant un jugement sur la pertinence des informations communiquées.

Sur le groupe hospitalier, c'est cet effet de pression des pairs qui a permis de lancer réellement le projet. Ainsi, la présentation des indicateurs sur le Dossier patient lors de la CME locale a été l'élément déclencheur d'une prise de conscience et d'une volonté d'amélioration de la plupart des médecins : la comparaison des sites avec les autres de l'AP-HP a piqué au vif l'orgueil du président de la CME, qui a ensuite adressé un courrier cosigné avec la Directrice qualité et adressé aux chefs de pôles :

« Nous venons de recevoir les résultats des indicateurs nationaux HAS 2012 (année 2011).

Ces résultats sont catastrophiques pour notre Groupe hospitalier, en dehors du dossier anesthésie. Nous sommes toujours les derniers de l'AP-HP sauf une fois où nous sommes...avant-derniers. Ces critères ne sont pas des critères quantitatifs mais de qualité de prise en charge des patients.

²⁹Les médecins constituent bien un corps, dans la mesure où ils disposent de leur propre système de régulation interne, le Conseil de l'Ordre.

Comme vous le verrez, ces critères ne nécessitent pas d'effectifs médicaux ou paramédicaux supplémentaires mais ont surtout besoin d'un effort de chacun qui doit être mené par le responsable de structure et le cadre du service. »³⁰

Il s'agit donc ici typiquement d'une tentative d'exercer une pression par les pairs sur l'ensemble des acteurs médicaux du Groupe hospitalier. Dès lors, la position de la direction administrative dans un tel projet est donc avant tout un rôle de support, d'accompagnement pratique et de publications des éléments. Comme pour le service d'endocrinologie, le principal atout de la direction est de faire le médiateur et d'objectiver le fonctionnement du service, tout en diffusant les bonnes pratiques observées ailleurs. L'appropriation du projet par les médecins et la seule possibilité de parvenir à des résultats pérennes.

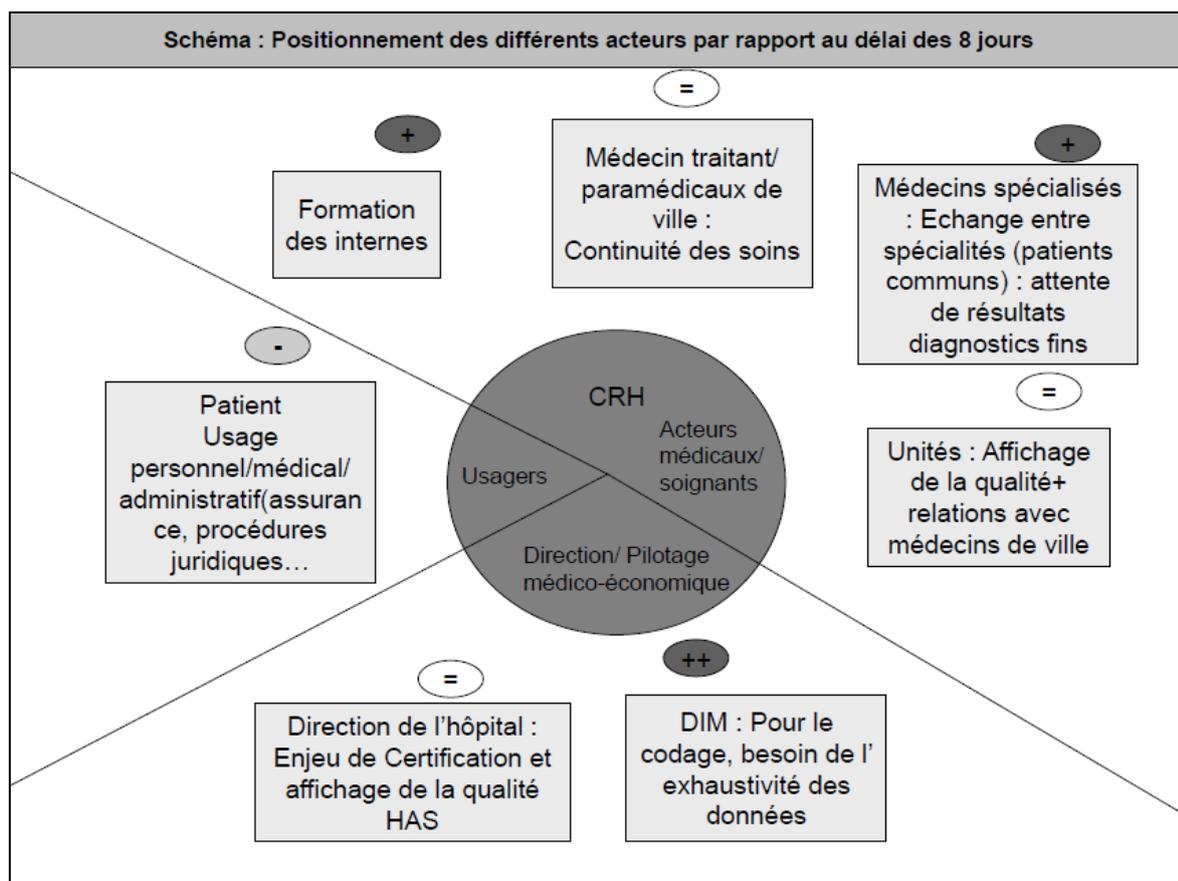
Le système public permettant peu l'incitation financière, l'unique ressort de motivation est alors la publication de classement qui en rendant transparent la bonne ou mauvaise gestion des services et facilitant la mise en place de la fameuse pression des pairs, et entraîne généralement une amélioration des résultats. C'est le système même retenu par la HAS pour la publication des indicateurs IPAQSS qui a fait ses preuves.

2.2.3. Réconcilier les acteurs

Le délai réglementaire des 8 jours d'envoi du CRH, fixé par le législateur est une tentative de concilier les besoins de continuité de soins du patient et médecins traitants avec les impératifs organisationnels des établissements de santé. Avec la venue de nouveaux acteurs qui utilisent également le CRH à des fins diverses (Codage, HAS), le positionnement par rapport à ce délai n'est pas simple, comme le montre le schéma ci-dessous :

³⁰ Courrier du 20 septembre 2012 du président de la CMEL et de la Directrice Qualité à tous les chefs de pôle et cadres de pôle

Fig 10 : Modélisation du positionnement des acteurs par rapport au délai de 8 jours



Nous avons essayé ici de figurer l'ensemble des acteurs gravitant autour du CRH et de montrer leur positionnement « moyen » par rapport au délai (symbolisé par des + , - ou =). Il en ressort que :

- Seulement un acteur aurait réellement intérêt à un délai inférieur à 8 jours, le patient. Celui-ci peut faire pression sur l'hôpital pour que les informations relatives à son état de santé lui soient communiquées au plus vite. Néanmoins, remarquons qu'il est isolé : aussi son poids est relativement faible, et ce malgré la prise en compte croissante de l'avis de l'Usager dans les établissements.
- Trois acteurs agissent dans le sens d'un respect du délai : la direction de l'hôpital, notamment pour l'affichage qualité de l'établissement. Les unités de soins, du moins celles sensibilisées tentent de respecter ce délai : c'est notamment la position des secrétaires qui estiment que c'est un indicateur de professionnalisme. Enfin le médecin traitant, qui a intérêt à récupérer rapidement le CRH, mais qui pour des raisons de solidarité du corps médical ne demandera pas moins que le délai réglementaire, sauf gravité exceptionnelle.

- Enfin, trois acteurs et non des moindres, font pression en sens inverse pour un allongement du délai, qui leur serait plus utile. Il s'agit évidemment des producteurs mais pas seulement. En premier lieu, les internes pour lesquels il s'agit de leur formation, et qui ne veulent pas voir cette obligation comme une contrainte. De plus, passant de services en services, ils attachent moins d'enjeu au respect des délais qui les touchent moins personnellement.
- Les médecins spécialistes de l'hôpital, qui souhaitent un bilan le plus complet possible et auront une préférence pour retarder l'envoi afin de garantir une exhaustivité, notamment des examens complémentaires, tels que anatomo-pathologie ou dosages hormonaux
- Les DIM enfin, même si la facturation prochaine au fil de l'eau devrait changer la donne, ont un intérêt marqué à ce que le CRH dépasse sa fonction pour devenir un résumé complet du dossier médical, ceci afin de faciliter leur mission de codage et de leur éviter une recherche fastidieuse dans les dossiers eux-mêmes. Cette attente est d'autant plus incompatible avec un CRH « allégé » fait dans les temps.

On voit donc qu'au niveau médical stricto sensu, et en particulier hospitalier, les exigences vont davantage dans le sens d'un dépassement du délai. Le CRH étant produit à l'hôpital, il est dès lors évident que les acteurs extérieurs, isolés de surcroît auront plus de difficultés à faire pression sur les médecins hospitaliers pour faire respecter les délais de 8 jours. Le choix de retenir l'indicateur du courrier d'hospitalisation au sein des indicateurs annuels par la HAS peut alors être interprété comme une tentative du régulateur de venir ajouter du poids face aux médecins hospitaliers pour leur faire respecter l'obligation réglementaire.

Pour avancer sur le sujet, il convient donc d'arbitrer entre les attentes des différents acteurs. Une piste de solution intéressante a priori, testée dans le cadre de l'EPP a été de proposer un choix parmi deux versions d'un même CRH, standard et abrégé pour voir si une version abrégée, qui permettrait de mieux respecter les délais était acceptable. Les résultats sont présentés ci-dessous.

2.2.4. Abréger le CRH : des résultats mitigés aux questionnaires

Nous avons dit que le respect des délais était possible à condition d'impliquer la communauté médicale et d'accepter d'interroger les pratiques. Il existe néanmoins une autre piste, à laquelle la communauté hospitalière a évidemment pensé : raccourcir les

CRH, ce qui permet d'intensifier leur réalisation et de suivre ainsi la tendance à la réduction de la Durée moyenne de séjour qui est aujourd'hui une des objectifs majeurs de la maîtrise des dépenses de santé.

Cependant, cette simplification est problématique en termes qualitatifs. Ainsi l'étude menée dans le cadre de ce mémoire avec le Dr Lopez Sublet comportait un volet de choix entre deux versions du CRH : une version standard et une version allégée (voir exemplaires en annexe) qui ont été soumis à un panel de lecteurs médicaux. De manière intéressante, les résultats sont mitigés³¹.

Ainsi, pour chacun des CRH, les médecins interrogés ont été amenés à se prononcer au moyen d'une échelle (voir tableaux ci-après) :

- sur l'utilité de 0 = pas utile, 5= utile à 10=très utile
- sur l'information reçue : de 0 = pas assez d'information, 5=bonne information à 10=trop d'informations
- avant de choisir le CRH qu'ils préféreraient.

Tab 7 : Résultats du questionnaire

Catégorie interrogée	CRH A standard		CRH B abrégé	
	Utilité (échelle)	Information (échelle)	Utilité (échelle)	Information (échelle)
Médecins de ville	8	7.3	8.5	5.58
Médecins hospitaliers	6.41	7.41	7.5	6.1
Internes/résidents	8.08	6.7	8.2	5.08
Moyenne	7	7	8	6

Le CRH B, plus court est jugé plus utile en moyenne, et également plus proche de l'information idéale (échelle 5). Invité à chiffrer en pourcentage l'utilité de chacun des CRH dans leur pratique courante, les médecins ont considéré que le CRH court était préférable :

Tab 8 : Résultats du questionnaire

Catégorie interrogée	% d'Utilité	% Utilité
	CRH A standard	CRH B abrégé
Médecins de ville	72	83
Médecins hospitaliers	67.75	77.08
Internes/résidents	66.70	67
Moyenne	69	76

³¹ Gardons à l'esprit que cette étude est avant tout indicative, et que la taille de l'échantillon ne permet pas une significativité suffisante.

Cependant, invités enfin à choisir parmi les deux celui qu'ils préféreraient, le CRH B ne remportent la préférence que des médecins hospitaliers, les Internes préférant le A, et les médecins de ville étant à égalité entre les deux :

Tab 9 : Résultats du questionnaire

	Préférence	Préférence
Catégorie interrogée	CRH A standard	CRH B abrégé
Médecins de ville	50	50
Médecins hospitaliers	42	58
Internes/résidents	67	33
Moyenne	53	47

Parmi les éléments d'explication, signalons que les internes plébiscitent le CRH standard, plus riche d'informations qui est plus sécurisant pour eux. Les médecins de ville, même s'ils reconnaissent que pour 100% d'entre eux le nombre de pages peut dissuader de lire le CRH (voir résultats détaillés en annexe), semblent partager entre le risque de perdre de l'information et l'avantage d'un CRH plus court.

Les limites statistiques de l'échantillon (12 personnes par catégorie) ne nous permettent pas de tirer d'enseignements significatifs de ce questionnaire sur l'intérêt de mettre en place un CRH plus court. L'étude permet néanmoins de montrer que ce sujet n'est pas univoque et que les médecins sont partagés entre deux exigences difficiles à réconcilier : respecter le délai et fournir l'information adéquate.

CONCLUSION

A travers ce mémoire, nous avons tenté d'analyser comment le déploiement du projet d'amélioration du Compte-rendu d'hospitalisation de l'AP-HP s'effectuait sur le terrain des Groupe Hospitaliers, à travers l'exemple du Groupe Paris Seine-Saint-Denis. Il s'agit avant tout d'un projet de gestion du changement, qui suscite, de la part des acteurs, différentes stratégies de résistance, visant à différer la charge supplémentaire qu'impose ce projet. Nous avons vu que la gouvernance interne et l'association de la communauté médicale étaient des conditions clés de la réussite.

Néanmoins, au-delà de la question managériale, ce projet est la partie émergente d'une réflexion majeure sur le système d'information hospitalier et le partage de données. Nous espérons avoir montré que le non affichage de cet aspect d'un point de vue communication du projet était une source de résistance. En effet, le CRH est aujourd'hui inséparable de la question des moyens informatiques déployés, et à défaut de pouvoir traiter simultanément les deux aspects, il convient de sensibiliser les acteurs et en particulier les pilotes à cet enjeu.

D'autre part, ce projet est à l'interface entre la ville et l'hôpital, la question ne peut se limiter sur la seule partie « producteur » du CRH : il faut trouver une façon d'associer les médecins de ville, afin de connaître leurs attentes. C'est ce que nous avons fait à travers l'envoi du questionnaire, dont les résultats indicatifs invitent à poursuivre l'étude pour savoir ce qui, entre le délai et le contenu, prime pour les médecins de ville.

Cependant, nous avons également montré que l'une des principales erreurs serait de constituer l'hôpital comme une entité unique. Au contraire il s'agit d'une structure complexe, traversée de contradictions et de tensions (entre directions et services, entre services, au sein des services) qui entraîne des résistances organisationnelles fortes. L'un des principaux enjeux de l'amélioration du CRH est de parvenir à sortir d'une vision hospitalo-centrée pour se pencher sur les attentes des partenaires de l'hôpital. Néanmoins, au vu du déséquilibre entre le poids des acteurs intra-hospitaliers et extra-hospitaliers, il s'agit d'un processus de longue haleine. La Direction de l'hôpital joue un rôle clé dans cette prise de conscience : il lui revient de décider du niveau d'importance et de priorisation qu'elle accorde à sa démarche, et de convaincre la communauté médicale de s'y intéresser.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

A-C. Masquelet, *Le raisonnement médical*, Que sais-je ? PUF n°3764, 2006

N. Belorgey, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, Editions La découverte 2010, 329p.

M. Dupont, F. Salaün-Ramalho, *L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*, PUF, Que sais-je ? 128 pages

Michel Crozier, *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, 1963

Articles

Max Weber, La domination légale à direction administrative bureaucratique, 1921, texte originellement paru dans *Economie et Société*

Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites. A.Amar, L.Berthier. Disponible sur : http://www.unice.fr/recemap/contenurevue/Articles/Revue_Recemap13_Amar_Berthier.pdf

Peer Pressure and Partnerships, Eugene Kandel and Edward P. Lazear, *Journal of Political Economy*, Vol. 100, No. 4 (Aug., 1992), pp. 801-817, Disponible sur :

<http://www.jstor.org/stable/2138688>

La continuité des soins en ville après une hospitalisation – Union Régionale des Médecins Libéraux Ile de France 2006

Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation: the key role of information. Micheli P et al 2007

Dr JM Bonder *La sortie d'établissement de santé: enquête de pratique auprès de 109 médecins de soins primaires en Ile de France*

Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? Munday A et al 1997 *Brit J Gen Pract*

Thèses et mémoires

A. Potron, D. Sebag, *Le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'Hôpital*. Thèse 2006 Université Joseph Fourier Faculté de Médecine Grenoble

Dr Marilucy Lopez Sublet, *Le Compte-rendu d'hospitalisation : un enjeu en 2012*, mémoire soutenu en octobre 2012 à l'école de management des médecins hospitalier de l'AP-HP.

Dr A Hauguel *La sortie d'établissement de santé: enquête de pratique auprès de 109 médecins de soins primaires en Ile de France*

Rapports

Alice Jaffré - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2012

HAS, évaluation des pratiques professionnelles, *Rapport de l'expérimentation nationale audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé*, Juin 2006

A. Valeyre, Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation, Centre d'études de l'emploi, document de travail No 73, novembre 2006.

Documents internes AP-HP

AP-HP, Direction de la politique médicale, *Enquête Saphora, Evolution des résultats entre 2001 et 2010*

Synthèse annuelle des rapports des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), Année 2010, AP-HP, Direction du Service aux Patients et de la Communication, Département des Droits du Patient et des Associations
Cahier Des Clauses Administratives Particulières et Cahier des clauses techniques particulières n° 11/117 du 01/04/2011

Sites internet

Site de l'AP-HP : <http://www.aphp.fr/>

Les indicateurs HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipagss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
<http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.htm>

Textes législatifs

Code de la santé publique - Article R1112-2 - la composition réglementaire du dossier médical

Liste des annexes

1. Liste des Figures et Tableaux
2. Liste des personnes rencontrées et exemples de grilles d'entretiens
3. Méthodologie du questionnaire
4. Questionnaires envoyés aux médecins de villes, internes et médecins spécialistes
5. Reproduction des CRH A (standard) /et B (allégés) entre lesquels les personnes interrogées été invitées à choisir
6. Résultats détaillés des questionnaires

1. Liste des figures et tableaux présentés

Fig 1 : Evaluation de l'importance des rubriques du CRH en fonction du type d'exercice.

Fig 2 : Evolution des scores de satisfaction des patients depuis 2011

Tab 1 : Demandes de dossiers médicaux du groupe hospitalier:

Fig 3: Evaluation de l'importance des rubriques du CRH par les médecins généralistes

Tab 2 : Les différents indicateurs IPAQSS obligatoires et publics :

Tableau 3 : Comparaison de l'AP-HP à la moyenne nationale et position par rapport au seuil de 80% pour le CRH en MCO (Indicateurs nationaux HAS 2012 (Audits 2012-Données 2011))

Fig 4 : Positionnement des sites de l'AP-HP par rapport à l'indicateur Courrier de fin d'hospitalisation

Tableau 4 : Détail du délai d'envoi du courrier d'hospitalisation hôpital Avicenne

Fig 5: le projet de Dossier Hospitalier patient de l'AP-HP (source : dossier de presse AP-HP)

Tab 5 : Moyenne des taux d'exhaustivité (CRH présent sur Mediweb) et des délais de mise du CRH sur Mediweb par site du Groupe hospitalier

Tab 6 : Moyenne des taux d'exhaustivité (CRH présent sur Mediweb) et des délais de mise du CRH sur Mediweb par pôles

Fig 6 : Possibilités d'utilisation des outils de recueil et du logiciel et conséquences sur entités.

Fig 7 : Le circuit du CRH, service d'endocrinologie

Fig 8 : délais moyen d'envoi des CRH en jours de mai à aout, service de médecine interne

Fig 9 : Délais moyens des étapes de l'élaboration du CRH (en nb de jours)

Fig 10 : Modélisation du positionnement des acteurs par rapport au délai de 8 jours

Tab 7,8,9 : Résultats du questionnaire

2. Personnes rencontrées et principales questions posées

Tatiana Tofanciuc: Consultante GE qui a fait le projet pilote sur Avicenne

Dr Lopez Sublet et Pr Mourad : médecins auteurs de l'EPP sur le CRH de 2007-
Responsable d'unité Aval des Urgences et Médecine interne

Pr Wind : Chef de service Chirurgie Digestive

Pr Cohen : Président de la CMEL

Pr Valensi : Chef de service endocrinologie

Pr Cosson : PU-PH service d'endocrinologie

Dr Sophie Baron, DIM Avicenne

Thomas Phuong : TIM Avicenne

Jean Tardy : DIM Jean-Verdier

Sylvie Bellevigne : TIM Jean-Verdier

Jean-Michel Kempf : Service informatique Jean-Verdier

Sébastien Gougnard : Service informatique René Muret

Pr Barrat : Chef de Pôle activité interventionnelles, ambulatoires et nutritionnelles

Secrétaires du services d'endocrinologie

Dr Anne Borgne : Chef de service addictologie René Muret

Sébastien Gougnard : Service informatique René Muret

Patricia Martin : Secrétariat Médecine Interne

Brigitte Woillez : cadre paramédical de pôle Pôles activités Cancérologiques Spécialisées

Corinne Vilain : cadre administratif de pôle

Principales questions posées (services):

Connaissez-vous le délai d'envoi du CRH ? Selon vous, comment votre service se situe-t-il par rapport à ce délai ? Quelles sont vos difficultés pour parvenir à ce délai ?

Quels sont les principales étapes du CRH dans votre service? Qui le dicte ? Le frappe ? Le valide ? Quels supports utilisez-vous ? Avez-vous mis en place des éléments de suivi des CRH faits et non faits ?

Une fois qu'ils sont validés, qui a accès à vos CRH ? Savez-vous si vos CRH sont accessibles sur Mediweb ?

Principales questions posées (informatique-DIM)

Sur votre site, quels sont les outils de recueil utilisés ? Les Services connaissent-ils la différence entre les outils de recueil et Mediweb ?

La bascule du CRH sur Mediweb est-elle automatisée ? L'outil de recueil permet-il de créer des maquettes selon les souhaits des services ?

Avez-vous mis en place des indicateurs de suivi du taux de bascule dans Mediweb ? Pouvez-vous connaître le nombre de patients sortis pour lesquels le CRH n'est pas fait sous 8 jours ?

3. Méthodologie : le questionnaire

Ce questionnaire a été conçu par le Dr Lopez Sublet, Aval des urgences d'Avicenne et un de ses collègues de St Antoine. Dans un premier temps, il a été administré à :

- 12 médecins de ville, ayant des patients en commun ou non avec les services hospitaliers. Ces médecins étaient invités à retourner le questionnaire rempli au service de l'hôpital. En parallèle, 12 patients acceptaient de faire l'objet de deux types de CRH, le A (standard) et le B (court), à partir desquels les médecins traitant évaluait le service rendu par chacun de ces CRH.

Dans un deuxième temps, ce questionnaire a été soumis à :

- 12 médecins spécialistes hospitaliers
- 12 internes/résidents (Les internes sont destinés à faire une spécialité, tandis qu'on appelle « résidents » ceux qui s'orientent vers la médecine généraliste)

Dans le cadre de cette enquête, il s'agissait de clarifier les attentes des médecins vis-à-vis du CRH, notamment l'importance qu'ils attachaient à chacun des motifs de celui-ci, et de leur demander leur préférence entre deux types de CRH : un CRH long A et un CRH court B.

Les résultats ont été analysés sous Excel (voir ci-dessous).

4. QUESTIONNAIRE

- A. Ancienneté d'exercice de la spécialité ? _____
- B. Pôle (facultatif) et/ou spécialité concernée ? _____
- C. Vous êtes un homme ou une femme ? H F
- D. Habituellement recevez-vous à temps le CRH (< 8 jours après la sortie du patient) ?
O N
- E. Que faites vous du CRH une fois lu ?
 Scanné Résumé informatisé Classé dans un dossier papier Poubelle Autre
- F. Etes-vous informatisés dans votre service ? O N
- G. Merci de cocher le degré d'importance que vous attachez à la lecture des items suivants faisant partis du CRH :
- Le motif d'hospitalisation
 - Très important Important peu important sans importance
 - Les antécédents médico-chirurgicaux
 - Très important Important peu important sans importance
 - Les antécédents familiaux
 - Très important Important peu important sans importance
 - Le mode de vie
 - Très important Important peu important sans importance
 - Le traitement à l'entrée
 - Très important Important peu important sans importance
 - L'histoire de la maladie
 - Très important Important peu important sans importance
 - L'examen clinique à l'arrivée
 - Très important Important peu important sans importance
 - Les hypothèses diagnostiques initiales
 - Très important Important peu important sans importance
 - Les examens complémentaires réalisés
 - Très important Important peu important sans importance
 - L'évolution dans le service
 - Très important Important peu important sans importance
 - La conclusion
 - Très important Important peu important sans importance
 - Le traitement de sortie
 - Très important Important peu important sans importance
 - Le suivi ultérieur
 - Très important Important peu important sans importance

H. CONCERNANT LE CRH A

Pensez-vous que la totalité de l'information contenue dans le CRH A est globalement utile ?

UTILITE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas utile du tout									Très utile	
INFORMATION										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas assez d'informations									Trop	
d'informations										

I. CONCERNANT LE **CRH B**

Entourez le chiffre qui correspond le plus à votre niveau de satisfaction ?

UTILITE										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas utile du tout									Très utile	
INFORMATION										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas assez d'informations									Trop	
d'informations										

J. Quel pourcentage d'informations contenues dans le **CRH A** vous est utile dans votre pratique quotidienne ?

0 %	25 %	50 %	75%	100%
-----	------	------	-----	------

K. Quel pourcentage d'informations contenues dans le **CRH B** vous est utile dans votre pratique quotidienne ?

0 %	25 %	50 %	75%	100%
-----	------	------	-----	------

L. Quel CRH vous convient le plus : A B

M. Le nombre de pages du CRH est-il un élément qui vous dissuade de lire la totalité du CRH ?
Si oui quelle partie lisez-vous ?

5. Choix proposé entre les deux CRH A (standard) et B (court)

CRH A standard (Nota : le CRH A fait une 10aine de page : nous avons ici supprimé les espaces pour une meilleure lecture. De plus, les deux CRH sont accompagné d'un tableau de synthèse des examens biologiques et complémentaires de 3 pages que nous ne reproduirons pas ici)

Centre Hospitalo-Universitaire Avicenne

Pôle Médecine Spécialisée et Vieillessement

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Service du Professeur Robin DHOTE

Unité d'aval des urgences - Dr M. LOPEZ-SUBLET

Secrétariat 01-48-95-53-91, Service 01-48-95-53-95

Concernant M _____, né e) le

Demeurant :

Tél :

Hospitalisation du ____/____/____ au ____/____/____

Responsable :

Fait par le Docteur _____, interne

Dicté le

Transcrit par _____, secrétaire, le

Relu et envoyé le :

Compte rendu adressé au patient : oui non

DESTINATAIRES :

Avis :

MOTIF D'HOSPITALISATION :

MODE DE VIE :

Tabac : oui non Autonomie : oui non

Alcool : oui non Famille présente : oui non

Vaccin : Antipneumocoque Antigrippal

RESUME DES ANTECEDENTS :

- Médicaux :

- Chirurgicaux :

- Familiaux :

TRAITEMENT A L'ENTREE :

Nom	Posologie	Depuis
-----	-----------	--------

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Aux urgences : TA= / mmHg, FC= /min, Température °C= , HGT= g/l, saturation (AA) = %

- examen clinique :
- examens complémentaires :
- prise en charge :

La(le) patient(e) est transféré(e) dans le service le

EXAMEN CLINIQUE :

Hémodynamique stable

Etat général : bon altéré

Poids = kg, taille = m

TA= / mmHg, FC= /min, °C= , saturation (AA) = % (Gazométrie artérielle en air ambiant : PO2 : mmHg, PCO2 : mmHg, pH 7, , HCO3- : mmol/l, lactates mmol/l)

Examen cardiovasculaire :

- douleurs thoraciques , dyspnée d'effort , palpitations
- bruits du cœur :
- signes d'insuffisance cardiaque gauche/droite
- turgescence jugulaire Reflux hépatojugulaire
- claudication intermittente
- pouls périphériques : pédieux tibial postérieur
- souffles carotidien, fémoral, abdominal
- signes de phlébite OMI Mollets souples et indolores Signes de Homans

Examen pulmonaire :

- hippocratisme digital, cyanose, irritabilité/agitation, sueurs
- dyspnée , toux , expectorations
- auscultation pulmonaire :

Examen abdominal :

- nausées, vomissements, reflux gastro-oesophagien, trouble du transit
- abdomen souple, indolore, sans masse palpable, pas d'hépatosplénomégalie, BHA +
- orifices herniaires libres

Examen uro-néphrologique :

- signes fonctionnels urinaires
- contact lombaire
- BU :

Examen neurologique :

- Glasgow à 15
- DTS :
- Céphalées , vertiges
- déficit sensitivomoteur :
- paires crâniennes
- ROT , RCP
- syndrome pyramidal , syndrome extrapyramidal , syndrome cérébelleux
- Signe de Babinsky

Examen cutané :

- troubles trophiques
- état bucco-dentaire

Examen rhumatologique :

Aires ganglionnaires :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

ECG :

Examens biologiques (voir tableau en annexe) :

CRH B « court »

Centre Hospitalo-Universitaire Avicenne

Pôle Médecine Spécialisée et Vieillesse

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Service du Professeur Robin DHOTE

Unité de Médecine Interne – HTA du Professeur Jean-Jacques MOURAD

Secrétariat 01-48-95-51-49 - Service 01-48-95-51-45

Concernant M _____, né (e) le _____

Demeurant :

Tél :

Hospitalisation au _____

Responsable : Compte rendu adressé au patient : oui non

Fait par : _____ (Interne), le _____ Relu et envoyé le _____

Signature :

MOTIF D'HOSPITALISATION :

PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION :

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

(**Examens biologiques à la sortie** - tableau en annexe) :

Imagerie

DIAGNOSTICS RETENUS :

TRAITEMENT DE SORTIE :

SUIVI ULTERIEUR :

Destination et mode de sortie :

Arrêt de travail	oui	non
Transfusion de produits sanguins	oui	non
Vaccin anti-pneumococcique	oui	non
Vaccin anti-grippal	oui	non
Infection nosocomiale ou BMR	oui	non
Patient informé de son diagnostic	oui	non
Entourage informé du diagnostic du patient	oui	non
Patient inclus dans un essai clinique	oui	non
Déclaration d'un incident de vigilance pendant le séjour	oui	non
Dispositifs médicaux implantés pendant le séjour	oui	non
Maladie à déclaration obligatoire	oui	non

6. Résultats détaillés des questionnaires :

1) Médecins spécialistes

Taille échantillon : 12 (5 Femmes, 7 Hommes)

Ancienneté dans la spécialité :

Médiane 8,5
Moyenne 10,58333333
Max 30
Min 2

1) en tant que Lecteur

Lecteur que fait avec CRH (1=archivage,2=poubelle,3=autre)	archivage	poubelle	autre	total
Nombre	10	1	1	12
%	83%	8%	8%	

Importance des Items	1 très important	2=important	3=peu important	4=sans importance	Moyenne pondérée
code	1	2	3	4	
Motif d'hospitalisation	10	2	0	0	1,17
Antécédents	5	6	1	0	1,67
Atc famille	1	2	8	1	2,75
Mode vie	4	4	2	2	2,17
Traitement entrée	8	3	1	0	1,42
HDM	8	4	0	0	1,33
Ex clinique	3	6	3	0	2,00
Ho diagn initiales	1	3	6	2	2,75
Ex complémentaires	7	5	0	0	1,42
Evolution	4	6	1	1	1,92
Tt de sortie	12	0	0	0	1,00
Conclusion	11	1	0	0	1,08

Nb de pages vous dissuade de lire		
	O	N
	8	4
%	67%	33%

2) En tant que rédacteur

Respect Délai des 8 jours	O	N
Comme rédacteur	9	3
	75%	25%

Rédacteur informatisé (1=oui, 2=non)	O	N	total
	12	0	12
Fait sur ordinateur	9	3	12

Comme rédacteur, Cochez si compléter ou corriger chacun de ces items retarde la réalisation de votre CRH ?			
	O	N	Moyenne pondérée
Motif d'hospitalisation	0	12	2,00
Antécédents	3	9	1,75
Atc famille	2	10	1,83
Mode vie	5	7	1,58
Traitement entrée	3	9	1,75

HDM	4	8	1,67
Ex clinique	2	10	1,83
Ho diagn initiales	2	10	1,83
Ex complementaires	7	5	1,42
Evolution	6	6	1,50
Tt de sortie	2	10	1,83
Conclusion	1	11	1,92

Pensez au nb pages pour abréger la faisabilité (1= oui, 2=non)	O	N
	9	3
%	75%	25%

3) Préférence entre les CRH

Choix entre CRH			
CRH A standard	Utilité	Information	Pourcentage (d'info utiles)
Moyenne	6,41667	7,41667	68,75
Médiane	6,5	7,5	62,5
Max	10	10	100
Min	2	4	50

Crh B court	Utilité	Information	pourcentage
Moyenne	7,5	6,16667	77,08333
Médiane	8	6,09091	75
Max	10	6,4	100
Min	4	6,55556	50

Préférence		%
CRH A	5	42%
CRH B	7	58%

2) Résultats détaillés Internes/ Résidents

Taille de l'échantillon : 12 (9 femmes, 3 hommes)

Ancienneté dans la spécialité (mois)	
Médiane	12,0
Moyenne	19,8
Max	70,0
Min	6,0

1) En tant que lecteur

Importance des Items	1 très important	2=important	3=peu important	4=sans importance	Moyenne pondérée
code	1	2	3	4	
Motif d'hospitalisation	9	3	0	0	1,25
Antécédents	10	2	0	0	1,17
Atc famille	1	5	5	1	2,50
Mode vie	3	8	1	0	1,83
Traitement entrée	10	1	1	0	1,25
HDM	10	2	0	0	1,17
Ex clinique	3	6	3	0	2,00
Ho diagn initiales	1	2	9	0	2,67

Ex complémentaires	6	6	0	0	1,50
Evolution	7	4	1	0	1,50
Tt de sortie	12	0	0	0	1,00
Conclusion	9	3	0	0	1,25

Nb de pages vous dissuade-t-il de lire le CRH ?	
O	N
8	4
67%	33%

2) En tant que rédacteur

Respect du Délai des 8 jours	O	N
Comme rédacteur	5	7
	42%	58%
Rédacteur informatisé	7	0
Fait sur ordinateur	1	11

Comme rédacteur, Cochez si compléter ou corriger chacun de ces items retarde la réalisation de votre CRH ?

	O	N	Moyenne pondérée
Motif d'hospitalisation	1	11	1,92
Antécédents	2	10	1,83
Atc famille	3	9	1,75
Mode vie	4	8	1,67
Traitement entrée	5	7	1,58
HDM	5	7	1,58
Ex clinique	2	10	1,83
Ho diagn initiales	2	10	1,83
Ex complémentaires	6	6	1,50
Evolution	6	6	1,50
Tt de sortie	1	11	1,92
Conclusion	5	7	1,58

3° Préférence entre les 2 CRH

CRH A standard	Utilité	Information	pourcentage
Moyenne	8,083333333	6,66667	66,66667
Médiane	8,5	7	75
Max	10	9	100
Min	5	5	50

Crh B court	Utilité	Information	pourcentage
Moyenne	8,166666667	5,08333	79,16667
Médiane	8	5,09091	75
Max	10	4,8	100
Min	6	4,66667	50

Préférence		%
CRH A	8	67%
CRH B	4	33%

3° Résultats détaillés : Médecins généralistes

Taille échantillon : 12 (6 femmes, 6 hommes)

Ancienneté dans la spécialité (années)	
Médiane	25,5
Moyenne	24,1666667
Max	37
Min	6

1) En tant que lecteur

Lecteur		
Délai des 8 jours	O	N
(réception)	1	11

Lecteur que fait avec CRH (1=archivage,2=poubelle,3=autre)	archivage	poubelle	autre
	8	1	0
%	89%	11%	0%

Importance des Items	1 très important	2=important	3=peu important	4=sans importance	Moyenne pondérée
code	1	2	3	4	
Motif d'hospitalisation	9	3	0	0	1,25
Antécédents	2	5	4	1	2,33
Atc famille	0	7	4	1	2,50
Mode vie	0	6	2	4	2,83
Traitement entrée	3	3	4	2	2,42
HDM	7	5	0	0	1,42
Ex clinique	7	4	1	0	1,50
Ho diagn initiales	3	7	1	1	2,00
Ex complémentaires	8	2	2	0	1,50
Evolution	4	8	0	0	1,67
Conclusion	12	0	0	0	1,00
Tt de sortie	11	1	0	0	1,08
Suivi ult	7	4	1	0	1,50

2° Préférence entre les 2 CRH

CRH A standard	Utilité	Information	pourcentage
Moyenne	8,08333333	7,33333	72,91666667
Médiane	9	7,5	75
Max	10	10	100
Min	3	5	50
Crh B court	Utilité	Information	pourcentage
Moyenne	8,25	5,58333	83,33333333
Médiane	8	5	87,5
Max	10	9	100
Min	5	2	50

Préférence		%
CRH A	6	50%
CRH B	6	50%

Le nombre de pages du CRH est-il un élément qui vous dissuade de lire la totalité du CRH ? 12 oui, 0 Non

JAFFRÉ

Alice

Novembre 2012

Elève Directeur d'hôpital
Promotion 2011-2013

Améliorer le compte-rendu d'hospitalisation :
*Le déploiement d'un projet prioritaire de l'AP-HP au sein des Hôpitaux
Universitaires Paris Seine-Saint-Denis*

Résumé :

A partir d'un des seize projets prioritaires de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris sur l'amélioration de la sortie et en particulier le sujet du Compte-rendu d'hospitalisation, ce mémoire analyse les difficultés et solutions d'un des groupes hospitalier pilote, les Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis.

A partir de l'observation et de la participation à ce projet, et sur la base d'un questionnaire envoyé à 36 médecins de différentes spécialités, le mémoire examine les contraintes particulières des hôpitaux dans la production des comptes rendus d'hospitalisation qui doivent être envoyés dans un délai de huit jours aux médecins traitants.

A travers les situations et exemples de différents services, il s'interroge sur les raisons des résistances au changement rencontrées et sur les marges de manœuvre d'un tel projet. Le mémoire analyse quels sont les différents acteurs mobilisés pour la production du Compte-rendu d'hospitalisation et compare leur attentes aux utilisateurs de ce compte-rendu : médecins de ville, mais aussi département d'information médicale, médecins spécialisés et autorités de tutelle.

Parmi cette analyse des difficultés organisationnelles et opérationnelles du déploiement du projet, une place particulière est réservée à la question des systèmes d'information hospitaliers ainsi qu'au recours à des cabinets de consultants.

La comparaison entre les résistances rencontrées sur le terrain et l'expérience réussie d'un pôle de l'hôpital sur le sujet permet de formuler des propositions et recommandations concrètes pour le portage interne d'un tel projet.

Mots clés :

Compte-rendu d'hospitalisation – conduite du changement – projet prioritaire – Assistance-publique Hôpitaux de Paris - pilotage de projet- système d'information hospitalier – ORBIS – Relations ville-hôpital -codage

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.