



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2006

**Le management des processus :
Une méthode de gestion des
dysfonctionnements aux interfaces**

Joëlle ROUET

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux intervenants et enseignants de l'École Nationale de Santé Publique dont les enseignements m'ont permis de me préparer à ma nouvelle fonction.

Je tiens à remercier également tous ceux qui ont accepté de répondre à mes questions et qui m'ont ainsi apporté leur aide et leur soutien.

Enfin, merci à mes proches pour leur accompagnement tout au long de ce projet.

A Bruno, Célia et Mathieu

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'hôpital un monde complexe :	4
1.1 Le concept de complexité.....	4
1.2 La complexité à l'hôpital	4
1.3 La transversalité dans l'organisation de l'hôpital	5
1.4 Des processus à l'organisation transversale.....	6
1.4.1 Le processus de quoi s'agit-il ? :.....	7
1.4.2 Les différents types de processus :	8
1.5 L'interface entre les processus	9
1.5.1 L'enjeu des interfaces entre les processus :.....	10
1.5.2 La complémentarité des processus :	10
1.5.3 La relation client fournisseur :	10
1.6 Les sources de la non qualité.....	11
1.6.1 Le cloisonnement à l'hôpital :	12
1.7 Le management des processus	14
1.7.1 Le pilotage par processus part de deux constats :	14
1.7.2 Les modalités d'intégration	15
1.7.3 La maîtrise des processus :	15
1.7.4 La culture positive de l'erreur.....	16
1.8 Réflexions sur l'organisation du travail.....	18
1.8.1 La transversalité : une plus value	18
1.8.2 Les mécanismes de coordination formels :	20
1.8.3 Le rendement de l'organisation :	21
1.8.4 Un nécessaire changement :	21
2 L'enquête DE TERRAIN : l'interface service de soins - imagerie médicale.....	22
2.1 Le manuel d'accréditation :	23
2.2 Méthodologie de recherche :	24
2.3 Analyse des résultats :	25

2.3.1 Le cloisonnement entre les unités de soins et d'imagerie médicale :	25
2.3.2 Une gestion des interfaces peu développée :	31
2.3.3 L'évaluation de la satisfaction :	35
2.3.4 La représentation identitaire des professionnels :	36
2.3.5 La recherche de solutions aux dysfonctionnements n'est pas gérée transversalement :	37
2.4 Synthèse de l'étude :	37
3 LE DIRECTEUR DES SOINS ET LA GESTION DES INTERFACES.....	39
3.1 Des préconisations au niveau opérationnel à partir des résultats de l'enquête :	40
3.1.1 Favoriser, développer les temps d'échange entre les professionnels :	40
3.1.2 Le poste de liaison :	41
3.1.3 Le groupe de projet :	41
3.1.4 La mise en place d'une commission de relations imagerie/services de soins :	42
3.2 Des préconisations au niveau stratégique :	44
3.2.1 La gestion par processus : une approche systémique favorable à plus de transversalité	44
3.2.2 Les préalables à la mise en place d'une gestion par processus	47
3.2.3 La gestion des interfaces Imagerie /SAU à l'hôpital Saint Roch	49
Conclusion	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	Erreur ! Signet non défini.

Liste des sigles utilisés

AFPPE : Association française du personnel paramédical d'électroradiologie

ANAES : Agence nationale d'accréditation en santé

APHM : Assistance publique hôpitaux de Marseille

ASH : Agent de service hospitalier

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

DIP : Droit et information du patient

DPA : Dossier du patient

EPS : Etablissement public de santé

HAS : Haute autorité en santé

IRM : Imagerie par résonance magnétique

O P C : Organisation de la prise en charge

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

S A U : Service d'accueil des urgences

T2A : Tarification à l'activité

US : Unité de soins

UI : Unité d'imagerie

INTRODUCTION

Ce qui m'a toujours intéressée dans les différents hôpitaux où j'ai travaillé, petits ou grands, c'est l'organisation du travail. En effet je pense que c'est par des actions sur ces organisations que nous pouvons améliorer, optimiser le service rendu au patient, à l'utilisateur, c'est aussi par ce biais que l'on peut donner du sens au travail des différents acteurs.

Mais, à chaque fois que j'ai voulu entreprendre des actions d'amélioration dans l'organisation du travail, je me suis rapidement rendu compte qu'il fallait sortir du cadre, sortir des murs de « mon service ». Nous sommes dans des univers à la fois complexes et cloisonnés peuplés d'hyperspécialistes au service de la santé de l'Homme. Pourquoi complexes ? Parce que l'hôpital est un tout qui comprend, une multitude de services, d'unités, interconnectées ou reliées mutuellement. Or, ces parties ne sont pas toujours interconnectées ou reliées, nous restons dans la séparation, nous refusons de voir l'organisation du travail qui rompt avec le principe de séparation puisque la connaissance des parties ne suffit pas pour connaître le tout, nous pourrions citer Pascal « *toutes choses étant causées ou causantes, aidées ou aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties* »¹.

Ce qui aujourd'hui, pose problème à nos organisations, ce qui nous rend peu efficient, c'est le manque de connections, de communication, de liens entre les unités, à l'intérieur des unités d'où des dysfonctionnements dans la prise en charge transversale des patients. Pourquoi transversale ? Il y a l'idée de parcours, d'un cheminement avec une entrée et une sortie, un « input » et un « output » dirait-on en informatique, où chaque acteur, chaque corps de métier, apporte le meilleur de sa compétence sans véritablement suivre un principe organisationnel global. Le manque de régulation conduit chaque équipe à remplir sa mission de manière cloisonnée et à s'inscrire avant tout dans une logique de métier et non pas une logique de service rendu, de client, de fournisseur. La coordination entre les acteurs est faible, or le patient au cours de son séjour à l'hôpital où la durée moyenne de séjour ne cesse de diminuer peut perdre beaucoup de temps.

¹ Blaise Pascal, Pensées (199 ou 72 ou 9). Le Moigne J-L « Comprendre la complexité dans les organisations de soins » Aspeps, 1997, p 15.

Mon parcours professionnel m'amène à penser que dans nos hôpitaux on peut prendre soin des patients, produire un service de qualité, en organisant le travail des différents acteurs d'une façon plus rationnelle qu'elle ne l'est aujourd'hui. Il faudrait s'intéresser aux interfaces, aux zones sensibles et plus particulièrement aux interfaces entre les services de soins et les service prestataires.

Comment peut-on coordonner, réguler, créer du lien entre les différents acteurs participant au processus de production de soins ?. Nous sommes bien dans un processus transversal, le processus étant « *un ensemble d'activités reliées entre elles par des flux d'information ou de matière porteuse d'information, significatif et qui se combinent pour fournir un produit matériel ou immatériel important et bien défini* ». ² Il ne faut plus voir le processus de production comme les voyait Ford ou Taylor en une décomposition des activités productives en opérations élémentaires simples et indépendantes les unes des autres, mais plutôt avec la vision du toyotisme qui impose une vision globale des processus de production englobant en amont les processus d'approvisionnement et, en aval, ceux de distribution et des services aux clients. Chaque opération est liée à celle qui la suit dans une relation de fournisseurs à client. La coordination, la régulation fait appel à plusieurs moyens que l'on peut appeler mécanismes de coordination, « *cinq mécanismes de coordination paraissent suffisants pour expliquer les moyens fondamentaux par lesquels les organisations coordonnent leur travail : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des produits et la standardisation des qualifications. On peut les considérer comme des éléments fondamentaux de la structure, la colle qui maintient les parties de l'organisation* ». ³

L'évolution de la démarche qualité à travers les référentiels de l'HAS, met bien en évidence le passage d'une vision fonctionnelle à une approche plurifonctionnelle ou transversale à un management des processus, où le Directeur des Soins est le garant de la qualité et de la coordination des acteurs chargés des activités de soins.

Ces réflexions nous amènent à nous demander pourquoi il existe des dysfonctionnements entre les prescripteurs, et les fournisseurs , les prestataires de services. Plusieurs hypothèses ont été émises :

- l'hôpital est une organisation complexe
- le cloisonnement des unités est à l'origine des dysfonctionnements
- les interfaces sont peu gérées

² Lorino Ph. , « le déploiement de la valeur par les processus » Revue française de gestion juin juillet-août 1995 p 55

³ Mintzberg H., « Structure et dynamique des organisations » éditions d'organisation 2005 p 19

- les recherches de solutions aux problèmes ne sont pas gérés transversalement.

Travailler sur ces questions est pour moi, en tant que futur Directeur des Soins, une façon de montrer ma volonté de participer au décloisonnement d'une organisation telle que l'hôpital, de redonner du sens au travail des différents acteurs dans un environnement en mutation où la qualité de la prise en charge transversale des patients est un enjeu pour nos institutions.

Dans une première partie à partir des recherches bibliographiques, je m'attacherai à montrer en quoi l'hôpital est une organisation complexe où les processus de production de soins ont des zones sensibles, les interfaces. Je montrerai aussi en quoi le management des processus, l'intérêt porté aux interfaces, à la coordination des différents acteurs permet de faire des gains, de créer de la valeur ajoutée, d'améliorer la qualité et d'optimiser les prestations de soins délivrées aux patients.

Dans une deuxième partie, à partir des enquêtes de terrain, des entretiens portant sur les interfaces entre les services de soins et les services d'imagerie, nous verrons à travers les relations, les modes de régulation entre ces unités, les difficultés rencontrées et les dysfonctionnements.

Une troisième partie orientée sur des préconisations, à partir d'une expérience de terrain orientée sur un axe stratégique tel que la gestion des processus sur l'interface imagerie et SAU.

1 L'HOPITAL UN MONDE COMPLEXE :

Avant de s'intéresser à la complexité du monde hospitalier, il paraît essentiel de définir ce qu'est la complexité.

1.1 Le concept de complexité

Selon Edgar Morin, la complexité c'est la relation. Le sens profond du mot *complexus* veut dire « tissé ensemble ». C'est aussi l'incertitude dans la connaissance, et, un affrontement de notions que l'on doit associer alors qu'elles semblent contradictoires c'est-à-dire les problèmes logiques.

Or, depuis plus d'un siècle et demi nous avons été formé au raisonnement analytique, à découper, à décomposer, pour comprendre, puis, tout recomposer pour maîtriser. mais nous devrions plutôt nous demander « ça fait quoi ? dans quoi ? pourquoi ? et ça devient quoi ? » et « que voudrais-je que cela fasse ? »⁴.

En effet l'analyse, s'oppose à l'approche globale des interactions de la systémique, qui recommande au contraire de lier entre elles les composantes d'un système et de savoir les appréhender dans la globalité de leurs interactions, ou encore d'articuler les parties au tout, sous peine de dénaturer le sens général du système.

On peut donc établir un lien entre complexité et incertitude, perte de repères, surcharge et déficit d'informations.

La complexité est un défi, nous devons y répondre par l'articulation des parties au tout, il faut donc apprendre à gérer cette complexité et non pas la nier.

1.2 La complexité à l'hôpital

Cette notion de complexité apparaît au quotidien dans nos établissements de santé du fait de la multiplicité de nouveaux textes de la part du législateur, du fait de l'évolution

⁴ Le Moigne J-L. « Comprendre la complexité dans les organisations de Soins » Aspeps Edition 1997 p23 et 24.

des attentes des patients, du fait du positionnement des personnels qui se situent davantage en acteur ; du fait aussi de la nécessité de gérer les ressources avec efficacité, efficience ; et du fait de l'évolution des règles de fonctionnement. C'est aussi le fait que les malades soient à la fois des objets et des personnes, or notre raisonnement analytique et notre refus de voir la complexité, notre tendance à morceler nous fait oublier que le malade est avant tout une personne.

L'hôpital évolue dans un environnement contraignant où il a du s'adapter aux découvertes médicales, aux évolutions technologiques, aux progrès scientifiques. L'exigence de qualité s'exprime dans tous les domaines d'activité de l'hôpital à travers la gestion des risques, le respect des droits du malade, la qualité des prestations ; celle-ci a contribué à l'émergence de normes nécessaires à l'efficience des soins prodigués aux patients. L'organisation qui en résulte est donc soumise à l'influences des besoins exprimés par la société. Elle est un complexe d'opérations ou encore « un cocktail d'ordre et de désordre » selon Edgar Morin, qui « rompt avec le principe de séparation puisque la connaissance des parties ne suffit pas pour connaître le tout »⁵, une somme d'actes réalisés par des acteurs aux métiers différents mais bien souvent complémentaires. Or, on a créé des disciplines compartimentées et fermées, des services, des unités, des corporations, alors que la plupart des grands problèmes sont transversaux. Le problème c'est que l'hôpital a des difficultés à comprendre la complexité des problématiques de soins, car, on a toujours essayé de régler les problèmes en raisonnant service par service en refusant de voir les liens entre ceux-ci, entre les acteurs. C'est le « **triomphe de la déliaison** »⁶ de la non articulation des parties au tout, au détriment de la reliance, qui, elle suppose, humanité et solidarité.

Nous allons donc nous intéresser à la transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus.

1.3 La transversalité dans l'organisation de l'hôpital

La transversalité dans le travail peut-être définie par opposition à une forme verticale d'organisation du travail, telle celle proposée par le Taylorisme, Fordisme, qui impose une division stricte des tâches. Dans l'environnement actuel des entreprises, des hôpitaux, la qualité, la compression du temps sont devenus des facteurs importants de

⁵ Morin E. « Comprendre la complexité des organisations de soins » Aspeps éditions 1997 p 31

⁶ Morin E. « Comprendre la complexité des organisations de soins » Aspeps éditions 1997 p 40

compétitivité. Selon Yves Lasfargues⁷ les technologies de l'information et de la communication sont à l'origine de onze évolutions du travail :

- Un travail de plus en plus interactif (dialogue homme-machine)
- Un travail plus abstrait (travail sur la représentation de la réalité à l'écran)
- Un travail exigeant une gestion de l'abondance des données
- Un travail exigeant une gestion du temps de plus en plus délicate
- Un travail sur des systèmes de plus en plus vulnérables
- Un travail en réseaux (communication transversale)
- Un travail exigeant une gestion de l'espace de plus en plus délicate
- Un travail exigeant une gestion de la transparence
- Un travail exigeant de plus en plus de polyvalence
- Un travail coordonné par une cyberhiérarchie (nouveaux rôles des cadres).

Ces évolutions sont décrites pour des entreprises technologiques, mais je pense que sur bien des évolutions on peut établir des comparaisons avec le travail à l'hôpital. « *Transversaliser, c'est donner à chacun la possibilité de comprendre et de mesurer sa contribution aux efforts collectifs* »⁸. Réussir dans cette approche exige des transformations délicates, telles la création d'un « esprit client » ou, et , le démantèlement d'anciennes forteresses fonctionnelles, et la disparition de comportements serviles. Les effets principaux de cette transversalité portent sur l'encadrement « dont le territoire est bousculé »⁹. Enfin, l'évolution de la démarche qualité à travers la version 2 de la certification des établissements de santé met bien en évidence le passage d'une vision fonctionnelle à une approche plurifonctionnelle ou transversale ; ce qui nous conduit à une recomposition de nos établissements par flux et processus. Mais, qu'est-ce que le processus ?

1.4 Des processus à l'organisation transversale

Alors que le Fordisme et le Taylorisme (comme nous l'avons évoqué quelques lignes ci-dessus) se sont traduits par une décomposition des activités productives en opérations élémentaires, indépendantes les unes des autres ; le Toyotisme impose une vision globale des processus productifs qui s'élargissent progressivement pour englober, en amont, les processus d'approvisionnement et, en aval ceux de distribution et de

⁷ <[http : //www. guichetdusavoir.org](http://www.guichetdusavoir.org)>

⁸ Tarondeau J-C., Wright R-W. « la transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus » Revue Française de Gestion –juin-juillet-août 1995

⁹Hammer M., Champy J. "Le Reengineering" traduction française. Paris, Dunod, 1993

service aux clients. Chaque opération est liée à celle qui la suit dans une relation de fournisseurs à client. Cette conception issue de l'industrie est tout à fait réelle dans nos établissements de soins. Qu'entendons nous par processus ?

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

De nombreux auteurs se sont attachés à définir le concept de processus. Le projet de norme internationale ISO/DIS 8402 le décrit comme « un ensemble de moyens (ces moyens pouvant inclure le personnel, les installations, les équipement, les techniques et les méthodes) et d'activités liés qui transforment des éléments entrant en éléments sortants ». Cette définition du processus centrée sur l'action a été reprise par D. Little pour qui un processus transversal comprend « toutes les actions qui concourent à la réalisation d'un produit ou d'un service interne »¹⁰. Ces processus ont deux caractéristiques, soulignées par la majorité des auteurs : ils servent des clients et traversent les structures verticales formelles. Ces clients sont en mesure de percevoir et d'évaluer la contribution du processus à la réalisation de leurs propres objectifs. Le processus transversal est donc créateur de valeur pour un client, un usager, un patient, la suite d'activités à partir d'une ou plusieurs entrées produit bien un résultat qui représente une valeur pour le client. Cette valeur est le plus souvent mesurée en terme de réduction de coût, de rapidité de réponse, d'adaptation aux attentes ou de qualité. Ces définitions issues de l'industrie sont tout à fait transposables à l'hôpital, prenons le cas d'un patient qui vient aux urgences pour y recevoir des soins, il va d'abord être accueilli par un agent, puis reçu par une infirmière, puis examiné par un médecin, puis, probablement radiographié, puis, peut-être hospitalisé dans une unité de soins.

Nous pouvons représenter le processus sous cette figure ci-dessous

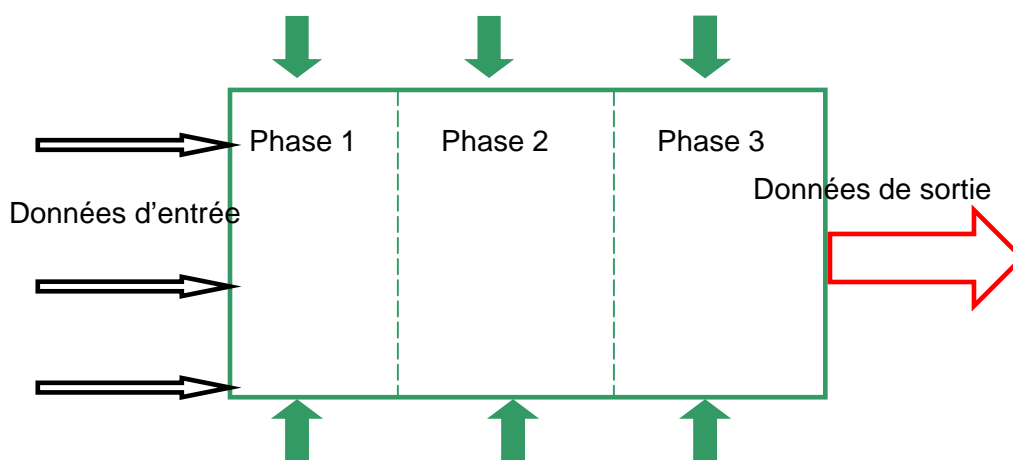


Figure N°1

¹⁰ Little A-D. « L'entreprise à haute performance », AD/ESSEC, décembre 1993

Cette schématisation peut illustrer les différentes phases de prises en charge du patient qui arrive dans un service d'urgence par exemple, ou encore le patient qui vient consulter dans un service d'imagerie pour réaliser un examen. Les données d'entrée correspondent par exemple à des renseignements cliniques, des informations, relatifs au patient ; quant aux phases 1,2,3 elles sont les différentes étapes du processus de prise en charge du patient aux urgences ou en imagerie, plusieurs métiers sont sollicités, des moyens matériels sont mobilisés, pour produire un résultat, une décision, une orientation qui peut-être considéré comme l'élément de sortie.

1.4.2 Les différents types de processus :

On distingue trois types de processus :¹¹

- Les processus centraux
- Les processus de management
- Les processus de support

Les processus centraux participent directement à la réalisation du produit, depuis sa conception jusqu'à sa mise à disposition auprès du client ; à l'hôpital nous produisons des soins, c'est notre cœur de métier, au bénéfice du patient, de l'utilisateur, du client.

Les processus de management représentent le pilotage des actions, du changement, la conduite des projets , ils produisent des informations, des projections, nécessaires aux analyses permettant de conduire l'établissement.

Les processus de support viennent comme le nom l'indique en support à la fonction de production des processus centraux, c'est par exemple la logistique, l'informatique, la maintenance des équipements. A l'hôpital les processus supports sont les activités de brancardage, de transport, de blanchisserie, de restauration, de maintenance des équipements, d'informatique, par exemple. Ce sont des processus dont l'importance ne cesse de croître à travers leur contribution à la compétitivité, en effet si les délais de brancardage entre les unités de soins et les unités d'imagerie sont longs, ils influent à travers ces délais sur la productivité du service d'imagerie, sur la durée moyenne de séjour des patients donc sur la compétitivité de l'établissement, or,

¹¹ Jocou P., Meyer P. « la logique de la valeur » Dunod 1996 p 51

aujourd'hui avec la tarification à l'activité nous sommes bien dans l'ère de la compétitivité. Il en est de même pour le système d'information, si l'hôpital ne dispose pas d'un système performant capable de produire des données sur son activité il lui sera difficile de procéder à des analyses prospectives.

1.5 L'interface entre les processus

Définition du mot interface :

On trouve plusieurs définitions de ce mot , elles ont en général pour point commun de faire référence au monde de l'informatique, nous pouvons en citer quelques unes :

- « zone réelle ou virtuelle qui sépare deux éléments »¹²
- « ensemble de normes et de règles à respecter pour assurer l'échange d'informations »¹³
- « chose permettant la jonction entre deux éléments afin qu'ils puissent communiquer »¹⁴

La notion d'échange d'informations, de communication, et puis cette « chose » qui peut-être de la matière, des compétences, nous montrent bien qu'il y a interdépendance entre plusieurs éléments ou plusieurs services pour l'hôpital, entre l'imagerie et les urgences si l'on reprend l'exemple précédent.

Philippe Lorino nous dit que : « des gisements importants de progrès se situent aux interfaces, dans les modes de communication, de coopération, et de coordination »¹⁵ ce qui peut –être représenté sous cette forme schématique :

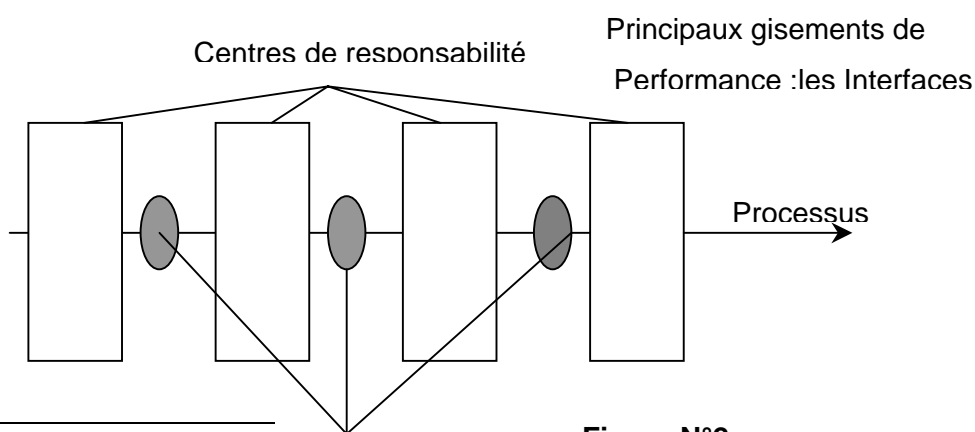


Figure N°2

¹² [http //www.wikipédia.org](http://www.wikipédia.org)

¹³ [http //www.revuessim .free.fr](http://www.revuessim .free.fr)

¹⁴ [http//www.teluq.uquebec.ca](http://www.teluq.uquebec.ca)

¹⁵ Lorino Ph. « le déploiement de la valeur par les processus » Revue française de gestion juin-juillet-août 1995 p62

On voit bien sur ce schéma que c'est aux interfaces que se croisent les acteurs des différents processus et que c'est là aussi que la coordination, la coopération entre eux prend tout son sens pour donner de la cohérence au tout , le tout étant par exemple le processus de prise en charge du patient pour une consultation en imagerie. L'enjeu étant de déconstruire le système de division du travail auquel nous sommes attachés et de développer la vision systémique évoquée précédemment.

1.5.1 L'enjeu des interfaces entre les processus :

Il réside dans le nécessaire besoin de développer des interactions, des mécanismes de liaison, des liens latéraux de qualité, entre les processus.

1.5.2 La complémentarité des processus :

La prise en charge d'un patient représente une suite d'activités où des processus se chevauchent, et, une personne peut contribuer à travers une même activité à plusieurs processus, prenons le cas d'une infirmière qui contribue à la fois au processus de gestion administrative du patient , au processus de transport patient, et au processus de production de soins spécifiques. La maîtrise ou la non maîtrise de ces processus aura pour effet de qualifier la prestation délivrée.

1.5.3 La relation client fournisseur :

Un processus peut-être décrit comme une chaîne de relations client fournisseur, le client a des besoins que le fournisseur doit connaître pour répondre au mieux à la demande, le fournisseur a des exigences dont le client doit avoir connaissance surtout lorsqu'il s'agit de contraintes techniques, organisationnelles, qui peuvent avoir des conséquences sur les délais de prise en charge, les coûts, la qualité du produit délivré. Cette vision est tout à fait transposable dans nos établissements de santé. Cependant, cette « approche qualité totale » est discutée par Ph. Lorino qui précise que le mot « client » employé à propos de relations internes à l'entreprise prête à confusion et ne

peut se justifier que comme métaphore. Le vrai client, étant celui qui participe au jugement de valeur sur la prestation délivrée, il est décrit comme le « juge de paix collectif » et c'est lui qui sanctionnera l'utilité sociale des activités produites.

1.6 Les sources de la non qualité

La non qualité s'exprime en événements indésirables, en surcoûts, à travers des prescriptions inappropriées, des interventions et hospitalisations inutiles, des erreurs d'administration de médicaments, des délais non respectés, des redondances dans les actes, des pertes d'information, des attentes diverses, des circuits complexes . « **Plus que des soins, ce sont des dysfonctionnements entre services dont se plaignent le plus souvent les usagers** ¹⁶ »

Le rapport d'activité 2000¹⁷ de l'ANAES nous montre que ce sont les référentiels OPC (organisation de la prise en charge) et DPA (dossier patient) qui ont le plus de recommandations ou de réserves, dans sa conclusion il est mentionné que des efforts sont à porter la coordination de la prise en charge des patients, **la coordination des activités médicales, le décloisonnement** des unités de soins, et la sécurité dans ses différents aspects.

Le rapport d'activité 2004 souligne dans son commentaire « on notera qu'une majorité de recommandations et de réserves concerne cette année encore les 3 référentiels du 1^{er} chapitre du manuel d'accréditation ; le DIP (droit et information du patient) le DPA et l'OPC » le rôle du dossier du patient dans la **coordination des actions des professionnels**. Les réserves concernent les références portant sur des enjeux directement liés à la sécurité des patients :

- la non conformité des prescriptions (écrites, datées, signées)
- le circuit du médicament.

Ces problèmes de coordination mentionnés dans les rapports d'activité de la HAS confortent l'idée que « **nous perdons notre sens intime du rattachement à un ensemble plus large** »¹⁸ et que « **si les difficultés sont bien spécifiques à chaque système, elles se situent presque toujours à l'interface entre plusieurs métiers,**

¹⁶ Allafort M. « développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital » Ciste juin 2003

¹⁷ <http://ww.has.fr>

¹⁸ Lorino Ph. ibid p63

plusieurs fonctions ou catégories qui ont à coopérer pour résoudre des problèmes »¹⁹. Nous pouvons donc dire que les dysfonctionnements constatés dans la coordination des différents acteurs à l'hôpital sont dus à un cloisonnement excessif de la structure, d'ailleurs l'HAS parle de décroisonnement.

1.6.1 Le cloisonnement à l'hôpital :

Les origines du cloisonnement sont dans notre culture où l'on nous enseigne à fragmenter les problèmes, dans nos références à un système d'organisation du travail Taylorien, mais aussi parce que, pour coordonner nos activités, selon la sociologie des organisations « **les mécanismes de coordination formels ne sont pas nombreux** »²⁰ . En effet, à l'hôpital les mécanismes de coordination les plus utilisés sont ceux de l'ajustement mutuel et de la standardisation par les qualifications.

A) L'ajustement mutuel :

La coordination entre les acteurs, est assurée par simple communication informelle, donc, à l'hôpital, cette coordination dépend pour une grande part de la qualité des relations établies entre les différents acteurs. Ce mode d'ajustement, de régulation bien qu'il soit performant dans des organisations confrontées à des problèmes complexes, demeure fragile, aléatoire, notamment lorsque nous sommes confrontés à des changements d'interlocuteurs. Nous pouvons alors, passer d'une collaboration efficace à une collaboration déficiente ou vice et versa.

B) La standardisation par les qualifications :

La coordination entre les acteurs est engendrée par l'homogénéisation des comportements individuels obtenus par la formation et la socialisation. Ainsi les médecins, infirmières, aides soignantes... reçoivent une formation technique par leurs pairs, ce qui leur permet de posséder une culture commune de savoirs, de méthodes de travail et de comportements. H. Mintzberg écrit « **lorsqu'un chirurgien et un anesthésiste se trouvent dans une salle d'opération pour une ablation de l'appendice, ils ont à peine besoin de communiquer ; grâce à la formation que chacun d'eux a reçue, il**

¹⁹ Gonnet F. « Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics » colloque de Cerisy 1994

²⁰ Crémadez M., Grateau F. « le management stratégique hospitalier » inter éditions p19

sait exactement à quoi s'attendre de la part de l'autre. La standardisation de leurs qualifications assure l'essentiel de la coordination²¹». Chaque personne se coordonne spontanément dans un silence presque total. L'effet de la formation est renforcé par la socialisation spécifique à chaque groupe. En effet chacun d'eux constitue une classe, un corps, possédant ses règles de fonctionnement, ses formes de reconnaissances, sa déontologie. Ce type de coordination renforce la latitude de liberté des professionnels de l'hôpital rendant ainsi difficile leur mobilisation pour définir et réaliser les objectifs de l'institution. De plus, elle favorise le regroupement de ces professionnels au sein d'organes de classe facilitant ainsi la mobilisation autour d'objectifs de nature corporatistes.

Ces deux modes de coordination rendent difficile la gestion de l'avenir de l'hôpital en tant qu'entité unique.

C) Des flux mal maîtrisés :

La coordination entre les unités se fait aussi à travers les circuits, appelés également flux, il existe plusieurs types de flux :

- les flux de personnes (les patients, les personnels)
- les flux de matière (les radiographies, les prélèvements biologiques les consommables, les médicaments, les dispositifs médicaux etc)
- les flux d'information (les comptes-rendus d'examens, les prescriptions, le dossier médical, l'identité des patients etc...).

Or, aujourd'hui, nous pouvons dire que ces flux sont à améliorer , nous avons tous été confrontés au cours de notre exercice professionnel à l'attente des brancardiers pour le transport d'un patient, à l'attente des résultats du scanner, au questionnement sur la disponibilité des lits par exemple, d'ailleurs F. Gompel écrit : « ***les bénéfiques principaux d'une optimisation des flux sont une augmentation de la capacité de soins, une diminution des attentes, une diminution des coûts et une meilleure efficacité clinique dans la prise en charge du malade. La satisfaction des patients comme du***

²¹ Mintzberg H. « Structure et dynamique des Organisations » éditions d'organisation 2005 p22

²¹ Gompel F., Pouligny P. « l'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité » gestions hospitalières mars 2005

personnel soignant est également directement liée à l'amélioration des flux²²». En fait il s'agit d'optimiser ce qu'on appelle le « worflow » ce qui veut dire que le flux de travail est assimilé à un processus où plusieurs étapes sont identifiées et qui dépendent de plusieurs personnes pour sa réalisation, c'est un enchaînement de tâches autour d'une procédure définie sur la base d'une standardisation par les procédés et ou d'une standardisation par les résultats. Ce qui nous amène à nous inscrire dans une démarche transversale d'amélioration des processus et de la qualité.

1.7 Le management des processus

1.7.1 Le pilotage par processus part de deux constats²³ :

- les besoins de coopération, de coordination sont complexes, aucun acteur ne détient une connaissance suffisamment intime et exhaustive du processus pour établir des normes de coopération fiables et complètes ; nous sommes dans une organisation cloisonnée où les acteurs ont une vision parcellaire de l'activité par opposition à la vision globale du soin.
- Les besoins de coopération sont versatiles et ne peuvent être prévus par avance : ils doivent être remis en cause et réajustés. Nos organisations sont soumises à un grand nombre de contraintes, externes et internes où chaque unité concernée a tendance à ne voir le problème posé qu'en fonction de sa perception de l'environnement.

Par conséquent, toute norme de coordination portant sur la substance des activités c'est à dire que faut-il faire et que faut-il décider pour tenir compte des contraintes des autres ? ne peut-être que fugace. Notre effort ne doit donc pas porter sur le contenu des activités mais sur leurs modalités d'intégration, l'organisation du dialogue continu, l'adaptation des circuits de communication et des systèmes d'information à cette fin. Il doit porter aussi sur les modalités de reciblage périodique, sur une gestion d'engagements partagés.

²² Gompel F., Pouligny P. « l'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité »
gestions hospitalières mars 2005

²³ Lorino Ph. *ibid* p 66

1.7.2 Les modalités d'intégration

Selon M. Crémadez « **consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.** »²⁴ Le mécanisme d'intégration fondamental est la hiérarchie couplé à des systèmes de coordination formels, tels que les procédures par exemple. Ce mode d'intégration est suffisant lorsque la différenciation est faible et il suffit pour obtenir le degré de performance requis ou exigé. Mais, lorsque la différenciation s'accroît, la hiérarchie seule peut s'avérer insuffisante, et c'est dans ce cas où il faut chercher à mettre en place des modes de collaboration entre les personnes.

1.7.3 La maîtrise des processus :

Les processus mal maîtrisés sont source de pertes de temps, d'informations, d'énergie, de matière, donc de valeur, de plus value pour le patient. Il suffit qu'une partie du processus soit défaillante pour le compromettre dans son ensemble ce qui nous conduit à dire que le management des processus correspond à la détermination d'une stratégie pour l'organisation et le pilotage d'actions à mettre en œuvre pour atteindre des objectifs de performance. Ce terme est perçu différemment selon les acteurs concernés, voir, inadapté pour en parler dans un établissement public de santé. Les médecins préférant parler d'efficacité thérapeutique, et les directeurs d'efficience, de maîtrise des coûts. Le patient, selon une définition du Web « être inanimé typiquement passif, impliqué dans un événement qu'il ne contrôle pas »²⁵ le place dans une situation de dépendance lorsqu'il recourt à l'hôpital, a longtemps été oublié, n'a pas la possibilité d'évaluer les soins reçus ; or, la loi du 4 mars 2002 ²⁶ lui donne un statut juridique, une reconnaissance en tant qu'acteur, partie prenante dans le processus de soins, donc une approche participative.

Un processus bien maîtrisé est producteur de valeur, celle-ci peut donc être reconnue et évaluée par le client, il est donc essentiel de mesurer la satisfaction de celui-ci, ce qui nous place dans une relation de type client fournisseur génératrice de progrès. Mais pour mesurer la satisfaction du client sur le service rendu, ou le produit fourni, il faut avoir déterminé des critères de qualité permettant la mesure.

²⁴ Crémadez M., Gâteau F. *ibid*, p27

²⁵ <http://www.fltr.ucl.ac.be>

²⁶ loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et qualité du service de santé »

M. Crémadez souligne l'importance d'identifier les besoins, et les différents partenaires, entrant en jeu dans le processus ce qui permettra de déterminer ce qu'il appelle « le conçu » en intégrant le respect des spécifications techniques, la gestion des interfaces internes et externes. Le processus réalisé à partir du conçu va produire un rendu, l'évaluation de l'écart entre le conçu et le rendu nous donnera le degré de satisfaction du client, comme le montre le schéma ci-dessous.

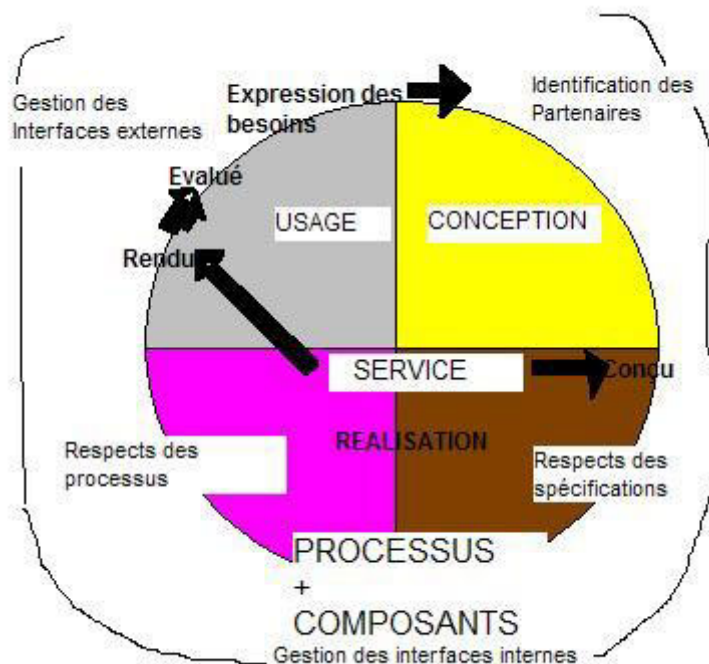


Figure N° 3

On peut donc transposer ce mode de gestion des relations en interne entre les services demandeurs, prescripteurs d'actes, les clients en quelque sorte, et ceux que l'on appelle les prestataires, les services médico-techniques par exemple, les fournisseurs.

1.7.4 La culture positive de l'erreur

Certaines affaires, comme celle du sang contaminé ont probablement contribué à faire évoluer la législation en ce qui concerne l'évaluation. Ainsi la loi portant réforme hospitalière en 1991 a introduit cette notion, mais, cela n'a pas été suivi d'effet. Il a fallu attendre, les ordonnances de 1996 pour rappeler cette obligation et pour voir naître l'ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. C'est à partir de ce moment là où l'on a entendu parler de démarche qualité, de roue de Deming, de mesure, de gestion des risques. Le mouvement était lancé. Ceci nous a permis de parler de

dysfonctionnements ou encore d'événements indésirables, donc d'évaluation, or bien souvent dans notre culture on confond évaluation et jugement de valeur, les professionnels pensent qu'il s'agit de rechercher les coupables des erreurs ou des dysfonctionnements. Il s'agit de renverser cette idée, de déconnecter « l'erreur de l'acteur, ou de l'équipe de première ligne et chercher les vulnérabilités profondes »²⁷.

Les objectifs de l'évaluation sont bien sûr de faire en sorte que les erreurs se corrigent, mais surtout, qu'elles ne se reproduisent pas. Donc « agir en amont pour diminuer la fréquence des événements indésirables, et faire passer le risque d'une zone inacceptable à une autre plus acceptable »²⁸. Selon E. Ellenberg, la démarche d'analyse peut-être réactive, c'est à dire à partir d'un incident, on tente, d'apporter des corrections pour en éviter sa réapparition, ou en limiter les conséquences. Elle peut aussi être proactive, on identifie en amont les problèmes susceptibles d'apparaître. Ces méthodes d'analyse permettent de repérer les failles qui sont des points de vulnérabilité dans une organisation ou un processus. Elles conduisent les acteurs à s'interroger sur leurs pratiques, donc à mettre en place si besoin des défenses, des « barrières » limitant ainsi le risque. En abordant l'organisation sous l'angle de l'erreur apprenante ou la culture positive de l'erreur, nous ne nous arrêtons pas à la faute de l'acteur, mais cela nous permet de nous questionner sur l'ensemble du processus ; de mettre en œuvre une dynamique permettant d'éviter les risques, les erreurs, les dysfonctionnements qui pourraient compromettre les objectifs de l'institution.

Cette approche multidisciplinaire ne connaît pas de frontières de discipline ou de localisation, c'est une démarche nécessairement transversale de l'organisation, comme nous l'avons vu précédemment le processus de production de soins étant un ensemble d'activités liées qui transforment des éléments entrant en éléments sortants. Tout au long du processus des failles, des défaillances, des ruptures, sont possibles, donc, quand un événement indésirable survient on doit chercher en priorité le « pourquoi » et le « comment » et non pas le « qui ».

²⁷ Ellenberg E. « management des risques une approche organisationnelle » Gestions Hospitalières p26

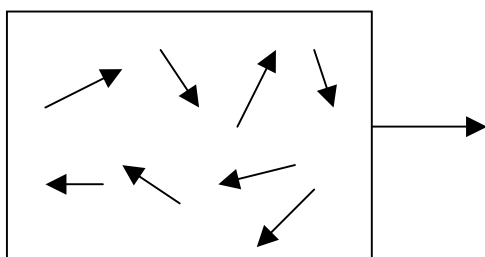
²⁸ Ellenberg E. *ibid* p25

1.8 Réflexions sur l'organisation du travail

Développer une culture positive de l'erreur, n'a de sens que si l'on se place dans une stratégie de progrès de changement à travers l'évaluation, or c'est bien dans ce contexte là que les établissements de santé se situent aujourd'hui grâce aux référentiels de l'ANAES, d'ailleurs, elle rappelle à propos des acteurs hospitaliers que « ...leurs erreurs peuvent être une source inestimable d'information et de progrès ».

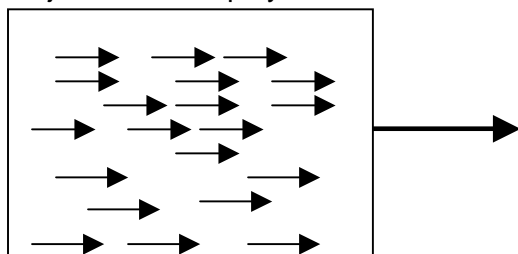
Dans ce cadre de plan de progrès, la mise en œuvre est complexe et son management délicat. En effet, il s'agit de faire converger les efforts fournis par les acteurs dans une même direction, celle de la demande de valeur du produit ou du service final. Des efforts orientés sans principe directeur ne produiront pas les mêmes résultats que des objectifs simples concrets, quantifiables, vérifiables, adapter à la tâche des acteurs, ce qui peut être schématiser sous cette figure²⁹.

Les efforts sont orientés sans principe directeur



Chacun fait de son mieux sans savoir ce qu'il doit faire

Les objectifs sont déployés



Chaque effort contribue aux objectifs de l'établissement

Edward Deming :

« les meilleurs efforts sont nécessaires, mais ils peuvent causer des ravages s'ils sont orientés ici et là sans principes directeurs. Si chacun fait de son mieux sans savoir ce qu'il doit faire c'est le chaos »

Figure N° 4

1.8.1 La transversalité : une plus value

Nous l'avons vu précédemment, la transversalité s'oppose à une forme verticale d'organisation du travail. Dans cette forme d'organisation, on privilégie l'optimisation d'une fonction, ou d'un métier nécessaire à la production de valeur, mais elle ne permet pas une optimisation transversale de la valeur du produit final. Par exemple, un scanner réalisé

²⁹ Jocou P., Meyer P. ibid p 112.

dans les règles de l'art mais dont la finalité n'est absolument pas connue du radiologue, est un service non optimisé pour le patient, il en est de même pour une radiographie de l'avant bras sans renseignements cliniques, il y a un risque pour le patient d'être exposé deux fois aux rayonnements ionisants X.

Il s'agit donc d'appréhender l'organisation à travers le concept de transversalité pour aborder les interactions entre les processus, pour créer des liens et développer une vision globale de la prise en charge des patients sans pour autant annihiler l'optimisation verticale par métier.

Cette contradiction, implique un **management transversal** « *qui a pour mission de maximiser à travers processus et métiers de l'entreprise la production de valeur, d'assurer la contribution effective de chaque métier et de contribuer à l'arbitrage des négociations entre clients et fournisseurs.* »³⁰

Les arbitrages s'avéreront nécessaires et nombreux lorsqu'on aura « *laissé perdurer des indicateurs de performance, des systèmes de reconnaissance, des objectifs, des règles et des procédures de type fordiste, qui vont générer quelque soit la bonne volonté des uns et des autres, frustration et conflits d'intérêts entre le local et le général, entre le métier et le processus.* »³¹

Pour réduire les causes de ces conflits d'intérêt, donc des consommations d'énergie inutiles, les directions doivent s'efforcer de confier aux mêmes managers des responsabilités verticales et horizontales, pour un management transversal, par processus, par projet.

Cette approche volontaire doit s'intégrer dans une stratégie managériale institutionnelle où l'on souhaite créer des synergies « **relier autrement ce qui apparaissait jusque là dans un ordre donné volontiers pensé comme immuable** »³². Le **management** apparaîtra alors comme « **une science de l'action collective, organisé par rapport à une finalité.** »³³

Le mouvement qualité a repris ces notions considérant que 20 à 40% des coûts de fonctionnement d'une entreprise sont liés à la non qualité. A cette volonté d'optimisation du service produit, rendu, on peut ajouter, l'attendu, du service par l'utilisateur ou le client.

³⁰ Jocou P., Meyer P. *ibid*, p 76.

³¹ Jocou P., Meyer P. *ibid*, p 77.

³² Ardoino J., « Transversalité » ww.barbier-rd.nom.fr/transversalité.html

³³ Bouvier A. « management et sciences cognitives » Que sais-je, puf, Vendôme 2004 p 34 .

La prépondérance du relationnel dans nos organisations à travers l'ajustement mutuel comme mode de coordination a des limites de performance, il engendre de la non qualité, c'est pourquoi nous devons nous tourner vers deux autres mécanismes de coordination formels, la standardisation des procédés et la standardisation des résultats.

1.8.2 Les mécanismes de coordination formels :

Selon M. Crozier « *une organisation ne peut-être analysée comme l'ensemble transparent que beaucoup de ses dirigeants voudraient qu'elle soit. Elle est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage, et du calcul* »³⁴. Les acteurs y développent des stratégies, des jeux, des alliances et définissent ainsi des zones d'incertitude, source de pouvoir, où chaque service, chaque corporation ne voit les problèmes posés qu'en fonction de sa perception, de ses contraintes.

Donc, la coordination des acteurs est nécessaire, elle existe, nous l'avons vu, par l'ajustement mutuel, par la standardisation des qualifications mais ces deux mécanismes ont des limites.

Il nous paraît important de développer la coordination par la standardisation des résultats³⁵. En effet ce mécanisme formel, nous permet de rappeler la finalité et les missions de l'hôpital, la performance à atteindre en matière de service, de produit, rendu pour l'utilisateur. Par exemple, nous pourrions imaginer que les services prescripteurs (ou les demandeurs, ou les clients) d'examen d'imagerie se mettent d'accord, trouvent un consensus avec les services concernés (les prestataires, les fournisseurs) par ces prestations, sur la qualité du produit délivré, sur les délais de réalisation des examens, sur les délais de retour des résultats de ceux-ci. « *Lorsque les résultats sont standardisés, les interfaces entre les tâches sont prédéterminées* »³⁶.

La coordination du travail des différents acteurs au cours d'un processus de production de soin peut -être obtenue par la standardisation des procédés³⁷, mécanisme formel décrit par H. Mintzberg dans l'industrie mais que l'on peut transposer dans nos organisations. En effet nous écrivons la procédure d'accueil d'un patient au bureau des entrées, ou encore la procédure de pose d'une sonde vésicale pour réaliser une

³⁴ Crozier M., Friedberg E. « l'acteur et le système » éditions du seuil 1977 p 45.

³⁵ Mintzberg H. *ibid*, p 21.

³⁶ Mintzberg H. *ibid*, p 22.

³⁷ Mintzberg H. *ibid*, p 21.

cystographie par voie basse dans un service d'imagerie, bien entendu , il existe des actions standardisées qui laissent une marge de manœuvre, rappelons nous, et n'oublions jamais que notre « matière première » est l'Homme, il ne s'agit pas de déshumaniser le travail soignant, mais plutôt d'entrer dans une logique d'apprentissage, de questionnement et d'organisation qualifiante.

1.8.3 Le rendement de l'organisation :

Il dépend de la capacité de l'ensemble humain qu'elle constitue de coordonner ses activités de façon rationnelle. Cette capacité dépend non seulement, des développements techniques, de la mise en place de mécanismes de coordination formels mais aussi et surtout de la façon dont les acteurs sont capables de jouer entre eux le jeu de la coopération³⁸. C'est en favorisant les échanges, en limitant les systèmes de défense individuelles et corporatistes, que nous donnerons du sens à l'action collective et à ses finalités.

L'expertise, l'hyper spécialisation ou les compétences spécifiques ne doivent pas être un frein, une source de différence, mais au contraire cette pluralité, cette richesse doit permettre aux acteurs de définir ensemble la valeur ajoutée de leur propre participation à l'action collective. Alain Bouvier parle « d'organisation apprenante » lorsque les acteurs partagent des savoir-faire, des aptitudes et de travailler ensemble à corriger les erreurs. Cette mémoire collective ainsi entretenue contribue à enrichir ce qu'il appelle les « savoirs organisationnels » favorisant les coopérations internes et externes³⁹.

1.8.4 Un nécessaire changement :

Notre approche nécessite une mutation culturelle, une évolution des mentalités. Or un changement de ce type ne peut se faire qu'à travers des actions sur les pratiques professionnelles et l'organisation des relations entre les acteurs.

Tous les professionnels, quels que soient leur statut, leur positionnement, sont concernés par cette mutation. La culture d'entreprise permet aux individus de s'identifier à leur institution, elle se construit très lentement de façon collective à partir du moment où l'objectif global de l'institution, est présent à l'esprit de chaque acteur. C'est ainsi que chacun trouvera un sens à ses actes et à sa contribution dans la prise en charge globale du patient.

³⁸ Crozier M. « le phénomène bureaucratique » Edition du Seuil, 1963, p 369.

³⁹ Bouvier A. *ibid* p 26.

Il s'agit donc pour tous les acteurs de dépasser ses propres logiques et de penser autrement, d'élargir ses représentations, de s'enrichir en se confrontant à d'autres professionnels, d'autre métiers sans pour autant perdre leur identité professionnelle. « *Pour que les hommes s'impliquent et participent à la progression, aux transformations et à la pérennité de l'entreprise, ils doivent se percevoir comme pleinement responsables⁴⁰⁴¹* » , c'est à dire que leurs initiatives, leurs propositions non seulement elles doivent être reconnues, mais elles doivent être suivies d'effets.

Face à un environnement de plus en plus contraignant et en constante évolution, l'hôpital doit s'adapter dans un contexte de raréfaction des ressources. Son adaptation passe par la capacité des managers à responsabiliser les professionnels, à leur donner cette vision globale de l'organisation à travers le management des processus, en travaillant notamment sur les interfaces, là où sont les gains de productivité. Les managers devront aussi conduire les professionnels à partager un objectif commun, celui d'offrir la prestation attendue par le malade-client-usager.

2. L'ENQUÊTE DE TERRAIN : L'INTERFACE SERVICE DE SOINS - IMAGERIE MEDICALE

En raison du temps dont j'ai disposé, des difficultés logistiques rencontrées, j'ai limité mon enquête à l'analyse des liens et des problématiques entre les services d'imagerie médicale et les unités de soins. Dans un premier temps je présenterai le processus de l'activité examen d'imagerie, puis la méthodologie retenue pour conduire l'enquête de terrain, suivi des de l'analyse des résultats .

On peut découper le processus de l'activité imagerie en trois temps et cinq processus :

- La phase 1 pré-analytique : correspond à l'identification du patient, la prescription de l'examen d'imagerie, l'acheminement de la demande, la programmation de l'acte, le transport du patient.
- La phase 2 analytique : le contrôle de l'identité, l'analyse de la demande, la réalisation de l'acte, l'analyse des images, la dictée du compte-rendu

⁴⁰ Jocu P., Meyer P. ibid , p 140.

- La phase 3 post-analytique : la production du compte-rendu, le retour du patient, l'acheminement du résultat, la consultation de celui-ci, l'archivage des images et du compte-rendu.

Ce qui nous intéresse plus particulièrement c'est la phase pré-analytique et une partie de la phase post analytique, ce sont les deux processus où les interfaces services de soins imagerie sont les plus nombreuses et ce sont elles qui font l'objet de notre étude aujourd'hui.

En phase pré analytique nous nous situons au niveau du service demandeur, le prescripteur, le client qui se pose les questions suivantes :

- à qui on prescrit, on prescrit quoi, comment, quand, pourquoi, comment j'achemine la demande, comment je prends rendez-vous, comment et quand le patient est transporté ?

Nous sommes dans un processus complexe, où interviennent plusieurs métiers et processus supports. Si une des étapes de ce processus n'est pas réalisée correctement les acteurs de la phase 2 devront faire face à des non conformités des distorsions, d'où des répercussions sur la qualité de l'examen produit, des non réponses aux attentes, plus globalement une mauvaise qualité de prise en charge du patient.

En phase post analytique nous nous situons au niveau du service producteur, le fournisseur, le prestataire qui doit rendre un résultat au demandeur client, là aussi nous sommes dans un processus complexe où plusieurs métiers interviennent, où les interfaces sont nombreuses.

2.1 Le manuel d'accréditation :

Ces deux phases font l'objet de références dans la version deux du manuel d'accréditation des établissements de santé édité par l'ANAES⁴². Dans le chapitre 3 relatif à la prise en charge du patient deux références nous intéresse plus particulièrement , la référence 34c « *tout acte diagnostique et /ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée* » ; et la référence 35 « *le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité* » . Les 35a,35b,35c, nous intéresse tout particulièrement également , en effet elles traitent des interfaces entre les unités de soins et les services médico-techniques, dont l'imagerie médicale, (voir annexe III). Il est à noter que ces références existaient déjà

⁴² ANAES : « manuel d'accréditation des établissements de santé » deuxième procédure d'accréditation septembre 2004 - V2_manuel_A

dans la première version du manuel d'accréditation sous le chapitre OPC (organisation de la prise en charge).

Ces références nous orientent clairement vers un partenariat avec les unités de soins prescripteurs, dans le but de limiter les dysfonctionnements, d'assurer une prestation de qualité qui réponde à leurs besoins et à leurs attentes dans l'objectif d'améliorer la prise en charge du patient.

2.2 Méthodologie de recherche :

Dans un premier temps j'ai réalisé des entretiens semi-directifs :

- auprès de l'encadrement de proximité d'une unité de soins pour parler de la phase pré analytique et de la coordination avec le service d'imagerie médicale.
- Auprès de l'encadrement de l'unité d'imagerie pour parler de leurs relations avec les unités de soins et des dysfonctionnements rencontrés et aussi de la phase post analytique.
- Auprès de la Directrice des Soins pour voir son implication dans ces problématiques d'interface, de coordination.

Dans un deuxième temps j'ai réalisé une enquête au CHRU de l'APHM à partir de deux questionnaires :

- Un questionnaire (annexe I) destiné aux personnels des services d'imagerie distribué sur deux sites (les hôpitaux Sud et la Timone)
- Un questionnaire (annexe II) destiné aux personnels des unités de soins de chirurgie vasculaire et de neurochirurgie distribué sur un seul site (la Timone). Je n'ai pas obtenu l'autorisation sur le site des Hôpitaux Sud. De ce fait, la comparaison entre les deux sites devient impossible, j'ai donc globalisé les résultats. Donc au total 32 manipulateurs d'électroradiologie ont répondu, 25 infirmières, 6 cadres de santé, 5 médecins.

Dans un troisième temps j'ai assisté au congrès cadres d'imagerie de la région PACA organisé par l'AFPPE à l'Hôpital de l'Archet 2 à Nice les 4 et 5 mai 2006. Une présentation de management par la qualité des interfaces entre l'imagerie et un SAU eu lieu, à partir de l'expérience menée conjointement par un étudiant ingénieur qualité et un

cadre supérieur de santé. (diaporama disponible sur le site de l'AFPPE).⁴³ J'ai pu au cours de la journée m'entretenir avec le qualicien et le cadre supérieur de santé.

2.3 Analyse des résultats :

Le traitement, l'analyse statistique des questionnaires ont été réalisés à partir du logiciel EPI INFO V6 utilisé à l'ENSP. L'analyse a pour but de vérifier les hypothèses de départ :

- cloisonnement entre les unités de soins et d'imagerie médicale
- une gestion des interfaces peu développée
- la recherche de solutions aux dysfonctionnements n'est pas gérée transversalement

2.3.1 Le cloisonnement entre les unités de soins et d'imagerie médicale :

Qualifiez les relations professionnelles que vous avez avec les US et avec les UI				
	manipulateur	infirmière	Cadre de santé	médecin
Très satisfaisant	6.3%	4%	20%	20%
satisfaisant	59.4%	52%	60%	60%
moyennement	31.3%	36%	20%	
Peu satisfaisant	3.1%	4%		20%
Très peu				

A partir de ce résultat on constate que globalement les professionnels enquêtés sont majoritairement satisfaits des relations professionnelles qu'ils entretiennent entre eux, mais il y a quand même plus de 30% de manipulateurs et d'infirmières et 20% de cadres qui sont moyennement satisfaits et 20% de médecins peu satisfaits.

Lorsque l'on parle de qualité des relations les résultats sont les suivants :

qualité	manipulateur	infirmière	Cadre de santé	médecin
Très satisfaisant			20%	20%
satisfaisant	62%	72%	40%	60%
moyennement	28%	20%	40%	20%
Peu satisfaisant	9%	8%		
Très peu				

⁴³ www.afppe.net/

On constate que le nombre de peu satisfaits augmente d'une façon significative chez les manipulateurs et chez les infirmières, les 40% de moyennement satisfaits de l'encadrement pourraient exprimer une réserve à l'égard de la qualité de ces relations.

Nous avons vérifié la perception qu'ont les professionnels du nombre de leurs relations :

nombre	manipulateur	infirmière	Cadre de santé	médecin
Très suffisant	3%	8%	20%	
suffisant	43.8%	44%	40%	40%
moyennement	39.4%	32%	40%	60%
Peu suffisant	9.10%	12%		
Très peu				

Le taux de satisfaction à l'égard du nombre des relations entre les unités de soins et les unités d'imagerie est évalué comme moyennement suffisant par près de 40% des infirmières et des cadres, et 60% médecins ; on peut donc parler de déficit de communication.

A) Les relations entre les unités de soins et les unités d'imagerie :

Nous avons vérifié la mise à disposition d'informations pour les unités de soins de la part des unités prestataires , les résultats sont dans le tableau ci-dessous :

La mise à disposition d'informations pour les unités de soins		
	classeur	intranet
Liste des examens pratiqués	44,2%	16,3%
Modes de préparation	58,1%	11,6%
Fiches informations patients	60 ,5%	11,6%

Les personnels des services d'imagerie répondent majoritairement qu'ils mettent à disposition des unités de soins, la liste des examens pratiqués en imagerie, les modes de préparation des examens ; des fiches d'information pour les patients en utilisant comme support de préférence le classeur.

Il nous a semblé intéressant de croiser ces données avec les réponses des unités des soins, dont les résultats sont dans le tableau suivant :

La mise à disposition d'informations par les unités d'imagerie		
	oui	non
La liste des examens	12%	84%
Les conditions de réalisation	8%	84%
Fiches information patients	20%	60%
Le mode de retour des résultats	8%	84%

Les personnels des unités de soins à 84% répondent non à la question « les services d'imagerie médicale avec lesquels vous travaillez mettent-ils à votre disposition, la liste des examens pratiqués, les conditions de réalisation des examens, le mode de retour des résultats ». Il y a là, un fort décalage entre l'évaluation faite par les personnels des services d'imagerie et les personnels des unités de soins.

En ce qui concerne les fiches d'informations patients, 20% des infirmières répondent qu'elles sont consultables. A la question les consultez-vous, 52% ne s'expriment pas, 28% oui, 20% non. Ces résultats témoignent d'un manque de connaissances des moyens d'information mis à la disposition.

Au cours de ma visite j'ai pu constaté l'existence des classeurs d'informations réalisés par les services d'imagerie, sur le bureau d'un cadre de santé, au dessus d'une armoire dans une unité de soins, les outils sont consultables également sur l'intranet de l'établissement.

Nous avons vérifié si les professionnels de ces unités, lors de leur prise de fonction à l'hôpital avaient visité soit une unité d'imagerie pour les infirmières soit les unités de soins pour les manipulateurs radio :

Visite des unités de soins ou d'une unité d'imagerie						
	infirmière		manipulateur		cadre	
	oui	non	oui	non	oui	non
visite	21%	74%	18%	75%	60%	40%

Les opérationnels répondent majoritairement non à la question alors que l'encadrement répond oui, nous avons donc d'un côté des cadres qui savent ce qu'est une unité de soins ou une unité d'imagerie, et d'un côté des opérationnels qui le savent peu. Nous pouvons nous demander si dès leur prise de fonction les professionnels ne sont pas « enfermés

dans un moule » nous autorisant ainsi à faire le lien avec la standardisation des qualifications dont nous parle H. Mintzberg, acquise au cours de la formation des uns et des autres et reproduite dès l'entrée dans la vie professionnelle par une sorte d'isolement dans une unité. Cet état de fait ne facilite pas le développement de la culture d'entreprise où pourtant chacun pourrait trouver le sens nécessaire à l'exercice de son métier à travers le partage d'une valeur commune, celle du service de la prestation au patient.

Pour l'encadrement le score de 40% de non est peu satisfaisant au regard du rôle qu'ils ont à jouer dans le management des processus.

Ces résultats peuvent être complétés par le fait que 25% des professionnels d'imagerie déclarent avoir présenté le fonctionnement de l'imagerie médicale aux soignants des unités de soins et 58% déclarent que non ; nous sommes bien dans un monde où les cloisons existent, où l'on n'ouvre pas les portes. Un cadre d'unité d'imagerie ajoute « on a accusé les services de soins de rester cloisonné, mais on est resté cloisonné aussi ».

Nous avons recensé les dysfonctionnements les plus souvent évoqués par les professionnels concernés.

B) Les dysfonctionnements les plus souvent évoqués :

Les réponses à la question ouverte sur les dysfonctionnements ont été croisées avec le métier exercé. Le taux de réponse a été de 53.5% pour les UI et 40% pour les US.

Infirmière	Manipulateur d'électroradiologie
Attente accueil téléphonique	Absence de résultats de bilan biologique
Non respect des heures de rendez-vous	Examens redondants et systématiques
Attente pour le transport des patients	Malade mal préparé, mal informé
Attente pour les examens	Non communication du dossier
Délais de réalisation des examens trop longs	Non conformité de l'identité, demande mal remplie, doublons.
Délais de retour des résultats trop longs	Attente patient
Temps d'examen trop long	Les délais de rendez-vous
Examen non expliqué	Les délais de production des CR

Pas d'information sur les pannes matériel	La prise de rendez-vous
	Le transport des patients
	La re convocation des patients
	Les heures de rendez-vous non respectée

Les dysfonctionnements évoqués par les professionnels appartiennent à un type de processus :

- le processus support où l'on peut distinguer deux types de flux :
 - La gestion des flux d'information (le téléphone, la prise de rendez-vous, le retour des résultats, la non communication des informations nécessaires à la prise en charge, la non information des patients, l'identitovigilance)
 - La gestion des flux de patients (les heures de rendez-vous non respectées, l'attente des patients, le problème du transport, de l'acheminement des patients).

Ces constats nous permettent de dire que le patient ne semble pas avoir été mis au cœur du système, « **qu'un déficit de synchronisation dans l'enchaînement des activités** »⁴⁴ semble être la cause de bien des dysfonctionnements, et qu'en fait, le fonctionnement global est perdu de vue. Nous sommes bien dans un problème de gestion des interfaces entre plusieurs métiers, plusieurs fonctions, qui ont à coopérer pour résoudre des problèmes.

Nous pouvons enrichir ces éléments de réponse par le fait que 72% des infirmières disent ne pas rechercher l'antériorité des examens pratiqués avant la prescription, quand on leur demande, pourquoi ? 88% n'ont pas de réponse, 4% disent que c'est au médecin d'effectuer cette recherche, 4% expriment clairement que ni le médecin ni elles mêmes ne prennent le temps d'effectuer cette recherche, 4% déclarent le faire quelquefois pour rechercher les contre-indications.

Un cadre supérieur de santé d'un CHU évoque au cours d'un entretien « les problèmes de transport patient, la non conformité des demandes d'examens d'imagerie,

⁴⁴ F.Gompel, P. Pouligny., « l'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité » Gestions hospitalières - mars 2005

la méconnaissance de la part des services de soins de l'activité de la radio et, des liens quelquefois tendus par manque de communication » elle ajoute qu'elle « a crée du lien, qu'elle est allée vers, pour résoudre les problèmes au coup par coup sans formalisation, sans protocolisation, ne permettant pas ainsi une amélioration pérenne des échanges » ces propos nous montrent les limites de l'ajustement mutuel.

C) Les non conformités :

Nous avons interrogé les personnels des unités d'imagerie médicale sur les non conformités des demandes d'examen selon la référence 34c du manuel V2 d'accréditation « *tout acte diagnostique et /ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée* » renseignée cliniquement et comportant le pourquoi, le but de l'examen. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

La conformité des prescriptions d'examens d'imagerie médicale				
	Datées	signées	Renseignées	But exploratoire
Toutes (10/10)	7%	4,7%	7%	2,3%
Presque toutes	62,8%	48,7%	32,6%	30,2%
La moitié	16,3%	30,2%	37,2%	34,9%
Quelques unes	4,7%	9,3%	16,3%	20,9%
Pas du tout				4,7%

Cette évaluation nous permet de constater que les non conformités des prescriptions au sens de l'ANAES , sont réelles, et qu'au regard des chiffres, des progrès sont à faire sur tous les critères d'évaluation. Cependant selon les propos d'un cadre supérieur de santé « pointer, de manière systématique les non conformités, ça ne résout rien, il faut prendre en compte certaines contraintes des services cliniques, analyser les résultats ensemble.....a t'on informé les services cliniques de ces non conformités, comment les a t'on informé ? de quelle type d'informations les services cliniques ont besoin pour répondre aux recommandations ? »

Au cours d'un entretien, un cadre de santé dit : « on travaille avec les prescriptions des médecins, si on a un souci, on téléphone dans le service » une relance est faite pour faire préciser ce qu'elle met derrière le mot souci « savoir quand il a été hospitalisé ou des informations sur un examen », là aussi, la régulation se fait par l'ajustement mutuel, on ne parle pas de rechercher des informations concernant le patient soit dans le système d'information soit dans le dossier patient.

2.3.2 Une gestion des interfaces peu développée :

Nous venons de voir à travers les éléments de réponse aux questions et les propos des interviewés qu'une de nos difficultés majeure dans notre organisation se situe aux carrefours, aux croisements, aux interfaces entre les métiers sur les processus de support, notamment sur les flux d'information de communication, les flux de logistique, le transport des patients dans notre cas.

Vérifions à travers les réponses apportées à la troisième partie du questionnaire, comment les services d'imageries et les unités de soins enquêtées répondent .

A) Les relations et leurs ajustements :

La question posée est : « existe-t-il des réunions d'échanges entre les unités de soins et l'unité d'imagerie ? »

Des réunions d'échanges existent-elles ?				
	Infirmière	manipulateur	Cadre de santé	médecin
Oui	0%	9,4%	60%	60%
Non	100%	90,6%	40%	40%

Les infirmières et les manipulateurs répondent massivement par la négation, il n'y a pas de non réponse à cette question. Nous pouvons la compléter par la suivante qui était : « si non, souhaiteriez-vous que des temps d'échanges existent ? »

Souhaiteriez-vous que des temps d'échanges existent ?				
	Infirmière	manipulateur	Cadre de santé	médecin
Oui	68%	84,4%	40%	40%
Non	12%	3,1%	0	0

Ces résultats peuvent être assimilés à une forte demande d'échanges entre les unités de soins et d'imagerie de la part des opérationnels, mais, même les 40% de cadres et de médecins sont révélateurs de l'isolement vécu, du cloisonnement, de la non communication.

Nous avons fait préciser aux enquêtés, à partir d'une question ouverte ce qu'ils attendaient de ces temps d'échanges , les réponses sont regroupées dans le tableau ci-dessous, nous avons croisé les données avec le métier, mais, pour des questions pratiques, deux tableaux seront présentés, les opérationnels ensemble, et les cadres et médecins ensemble.

Les attentes de ces temps d'échanges de la part des professionnels de santé	
Infirmière	Manipulateur d'électroradiologie
Ajuster les préparations des patients	Informé de notre fonctionnement
Accroître notre savoir	Meilleure compréhension des activités
Améliorer les relations	Meilleure connaissance du travail
Mieux se connaître	Meilleure organisation et coordination
Cibler les problèmes	Meilleure prise en charge du patient
Connaître leur organisation	Mieux comprendre et se faire comprendre
Connaître leurs attentes	Personnaliser la relation
Echanger sur les problèmes rencontrés	Mieux comprendre le suivi
Améliorer la communication	Eviter l'attente des patients
Mieux comprendre l'organisation	Faire connaître notre métier
Mieux comprendre le déroulement des examens, pour mieux informer le patient	Faire de la pédagogie sur les risques liés à l'IRM
Pour l'efficacité des examens	Coordination pour une meilleure préparation
Pour une prise en charge globale du patient	Améliorer les plages horaires
Pour une remise en question inter professionnelle	Améliorer les échanges et le service Compréhension des méthodes de travail

Les attentes de ces temps d'échanges de la part de l'encadrement médical et non médical	
Cadre de santé	médecin
Plus de rigueur dans les demandes	Discuter des indications et contre indications
Plus de rigueur dans les préparations	Améliorer les échanges entre les services donc le service au patient
Personnaliser la relation	

On constate que les attentes sont nombreuses, qu'il y a une soif de connaissance « de l'autre » pour, mieux se comprendre, apporter des améliorations à nos organisations, en fait, pour décloisonner et pour mieux coordonner nos activités, dans le but d'améliorer le service au patient.

B) Des modes de fonctionnement non concertés :

La référence 35 du chapitre 3 du manuel d'accréditation nous précise « le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec

les secteurs d'activité ». Nous avons voulu vérifier auprès des unités de soins et des unités d'imagerie s'il y avait eu une concertation, un accord entre eux sur :

- les délais de réalisation des examens
- les délais de retour des résultats

Concertation entre UI et US sur les délais réalisation examen , délais retour résultats				
	Unités de soins		Unités d'imagerie	
	Oui	Non	Oui	Non
Délai réalisation	0%	32%	30%	32%
Délai de retour	0%	32%	32%	25%

Le taux de non réponse des Unités de Soins est élevé (68%) ce qui laisse supposer que la question a été mal posée, incomprise, ou que les professionnels ne se sont pas sentis impliqués dans cette problématique de délais.

En ce qui concerne les Unités d'Imagerie le taux de non réponse est plus faible, les résultats entre les oui et les non sont presque à l'équilibre ce qui s'expliquerait par le fait que les questionnaires aient été distribués sur deux sites d'imagerie différents, et, sur un des sites il y aurait eu une concertation entre les unités de soins et les unités d'imagerie.

Un cadre de santé interviewé sur cette question dit : « des fois on a des rendez-vous à un mois, donc on a décidé d'envoyer les bons à la radio une semaine avant la date de l'examen car on s'est aperçu que si on envoyait les bons trop tôt ils se perdaient, on a trouvé un arrangement » cette organisation n'a pas fait l'objet d'une formalisation à travers une procédure, nous restons dans un mode de coordination du type ajustement mutuel.

Il semblerait malgré tout, selon les propos recueillis lors des entretiens avec un cadre qu'il y ait ça et là des tentatives de concertation dans des domaines spécifiques, par exemple, entre un service d'hospitalisation de jour en cancérologie et le scanner, des protocoles ont été établis entre les professionnels de ces deux unités pour la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance rénale.

Ce même cadre est entrain d'établir une sorte de cahier des charges « j'ai listé tout ce qu'on aimerait par rapport au scanner » par exemple, les horaires des rendez-vous, et suite à un incident, (extravasation d'un produit de contraste) où des propos conflictuels ont été échangés entre la manipulatrice et l'infirmière ayant posé la voie veineuse elle a établi une procédure demandant au manipulateur du scanner de vérifier la perméabilité de la voie veineuse avant d'injecter un produit de contraste.

Elle précise que les partenariats les collaborations avec les services prestataires ont des difficultés à se mettre en place « parce qu'on travaille chacun dans notre coin, on est pris par le temps ».

C) Des outils de communication peu utilisés :

Nous nous sommes intéressés aux outils de communication existants entre les unités de soins et les services d'imagerie pour vérifier d'une part s'il en existait et d'autre part s'ils étaient utilisés.

Disposez-vous d'un agenda patient informatisé et partagé ?				
	Unités de soins		Unités d'imagerie	
	Oui	Non	Oui	Non
Agenda partagé	0%	96%	25%	53%

Les personnels des unités de soins répondent massivement non à la question contrairement aux unités d'imagerie qui disposent d'un système de gestion des actes d'imagerie informatisé, mais pas d'un agenda partagé, donc les 25% de réponses positives sont des faux positifs démontrant une confusion entre la gestion informatisée des actes et la programmation de ceux-ci en amont de la réalisation.

Le patient est-il muni d'une fiche navette à son retour du service d'imagerie ?				
	Unités de soins		Unités d'imagerie	
	Oui	Non	Oui	Non
Fiche navette	60%	4%	48%	25%

Les réponses à cette question nous permettent de dire que cet outil de communication existe et qu'il est utilisé, seulement une infirmière sur 25 répond par la négative, et 9 ne répondent pas à la question.

Dans la population enquêtée en imagerie il y a des manipulateurs affectés sur des postes de radiologie générale, ce qui pourrait expliquer leur méconnaissance de cet outil.

Pour vérifier l'implication, et la pratique des personnels dans la traçabilité des événements indésirables nous avons posé les questions suivantes

Existe t'il une fiche signalétique d'événement indésirable ?				
	Unités de soins		Unités d'imagerie	
	Oui	Non	Oui	Non
F E I	12%	80%	65%	4,7%

Utilisation de la F E I				
	Unités de soins		Unités d'imagerie	
	Oui	Non	Oui	Non
F E I	8%	8%	58%	11,6%

Si vous n'utilisez pas la fiche dites pourquoi ?

Trois manipulateurs d'électroradiologie donnent une explication :

- « les effets indésirables sont quasiment inexistantes, si c'est le cas, j'écris un mot sur une feuille destinée au service et j'appelle dans le service »,
- « en cas de problème j'appelle dans le service du patient »
- « je n'ai pas encore eu l'occasion de m'en servir ».

Nous avons d'un côté des infirmières qui en majorité ne connaissent pas l'existence de cet outil, et de l'autre côté des manipulateurs qui en connaissent l'existence mais dont certains ne l'utilisent pas préférant semble t-il conserver des habitudes de fonctionnement telle que « le coup de fil » dans le service. La finalité de cet outil qui est d'identifier et d'analyser les évènements indésirables à posteriori semble non perçue, il sera donc d'autant plus difficile de développer la culture positive de l'erreur, la base de toute démarche d'amélioration continue en qualité.

Si on regarde les réponses de l'encadrement à ces questions, un, dit qu'il ne sait pas, deux répondent que cet outil n'existe pas et trois répondent qu'il existe et qu'ils l'utilisent. Cet outil ne semble pas être pour le moment un levier d'amélioration des pratiques à un niveau transversal, le décalage entre les unités de soins et les unités d'imagerie étant significatif alors que nous sommes dans le même établissement, et que cet outil existe bien.

2.3.3 L'évaluation de la satisfaction :

Nous avons demandé aux services d'imagerie s'ils réalisaient des enquêtes de satisfaction auprès des médecins prescripteurs.

Les médecins radiologues répondent majoritairement non, la réponse de l'encadrement est positive sur un site et négative sur l'autre. Globalement, tous personnels confondus nous avons 67,4% de réponse négatives, et 9,3% de réponses positives. Ce taux de réponses négatives démontre d'une part, que l'on ne se sert pas de ce type d'outil comme un possible levier de questionnement, de changement de nos pratiques, donc d'amélioration continue, et d'autre part, une pratique de l'évaluation peu

développée sur la manière de fournir des prestations, donc probablement une non perception de ces services comme étant des partenaires ou des fournisseurs dans le processus de soins. Ce qui nous conduit à la question suivante sur la représentation qu'ont les professionnels de ce qu'ils sont.

2.3.4 La représentation identitaire des professionnels :

Selon-vous, quelle est l'expression la plus souvent utilisée par les professionnels des unités de soins pour parler de votre fonction dans l'établissement ?

Prestataires de services	34,9%
Partenaires dans le processus de prise en charge des patients	23,3%
Fournisseurs	0%
Presse-bouton	30,2%
Autre	4,7%

Nous pouvons croiser ces représentations avec les réponses à la question posée aux unités de soins : « Pour vous, les services d'imagerie, les laboratoires, la pharmacie sont ? »

Des prestataires de services	12%
Des partenaires dans le processus de prise en charge des patients	76%
Des fournisseurs	12%

Les services d'imagerie enquêtés ont une représentation de leur identité assez partagée, ils pensent être identifiés, à une faible majorité, par les personnels des unités de soins comme étant des prestataires de services, mais 30% pensent être vus « comme des presse-bouton » donc, une vision plutôt négative de leur fonction ; est-ce du, à un problème de positionnement comme l'évoque un cadre lors d'un entretien ? Seulement 23% comme étant des partenaires dans le processus de prise en charge des patients. L'expression fournisseur n'a pas été choisie ce qui peut nous amener à penser que la conception de la relation « client fournisseur » entre ces personnels et les unités de soins n'est absolument pas perçue. Un corollaire pourrait être fait avec les propos d'un cadre lors d'un entretien qui précise que ce qui l'a stimulée pour améliorer le fonctionnement entre son unité et le service d'accueil des urgences c'est « l'idée de positionner le service d'imagerie autrement, comme acteur de soins »

Par contre, les personnels des unités de soins perçoivent majoritairement les services médico-techniques comme étant des partenaires dans le processus de prise en

charge des patients, et pour 12% ce sont des fournisseurs et 12% des prestataires. Cette perception de partenaires dans le processus de soins, de prise en charge des patients, nous semble être un point fort, une base commune sur laquelle les services cliniques et médico-techniques peuvent s'accorder pour développer la vision processus de la production de soins et le management des processus.

2.3.5 La recherche de solutions aux dysfonctionnements n'est pas gérée transversalement :

Les dysfonctionnements, nous l'avons vu, sont nombreux, ils ne sont pas perçus comme des événements indésirables, ils ne sont pas l'objet d'une réelle évaluation, et il n'y a pas de temps d'échanges entre les unités de soins et les unités d'imagerie pour essayer de trouver des solutions ensemble.

Sur un site il a été mis en place des fiches de recensement des dysfonctionnements au niveau des manipulateurs, le cadre cite l'exemple du patient polytraumatisé non installé sur une planche de transfert, à son arrivée dans le SAU. Ce fait, va générer un problème d'installation du patient sur la table d'examen radio. Nous sommes bien dans un dysfonctionnement au niveau du matériel et de la prise en charge du patient. Le cadre précise « **on ne se sert pas de ces fiches** actuellement car nous n'avons pas reçu l'adhésion du cadre supérieur des urgences, elle a **l'habitude de fonctionner autrement**, il y a un cahier sur lequel on note tout, mais **à aucun moment on évalue** ce qu'on a noté, on a écrit un fait saillant, mais **ça s'arrête là, on n'a rien réglé** ».

2.4 Synthèse de l'étude :

Cette étude incomplète et perfectible n'a pas la prétention d'évaluer l'ensemble de la problématique de la gestion des interfaces entre les services cliniques et les services d'imagerie.

Malgré tout, si au premier abord les professionnels enquêtés semblent satisfaits de leurs relations professionnelles, on constate :

- un déficit de communication qui confirme l'hypothèse du cloisonnement.

Lorsque cette communication existe, elle se limite à des échanges d'informations médicales à travers la fiche navette par exemple et par des échanges informels de type appel téléphonique. Des supports d'information existent mais il semblerait que l'on ne se soit pas préoccupé de les faire connaître de les faire vivre, d'en démontrer l'utilité, et du pourquoi ils ont été créés, ce qui les rend inexistants au regard des soignants.

- Des professionnels qui à 70% ne connaissent pas le lieu de travail « de l'autre ».
- Des dysfonctionnements, ils sont nombreux et tous relatifs aux processus supports, tels que le transport des patients, l'attente, ou la prise de rendez-vous, ou encore le délai de retour des compte-rendus. Ils concernent les phases pré-analytique et post analytique de l'activité imagerie telle que nous l'avons décrite.
 - Des non conformités au regard des exigences du manuel d'accréditation de L'ANAES, mais s'il s'agit uniquement de les recenser, nous restons dans de l'analyse, dans du constat.
 - L'absence de concertation, de régulation, de temps d'échange entre les infirmières et les manipulateurs alors qu'ils sont fortement demandeurs. Lorsque ces temps d'échanges existent ils restent corporatistes, ce sont les cadres qui se réunissent, entre eux, ou les médecins. Les opérationnels, infirmières et manipulateurs, médecins prescripteurs et médecins producteurs d'actes, cadres des services cliniques et cadres des services d'imagerie ne se réunissent pas pour évoquer, rechercher des solutions ensemble aux dysfonctionnements évoqués, il n'y a pas d'approche plurifonctionnelle et transversale. Et pourtant, ils pensent tous que cela leur permettrait de mieux se connaître, mieux se comprendre, mieux se coordonner, donc d'améliorer la prise en charge, le service rendu au patient. Ces constats confirment notre hypothèse de départ, des interfaces peu régulées. Lorsqu'elles le sont, c'est sur le mécanisme de l'ajustement mutuel, donc le relationnel, ce qui est un paradoxe puisque nous constatons un déficit de communication, d'échanges.
 - Une utilisation inégale des outils de communication, la non existence d'un agenda de gestion informatisée des rendez-vous, partagé avec les unités de soins, engendre des dysfonctionnements. Des services de soins qui déclarent à 80% ne pas connaître l'existence de la fiche signalétique d'événement indésirable, ce qui nous permet de nous interroger sur l'accompagnement réalisé par l'encadrement lors du déploiement de cet outil.
 - Une culture de l'évaluation peu développée sur un processus transversal tel que la réalisation des examens d'imagerie, la satisfaction des clients est peu recherchée, donc on ne donne pas à chacun la possibilité de comprendre et de mesurer sa contribution aux efforts collectifs, l'esprit client n'est pas créé.
 - Des manipulateurs des services d'imagerie qui ne se sentent pas perçus comme des partenaires dans le processus de prise en charge des patients, alors que les infirmières expriment majoritairement que ce sont des partenaires, là encore un décalage entre deux visions, ce qui démontre une méconnaissance des fonctions, et des contributions des uns et des autres.

➤ Une recherche de solutions aux dysfonctionnements lorsqu'elle est évoquée à travers les entretiens, qui reste sur le mode de l'ajustement mutuel, de personne à personne, de manière informelle, non plurifonctionnelle et non transversale. « On travaille chacun dans son coin on est pris par le temps ». Et, pourtant, les soignants qu'ils soient infirmiers ou manipulateurs expriment ce besoin d'échanges pour une amélioration de la prestation délivrée au patient.

Cette étude confirme nos hypothèses de départ et nous renforce dans l'idée que le directeur des soins a un rôle capital à jouer en terme de coordination des acteurs, des activités, dans un souci de cohérence et de performance. Au regard du décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, précise qu'il est le garant de la qualité et de la coordination des acteurs chargés des activités de soins. L'articulation, les interfaces des diverses prestations, activités de soins, sont bien la base de sa mission, or, nous venons de voir que les interfaces, les liaisons, étaient peu prises en compte, gérées sur le mode de l'ajustement mutuel, alors que les acteurs confrontés aux dysfonctionnements sont demandeurs d'échanges pour améliorer leurs prestations.

L'hôpital étant un ensemble de processus, nous pensons que le management par processus est probablement une façon d'aborder, de développer la vision transversale nécessaire au décloisonnement, de piloter le changement, si bien évidemment cet objectif est inscrit dans la politique institutionnelle.

3. LE DIRECTEUR DES SOINS ET LA GESTION DES INTERFACES

L'approche théorique, les éléments de réponse obtenus à partir de l'enquête, les entretiens, nous confortent dans notre idée de départ. Le cloisonnement entre les services et entre les professionnels est réel, la non connaissance de nos partenaires de soins par manque d'échanges, de communication, de gestion des dysfonctionnements aux interfaces, sont les problématiques auxquelles nous sommes confrontés. Le peu d'intérêt démontré dans la recherche de la satisfaction sur les prestations délivrées, nous conduit à penser que l'évaluation reste encore peu pratiquée et que la culture qualité peut se développer et doit progresser. En tant que responsable de l'organisation des soins, nous devons donc tout mettre en œuvre pour préconiser des changements dans nos organisations, si bien sûr le projet est partagé par l'institution.

L'objet de cette troisième partie consiste à situer le rôle du directeur des soins à partir des préconisations d'actions concrètes en lien avec les résultats de l'enquête, et à

partir du contexte actuel dans lequel se situe le monde hospitalier, donc à travers une stratégie de management. Nous proposons donc deux niveaux de réponses :

- ✓ Un niveau opérationnel
- ✓ Un niveau stratégique

3.1 Des préconisations au niveau opérationnel à partir des résultats de l'enquête :

3.1.1 Favoriser, développer les temps d'échange entre les professionnels :

Nous l'avons vu dans les résultats de l'enquête, alors que 60% des cadres déclarent avoir des temps d'échanges avec d'autres professionnels, 100% des infirmières et 90% des manipulateurs déclarent ne pas en avoir. Comment, dans de telles circonstances, améliorer la prise en charge des patients si les opérationnels, les premiers concernés, ceux qui sont « le front office » n'ont pas la possibilité de partager, d'évoquer les problèmes, les dysfonctionnements d'interfaces auxquels ils sont confrontés, et de proposer des solutions ? Ils ont un rôle essentiel à jouer sur les actions à mener pour corriger les dysfonctionnements, ils représentent un formidable levier dans la mise en place des démarches d'amélioration de la qualité, d'autant plus qu'ils déclarent majoritairement souhaiter avoir des temps d'échange. Il s'agit donc de développer des **liens latéraux, des mécanismes de liaison**, termes empruntés à la sociologie des organisations.

Nous avons vu que les mécanismes de coordination les plus utilisés dans nos établissements de santé sont de type informels, c'est essentiellement, l'ajustement mutuel, qui laissé au hasard démontre ses limites. Les mécanismes de coordination formels, tels que la standardisation des procédés, ne règlent pas tous les problèmes d'interdépendances entre les unités, d'ailleurs, à travers l'enquête nous avons vu que des documents, des procédures existent, mais ils ne semblent pas être connus de tous, et utilisés.

Donc, empruntons à la sociologie des organisations « ***tout un ensemble de mécanismes pour encourager les contacts entre les individus, et ces mécanismes peuvent être incorporés à la structure formelle*** »⁴⁵. Ces mécanismes de liaison peuvent être des postes de liaison ou encore les « task force » ; le groupe projet, et le comité permanent sont utilisés pour institutionnaliser les réunions.

⁴⁵ Mintzberg H. *ibid*, p155.

3.1.2 Le poste de liaison :

Lorsque la coordination requiert entre deux unités ou plusieurs des contacts intenses, « ***l'organisation peut créer un poste de « liaison » dont le titulaire a pour mission d'assurer ces contacts directement en court circuitant la hiérarchie*** »⁴⁶. Ce qui veut dire que ce poste n'a pas d'autorité formelle, mais que son détenteur en étant au carrefour de nombreux circuits d'informations, de communication, devient un centre nerveux de l'organisation avec un pouvoir informel considérable. Dans nos organisations de santé ce pourrait être le poste du qualicien sur plusieurs pôles par exemple ou un poste de cadre supérieur de santé positionné transversalement sur un ou plusieurs processus, comme l'activité consultation externe, ou l'activité transport des patients en interne. En fait, le succès de ce type de poste vient de la compétence et non du statut.

Un autre mécanisme de liaison peut-être envisagé c'est la réunion, d'ailleurs nous l'avons constaté dans les résultats de l'enquête les cadres se réunissent, c'est le moyen utilisé par les organisations pour faciliter l'ajustement mutuel. Certaines de ces réunions sont organisées d'avance en fonction des besoins, d'autres sont impromptues, au détour d'un couloir, on décide d'avoir une réunion, et d'autres enfin sont plus strictement organisées, les participants sont désignés formellement, les réunions sont régulières, on peut alors dire que ***la réunion est institutionnalisée qu'elle fait partie de la structure formelle***. On a des sujets d'intérêt commun pour une certaine période, dans notre cas, nous l'avons vu, les sujets d'intérêt commun ne manquent pas, nous pouvons donc construire des ***groupes de projet ou des comités permanents***⁴⁷.

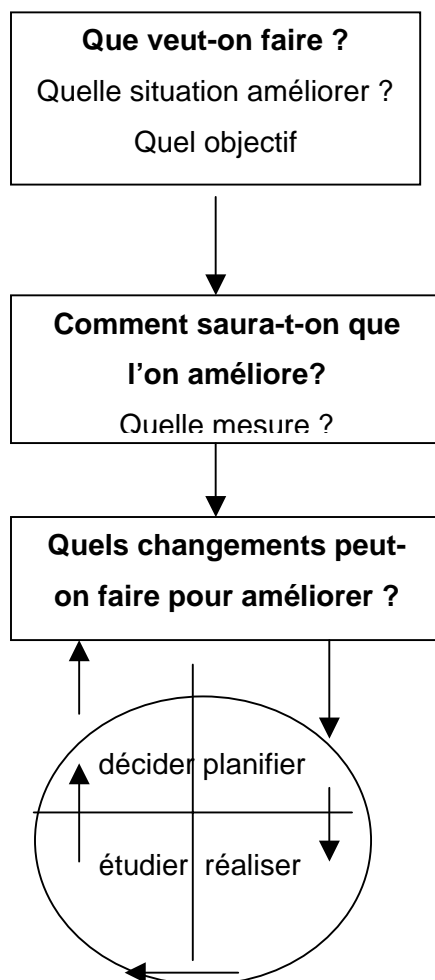
3.1.3 Le groupe de projet :

C'est un comité crée pour accomplir une tâche particulière et qui, lorsque la tâche est accomplie, est dissout. Nous lui donnons un cadre d'activité, un délai de réalisation, l'objectif à atteindre étant en général la résolution d'un problème, d'un dysfonctionnement. Mais, attention il ne s'agit pas de créer des « usines à gaz » où seul le directeur des soins serait expert !. Les experts sont ceux qui vivent les problèmes les dysfonctionnements, et il faut leur faire confiance, ils sont demandeurs de mieux faire, de changement. Cette approche est fondamentale pour gagner la confiance des professionnels⁴⁸, et c'est aussi par elle que l'on redonnera du sens aux activités des soignants. Nous pourrions proposer le schéma suivant issu du livre de Georges Maguerez, cité précédemment :

⁴⁶ Mintzberg H. *ibid* p156.

⁴⁷ Mintzberg H. *ibid* , p158.

⁴⁸ Maguerez G. « L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux » éditions ENSP 2005 p. 35.



Ces groupes peuvent émerger de façon informelle, ou être créés de façon formelle, dans l'industrie cette pratique existe, « lorsqu'un chef d'atelier a un problème qui concerne la chaîne de montage, il réunit un ingénieur, un membre du laboratoire, du département de contrôle de qualité et éventuellement celui des achats. Ce groupe travaille sur le problème ; lorsqu'une solution acceptable a été élaborée chacun retourne à son travail habituel »⁴⁹. Sa constitution nous montre qu'il est pluridisciplinaire et transversal, ce qui correspond aux attentes des enquêtés.

3.1.4 La mise en place d'une commission de relations imagerie/services de soins :

Au cours d'un stage en juin 2006 nous avons découvert l'existence de cette commission, baptisée C.R.I.S.S. , créée en 2003 sur un site d'un CHRU de la région PACA . Elle est composée majoritairement de cadres de santé, d'un représentant de la Direction des soins et de quelques opérationnels (infirmières et manipulateurs) . Cette commission, stable dans sa composition, mais selon l'ordre du jour, des invités peuvent y participer, est en fait un **comité permanent** qui se réunit régulièrement semble-t-il d'après

⁴⁹ Mintzberg H. *ibid*, p 158.

notre entretien. Un ordre du jour est proposé sur des questions relatives aux processus support, tel que le transport des patients, l'attente, les délais d'obtention des rendez-vous, les délais de réalisation des examens, on y donne aussi des informations sur le fonctionnement du service d'imagerie.

A) Présentation synthétique du projet :

C'est à partir des résultats d'un questionnaire élaboré par l'encadrement de l'unité d'imagerie de ce site, destiné aux professionnels des unités de soins que cette commission est née.

Les questions portaient essentiellement sur les interfaces entre ces unités, et plus précisément le processus support, tels que les processus d'acheminement des demandes d'examen, le transport des patients entre les services cliniques et les services médico-technique.

Les résultats démontrèrent :

- ✓ des difficultés dans les transports de patients, ce qui engendrait une gêne, des dysfonctionnements au niveau des unités de soins,
- ✓ un problème aussi sur le cheminement des «bons» les demandes d'examens d'imagerie, (perdus, les doublons, etc...)
- ✓ une forte demande de la part des unités de soins dans la connaissance du fonctionnement de l'unité d'imagerie.

A partir de ces résultats des actions d'amélioration furent proposées et engagées par la C.R.I.S.S et déclinées en objectifs opérationnels.

B) Les objectifs opérationnels :

✓ Planifier les transports, assurer un suivi du brancardage en temps réel, pour réduire les délais de prise en charge des patients, entre le moment de la demande et le moment de la réalisation de l'acte.

✓ Etablir une procédure sur l'acheminement des demandes d'examens, pour fiabiliser le circuit et éviter les redondances dans les demandes.

✓ Créer et mettre à disposition des unités de soins des classeurs d'information sur le fonctionnement et l'organisation du service d'imagerie et les examens pratiqués pour donner aux personnels des unités de soins une meilleure connaissance des contraintes et exigences de l'unité d'imagerie, donc pour décloisonner et développer la vision processus transversal.

C) Le bilan, l'évaluation, des actions entreprises :

Selon le cadre rencontré, le bilan a été pratiqué sur la mise à disposition du

classer comme outil d'information et moyen de communication, une enquête a été réalisée démontrant la satisfaction des personnels des unités de soins sur l'apport de cet outil dans leur pratique au quotidien.

Une évaluation du processus brancardage a été pratiquée qui démontre la persistance de problèmes dans les transports à certains moments de la journée.

D) La faisabilité :

Suite à notre enquête nous pourrions proposer de constituer un ou plusieurs groupes projets composés d'opérationnels, infirmières, manipulateurs, médecins et autres métiers si besoin, de cadres de santé, et autres cadres selon le besoin, des unités concernées par les dysfonctionnements. L'objectif de ces groupes étant de cibler à partir d'indicateurs de mesure, un dysfonctionnement ou des dysfonctionnements à résoudre, et de s'accorder sur les changements que l'on veut entreprendre (utiliser le schéma de G. Maguerez).

La mise en place de ce mécanisme de liaison, de régulation, permettrait d'enclencher un processus de décloisonnement, à travers un travail partagé autour d'objectifs communs, ceux-ci étant la résolution, ou l'amélioration des dysfonctionnements auxquels les équipes sont confrontées. Nous contribuerions ainsi à créer de la valeur ajoutée dans le processus de production de soins pour satisfaire le client, l'utilisateur, redonner de la motivation aux professionnels de soins, et rendre plus efficiente l'organisation.

Ces propositions peuvent s'inscrire dans un projet plus global à visée stratégique, la gestion par processus. Nous l'aborderons dans un premier temps théoriquement, et dans un deuxième temps nous citerons l'exemple d'une gestion d'interface par processus entre le SAU et l'imagerie de l'hôpital Saint Roch au CHRU de Nice.

3.2 Des préconisations au niveau stratégique :

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

L'approche systémique favorable à plus de transversalité permet d'appréhender tous les domaines où les problèmes d'interface, de frontière, d'interdépendance, de cohérence existent. Joël de Rosnay (1975) définit l'approche systémique comme « **une nouvelle méthodologie qui permet de rassembler et d'organiser les connaissances en vue d'une plus grande efficacité de l'action. Il définit également un système**

comme étant un ensemble d'éléments en interaction dynamique organisé en fonction d'un but⁵⁰ ».

Cette approche nous permet d'aborder les interactions entre les éléments en tentant de les relier, elle nous donne aussi la possibilité de définir un objectif commun aux acteurs du système. Le système, est également un ensemble organisé de processus liés entre eux. Ceux-ci peuvent être modéliser, permettant ainsi « d'offrir un référentiel sur les principaux besoin de liaison et de coordination, utile pour orienter l'architecture informationnelle, organisationnelle de l'entreprise et minimiser les problèmes de coordination... »⁵¹ voir en annexe IV le schéma de Fabien Huchot, étudiant en master ingénierie système de santé.

Notre objectif étant , nous le rappelons de créer du lien pour décloisonner, mais aussi pour accroître l'efficacité, l'efficience dans la production des soins ; au sens économique du terme, car le contexte environnemental, économique, réglementaire nous y incite fortement.

A) Le contexte réglementaire :

Les contraintes budgétaires obligent les hôpitaux à revoir leur organisation complexe et cloisonnée.

Dans le cadre du « plan hôpital 2007 » le ministère de la santé parle de « nouvelle gouvernance des hôpitaux ».

Le mot « gouvernance » a été utilisé d'abord par les entreprises privées, la gouvernance, évoque la primauté du droit, la transparence, l'équité, l'efficacité, l'efficience, la cohérence, le respect des règles et l'éthique professionnelle. Dans le domaine de la santé ce mot est apparu en Grande Bretagne suite au rapport Kennedy en 1998. Dans sa conclusion on pouvait lire « absence de leadership et de travail d'équipe, absence de système d'évaluation, pouvoir non partagé ». Jacques Orvain, Directeur des Etudes à l'ENSP dit au cours d'une conférence à l'ENSP le 28 juin 2006 « Attention, à travailler de façon trop séparée, il faut donner du sens, ne pas perdre le sens de ce que l'on fait, de ce pourquoi on est là, il faut retrouver une démarche transversale à l'hôpital qui redonne du sens, garder la cohérence de l'ensemble ».

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, fait état de simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé. Deux volets nous intéresse dans le cadre de notre étude :

- ✓ Le volet qui porte sur la réforme de la dotation globale de financement, avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A).

⁵⁰ Benanteur Y., Rollinger R., Saillout J-L. ibid p 54.

⁵¹ Lorino Ph. ibid, p 57.

- ✓ Le volet relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé (EPS).

Le plan « hôpital 2007 » a pour objectif la mise en place de pôles, regroupant des services, soit sur la base d'une logique d'organe, ou de parcours patient, soit sur la base de compétences médicales, ou encore de processus. Cette organisation voulue par décision ministérielle nous permet de remplacer la vision morcelée, cloisonnée de l'hôpital d'aujourd'hui par une conception plus intégrée plus globale. Un autre texte aussi va dans le sens de la coopération interdisciplinaire, le décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins. Il est en faveur d'un mode de management centré sur la coordination des acteurs.

La gestion par processus telle que nous la préconisons consiste donc à croiser l'approche par processus décrite précédemment, avec le découpage en pôle imposé par la réglementation, et à se centrer sur les interfaces.

B) Le contexte humain :

Les démarches qualité conduites depuis 1997 ont bien souvent conduits à la production de procédures, de protocoles, pas toujours connus des opérationnels, notre enquête le démontre.

Ces démarches ont engendré de la méfiance, voir de la résistance, de la déception, Georges Maguerez écrit « je suis aussi un peu déçu en voyant que tous ces efforts ne conduisent pas à grand chose »⁵². Mais, comment peut-on demander aux gens de changer sans les accompagner ? .

Le changement demande des efforts, chaque acteur n'est pas forcément prêt, mais, si nous avons la conviction qu'il faut améliorer nos modes d'organisation nous serons mieux à même d'accompagner les changements attendus.

Les opérationnels ont montré qu'ils souhaitaient avoir des échanges pour améliorer la prise en charge du patient, ils ont donc envie de mieux faire, ils sont déjà dans une démarche d'amélioration continue, alors donnons à ceux qui sont au « front office » et qui bien souvent sont des exécutants et ont peu de pouvoir sur le choix des actions à mener, les connaissances et les outils nécessaires pour développer cette vision transversale. **« Pour que chacun ait des raisons de faire l'effort d'enrichir ses représentations et de transformer ses comportements dans la direction demandée, il faut que non seulement il n'y soit pas perdant, mais que cette transformation**

⁵² Maguerez G. ibid, p 17.

puisse être l'occasion de mettre en valeur des qualités personnelles non reconnues jusque-là »⁵³.

La démarche de gestion par processus prend en compte le contexte humain, et organisationnel, et va dans le sens de la « nouvelle gouvernance », systémique dans sa conception et présente beaucoup de points communs avec l'organisation par projets. Mais, le projet est limité dans le temps, un processus est permanent.

Cette démarche se décline en deux étapes essentielles⁵⁴ :

- ✓ Formulation d'une vision partagée
- ✓ Recherche de plus d'efficacité dans les modes de production de soins

3.2.2 Les préalables à la mise en place d'une gestion par processus

A) Une volonté institutionnelle partagée :

Le directeur des soins convaincu du bien fondé de la gestion par processus, de l'intérêt que ce type de management représente pour l'institution en terme d'efficacité, de valeur ajoutée pour l'utilisateur, doit faire partager cette idée et requérir l'adhésion des membres de l'équipe de direction. En effet la stratégie à adopter pour le déploiement doit être définie en partenariat, validée par le directeur de l'établissement avant d'être présentée aux instances. Il s'agit d'une démarche participative.

B) La détection du climat interne :

Cette détection doit nous permettre de repérer le poids des habitudes sur l'organisation, le style de management, les tensions éventuelles, la position des acteurs sur le ou les processus. Le directeur des soins devra s'entourer de personnes ressources issues des métiers concernés, et des unités traversés par le processus, dont la connaissance de l'histoire de l'établissement et du fonctionnement du système seront démontrées.

L'élaboration des stratégies est basée sur une bonne connaissance de l'établissement. Le contexte social, l'histoire, la qualité des relations entre les professionnels sont des éléments à prendre en compte pour déterminer les limites du projet et obtenir l'adhésion des professionnels.

⁵³ Joco P., Meyer P. *ibid* , p124.

⁵⁴ Claverane J-P., Pascal C. *ibid* , p 218.

C) Le mode de management :

Le management vertical tel que nous le connaissons se prête peu à la gestion par processus, il est centré sur un service, une discipline, il a donc moins en vue la valeur finale et globale produite, le service rendu au patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie.

Le management transversal est préférable à la gestion par processus, « celui qui suit la formation de la valeur depuis l'origine du produit jusqu'à sa mise à disposition auprès du client »⁵⁵. Mais, il ne faut pas opposer les deux, le management vertical par métiers reste nécessaire, il nourrit l'hôpital des nouveaux savoirs, techniques et technologies qui contribueront au progrès des processus.

En tout état de cause le savoir-faire de l'entreprise ou de l'établissement de santé « se situe à la croisée de ces deux modes de management et dans la capacité à les faire coexister de façon féconde ».⁵⁶ Le directeur des soins, en partenariat étroit avec le directeur des ressources humaines aura donc un rôle à jouer pour articuler et optimiser ces deux modes de management.

D) Le directeur des soins, chef de projet :

Le directeur des soins, seul ou en collaboration est à l'origine de nombreux projets, mais son rôle n'est pas de « faire à la place de » mais de piloter, de coordonner, de fédérer, d'intégrer. Il assurera les liens, il veillera à la cohérence du tout et au respect des objectifs et délais fixés pour la réalisation du projet.

Dans l'exemple que nous allons présenter, le directeur des soins n'est pas chef de projet, il s'agit d'une expérience de mise en place d'un pilotage de gestion par processus d'un service d'imagerie et de la gestion des interfaces entre ce service et le service d'accueil des urgences (SAU) pendant un stage. Il a été réalisé par Fabien Huchot étudiant à l'université de Nice en master 1 « ingénierie du système de santé » durant 4 mois de l'année 2005.

Nous avons choisi de présenter la partie **gestion des interfaces entre l'imagerie et le SAU**, car, comme nous l'avons vu sur le terrain, à partir de l'enquête, de nombreux dysfonctionnements, sources de non qualité, se situent sur le processus support aux interfaces. De plus, la littérature nous précise que « **des gisements importants de progrès se situent aux interfaces, dans les modes de communication, de coopération, et de coordination** »⁵⁷.

⁵⁵ Jocou P., Meyer P. *ibid*, p 142.

⁵⁶ Jocou P., Meyer P. *ibid*, p 142.

⁵⁷ Lorino Ph. *Ibid*, p62.

3.2.3 La gestion des interfaces Imagerie /SAU à l'hôpital Saint Roch

A) Le contexte :

Sur les 90000 examens réalisés annuellement par le service d'imagerie 70% sont pour le SAU, qui est donc client de l'imagerie.

Une enquête menée par la MEAH entre octobre 2003 et mars 2005 sur les temps d'attente montre que l'allongement des temps d'attente est en partie dû à la réalisation d'examens complémentaires, tant radiologiques que biologiques.

« Pour la plupart des professionnels, la qualité se traduit par des protocoles inconnus, ou lorsqu'ils le sont, inapplicables car formulés par des agents éloignés du terrain, de la réalité des contraintes ». ⁵⁸

Un étudiant en ingénierie de la santé, ancien manipulateur, ayant travaillé dans différents établissements privés et publics, doit réaliser un stage pendant sa formation, il en fait la demande auprès du chef de service d'imagerie et du cadre supérieur de santé. Ils sont tous les deux intéressés par la démarche qualité mais n'ont pas d'idées précises quand aux objectifs à atteindre pendant ce stage. C'est à partir des entretiens que F.Huchot va proposer des actions d'amélioration en interne dans le service d'imagerie et en externe sur l'interface imagerie-SAU. Ces propositions partagées par le chef de service, le cadre supérieur de santé, les personnels concernés, seront formalisées sous forme de projet appelé IISAU, (interface imagerie, service d'accueil des urgences) voir la fiche projet MAD (management des dysfonctionnements en annexe V).

Il n'y a pas de demande institutionnelle formalisée mais l'établissement a déjà vécu une première accréditation, tous les documents établis respecteront la charte graphique de l'établissement et seront intégrés dans le système de gestion documentaire.

B) Les propositions retenues suite aux entretiens exploratoires :

- ✓ Rencontres, formations et informations autour du principe de la démarche qualité.
- ✓ Echanges de personnels.
- ✓ Création de groupes projets d'amélioration communs aux deux services.
- ✓ Création de tableaux de bord de gestion des dysfonctionnements.
- ✓ Recherche de l'effet « tâche d'huile » avec d'autres services clients suite à ces premières actions.

⁵⁸ Huchot F. « Démarche qualité en imagerie médicale. Résultats et perspectives » Université Nice Sophia Antipolis

C) La structuration du projet déclinées à partir d'objectifs :

- ✓ Identifier les dysfonctionnements (voir annexe VI)
- ✓ Mesurer initialement les dysfonctionnements (Voir annexe VI)
- ✓ Rechercher les causes des dysfonctionnements

Ces trois actions permettent de répertorier les éléments d'entrée du processus d'imagerie qui ne sont pas conformes soit aux protocoles existants, soit de façon plus large à une prise en charge de qualité.

- ✓ Rédiger un nouveau support des demandes d'examens radiologiques.

Une mesure nous apprend que 91% des demandes d'examens radios sont incomplètement renseignées, d'où des conséquences multiples. La refonte du support est réalisée, on intègre la prescription au dossier patient SAU, le médecin n'a donc plus à écrire deux fois sur deux supports différents, c'est aussi une étape préparatoire à la mise en place du dossier informatisé.

- ✓ Informer et former autour du principe de la démarche qualité et des actions

Ce projet d'amélioration n'étant pas une commande institutionnelle, il n'a donc pas de soutien hiérarchique, en dehors de celui du médecin chef de service d'imagerie et du cadre supérieur de santé de ce même service. Nous pensons que le directeur des soins a un rôle à jouer, il doit impulser ce type de démarche, la soutenir, fédérer les équipes autour de ce projet en étant le porte parole, le garant, il doit en suivre le déroulement à travers les actions entreprises, valider les étapes.

F. Huchot a donc rencontré les médecins responsables du SAU, les cadres de santé, pour leur présenter le projet et quelques fondamentaux sur la démarche qualité. Ce projet et la méthodologie retenue ont été unanimement acceptés et soutenus par les acteurs.

Des séances d'information, formation autour de la démarche qualité, des dysfonctionnements de l'interface imagerie-SAU ont été dispensées à tous les professionnels, médecins, infirmières, manipulateurs, ash, aides soignantes, brancardiers, donc une représentation pluriprofessionnelle nécessaire pour faire partager la culture qualité, pour l'adhésion, et l'implication dans le projet.

- ✓ Mesurer la motivation des agents

A l'issue des séances d'information, formation, les participants devaient répondre à trois questions dont le but étaient de recueillir le taux de personnes ayant compris la démarche, l'intérêt à l'égard de ce projet, le taux de personnes prêtes à participer dans les groupes de travail. Les scores obtenus démontrèrent une large compréhension, un intérêt et une envie de s'impliquer en participant dans les groupes de travail

pluriprofessionnel à 80%. Le soutien de l'encadrement est indispensable, il facilite l'écoute, et c'est aussi à ce niveau que la complémentarité gens de métier, gens de projet prend tout son sens.

- ✓ Programmer les échanges des personnels entre les deux services dans le but d'améliorer la connaissance du travail et les contraintes de chacun.

Nous l'avons constaté au cours de notre enquête, les services se connaissent peu, « chacun reste dans son coin », cette idée d'échanges de personnel nous semble donc très intéressante, elle doit être impulsée par le directeur des soins.

- ✓ Evaluer l'intérêt des personnels pour la démarche
- ✓ Evaluer la satisfaction des personnels sur la démarche conduite

- ✓ Créer un ou plusieurs groupes projets d'amélioration communs aux deux services liés aux principaux dysfonctionnements. Leur travail sera encadré et les résultats de leurs travaux mesurés.

Deux groupes pluriprofessionnel ont été constitués pour travailler à la refonte du support sur les demandes d'examens radio et sur la révision des protocoles de préparation des patients avant l'examen radio. Les acteurs doivent en effet « s'approprier le fonctionnement du service dans lequel ils travaillent et non plus le subir. De plus qui mieux que l'individu qui vit au quotidien ces dysfonctionnements pourra y apporter une solution adaptée ». Ce type de pratique repositionne le rôle du cadre d'avantage centré sur l'aide à la décision, l'information sur les contraintes environnementales (juridiques, médico-légales, organisationnelles) et l'écoute. Ce positionnement est souhaité et déjà amorcé. Le directeur des soins doit soutenir et encourager ces pratiques.

- ✓ Mise sur intranet du guide du bon usage des examens d'imagerie.

Ce guide réalisé par les différentes instances de l'imagerie et validé par l'HAS, indique, en fonction d'une pathologie donnée l'examen radiologique le plus approprié ainsi que les examens complémentaires utiles selon l'évolution de cette pathologie. Dans un contexte d'EPP, de maîtrise des dépenses, de limitation de l'irradiation d'origine médicale (directive EURATOM), ce guide est un support d'aide à la décision tout à fait approprié pour les professionnels de santé. Le directeur des soins en partenariat avec le corps médical doit communiquer et accompagner cette réalisation, et mesurer l'intérêt et l'utilisation de cet outil, afin d'analyser les pratiques pour pouvoir piloter d'éventuelles actions.

- ✓ Créer des fiches de déclaration des dysfonctionnements pour un usage en intranet ;

C'est un mode de gestion des dysfonctionnements formalisé dans le projet MAD (management des dysfonctionnements) voir l'annexe VII . La réussite de ce projet est étroitement liée au renoncement de la culture de la faute. Le directeur des soins devra communiquer sur ce projet , délivrer des messages forts auprès des personnels et de l'encadrement qui doit se sentir soutenu dans cette démarche.

- ✓ Créer des tableaux de bord de gestion de ces dysfonctionnements validés par une majorité de cadres des deux services.

Ces outils de pilotage indispensables à l'analyse, servent à prioriser les problèmes, voir quelles en sont la fréquence, la gravité, quels sont les processus concernés , sont des outils d'aide à la décision, au pilotage. Le directeur des soins devra s'assurer que les cadres maîtrisent et utilisent l'outil informatique, si ce n'est pas le cas il devra leur donner les moyens de progresser.

- ✓ Programmer la date effective d'utilisation de ces tableaux de bord.
- ✓ Programmer des rencontres avec d'autres services clients au cours desquelles des projets de coopération devront être définis
- ✓ Rechercher l'effet « tâche d'huile » avec d'autres services clients suite à ces premières actions.

Un projet d'amélioration de la qualité centré service, isolé, ne peut produire de bons résultats si les autres services ne s'engagent pas dans la même démarche. Ce projet d'amélioration de la qualité doit être centré circuit patient avec des actions transversales sur les processus constituant le circuit. C'est pourquoi ce type de projet d'amélioration s'inscrit dans une stratégie institutionnelle, et il doit être porté et accompagné par le directeur des soins.

CONCLUSION

Le contexte réglementaire et financier pèse sur le système hospitalier. La mise en place de la nouvelle gouvernance dans le cadre du plan hôpital 2007 est une réforme que l'on peut voir comme une contrainte ou comme une opportunité. C'est avant tout une affaire d'Homme, une affaire de management des Hommes et des organisations.

L'usager, à travers la loi du 4 mars 2002 est placé comme acteur de soins au coeur du système.

La mise en place des pôles conduit les directions, en étroite collaboration avec les équipes médicales, à une réflexion stratégique et à rechercher de nouveaux modes de fonctionnement, d'organisation.

Il s'agit de concilier le mode vertical, pyramidal, de l'autorité hiérarchique et le mode transversal, de délégation ; passer d'une logique centralisée à une logique décentralisée, c'est aussi concilier le mode ascendant descendant et descendant ascendant pour ce qui relève du domaine opérationnel et accentuer le mode transversal et la coordination pour ce qui relève du domaine stratégique et politique.

Mais, il ne suffit pas de décréter le changement pour que les acteurs y adhèrent et modifient spontanément leurs comportements, leurs habitudes de travail, de fonctionnement. Or, la motivation, la performance au travail, sont liées à la reconnaissance des qualités personnelles, à la mise en valeur des aptitudes individuelles et à la vision qu'ils ont de leur participation à l'objectif commun.

Les attentes des usagers, les aspirations des acteurs, les contraintes institutionnelles sont des éléments de complexification du management.

Les cloisonnements existants liés à une forte spécialisation, à une logique métier, ne facilitent pas la vision transversale, la prise en charge globale du patient. L'hôpital sans mur et sans cloison n'existe pas encore. Les dysfonctionnements inhérents à cette structuration morcelée sont renforcés aux interfaces entre les activités sur les processus de prise en charge des patients. Ces dysfonctionnements, sources de non qualité, de non cohérence, de perte de temps, d'énergie, engendrent un manque d'efficacité, d'efficience, et de non optimisation des ressources disponibles.

Or, le directeur des soins, responsable de l'organisation des soins, de la continuité des soins, se doit d'apporter une vigilance particulière au fonctionnement des interfaces. Il lui appartient de développer une organisation transversale. Le management par la gestion des processus tel qu'il est présenté dans ce document lui permet de croiser l'organisation verticale hiérarchique et l'organisation transversale, horizontale à partir des processus d'activités de soins, de prise en charge des patients.

Le management par les processus, construit sur la base d'une démarche projet à partir de l'analyse des dysfonctionnements aux interfaces en interne ou en externe, permet de formuler des objectifs communs d'amélioration de progrès, et de construire une vision commune, redonnant ainsi du sens, de la cohérence aux actions des acteurs.

Le directeur des soins doit impulser les expériences, les échanges entre les professionnels, il rend ainsi "l'organisation apprenante" et favorise le décloisonnement. Mais, il doit trouver un équilibre entre, innovation, changement, progrès et stabilité .

"Plus que partout ailleurs, le succès de l'innovation, des changements, des projets n'est possible à l'hôpital que lorsque les rationalités des différentes catégories d'acteurs du soin sont "traduites" dans un langage compréhensible par tous et fédérées par un objectif commun "partagé" : le patient."⁵⁹

⁵⁹ Allafort M. « développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital » Ciste, juin 2003.
p 6.

Bibliographie

Ouvrages

ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. V2_manuel_A ., septembre 2004. 130 p.

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

BENANTEUR Y., ROLLINGER R ., SAILLOUR J-L. Organisation logistique et technique à l'hôpital. Rennes ; Editions Ensp, 2000. 171 p.

CLAVERANE J P., PASCAL C. Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance. Paris ; Editions Médica, 2004. 242 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F. Le management stratégique hospitalier. Paris ; Inter éditions, 1997. 445 p.

CROZIER M. Le phénomène bureaucratique. Editions du Seuil, 1963. 123 p.

CROZIER M ., FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Editions du Seuil, 1977. 478 p.

GENELOT D. Manager dans la complexité. Insep Editions, 379 p.

HAMMER M., CHAMPY J. Le réingéniering. Paris ; Dunod, 1993

JOCOUP P., MEYER P. La logique de la valeur. Paris ; Dunod, 1996. 182 p.

LE MOIGNE J-L., MORIN E. Comprendre la complexité dans les organisations de soins. Lille ; ASPEPS Edition, 1997. 85 p.

MAGUEREZ G. L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rennes ; Editions ENSP, 2005. 119 p.

MINTZBERG H. Structure et dynamique des organisations. Paris ; Editions d'organisation, 2005. 434 p.

Articles de revues

ALLAFORT M. Développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital. Ciste, juin 2003, pp. 1-6.

DANCAUSSE F., BLANCHARD M., ARNAL M. Le chemin clinique Une route vers l'amélioration continue. Gestions hospitalières, février 2006, pp. 92-98.

DEMEESTERE R. La transversalité : gestion des processus et des projets. Revue française de gestion, juin, juillet, août 1995, pp 52-54

ELLENBERG E. Management des risques. Une approche organisationnelle. Gestions hospitalières, janvier 2004, pp. 25-28.

ELLENBERG E., GUERRIER M., HIRSCH E. Droit des malades Quelles influences sur l'activité de soin à l'hôpital ?. adsp, juin 2004, n° 47, pp. 61-65

GOMPEL F., POULIGNY P. L'optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité. Gestions hospitalières, mars 2005, pp. 199-201.

GONNET F. Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics. Colloque de Cerisy 1994

LORINO Ph. Le déploiement de la valeur par les processus. Revue française de gestion, juin, juillet, août 1995, pp. 55-71.

MOTTIS N., PONSSARD J-P., TANGUY H. De la planification des interfaces techniques à l'articulation des compétences. Revue française de gestion, juin, juillet, août 1995, pp. 102-111.

TARONDEAU J-C et WRIGHT R. W. La transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus. Revue française de gestion, juin, juillet, août 1995, pp. 112-120.

Mémoires

CANTOURNET M-J. La coordination des acteurs : Un facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient hospitalisé. Rôle du directeur des soins. Mémoire directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2005. 81 p.

GUENOT C. L'amélioration continue de la qualité : un enjeu managérial pour le directeur des soins. Mémoire directeur des soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 2005. 72 p.

HUCHOT F. Démarche qualité en imagerie médicale. Résultats et perspectives. Rapport de stage : Master 1 ingénierie du système de santé : Faculté de médecine de Nice, université Nice Sophia Antipolis, 2004-2005. 52 p.

Sites Internet :

Site de l'HAS : [http : //www.has.fr](http://www.has.fr) Rapports d'activité 2000 et 2004

Site du Guichet du Savoir : <http://www.guichetdusavoir.org> Transversalité

Site de l'encyclopédie wikipedia : <http://www.wikipedia.org> Définition d'interface

Site : <http://www.revuessim.free.fr> Définition d'interface

Site : <http://www.teluq.quebec.ca> Définition d'interface

Site : [http:// www.reformes-hospitalieres.com](http://www.reformes-hospitalieres.com)

Site : <http://www.afppe.net> diaporama congrès cadre

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué dans les unités d'imagerie médicale - **annexe non publiée**

Annexe II : Questionnaire distribué dans les unités de soins - **annexe non publiée**

Annexe III : Référence 35 issue du manuel d'accréditation

Annexe IV : La cartographie des processus en imagerie

Annexe V : Projet MAD (management des dysfonctionnements)

Annexe VI : Camembert des proportions des dysfonctionnements

Annexe VII : Fiche de signalement des dysfonctionnements intégrant la méthode 5M

ANNEXE III

Extrait du manuel d'accréditation des établissements de santé – deuxième procédure d'accréditation – septembre 2004

Référence 35

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité.

35.a. La prescription d'examens complémentaires est justifiée par l'état du patient et mentionne les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

Il s'agit au travers de cette exigence, d'éviter les examens complémentaires systématiques, parfois inutiles et redondants, et d'en lier la prescription à l'évaluation initiale et régulière de l'état de santé du patient. Pour les examens d'imagerie médicale exposant les patients aux rayonnements ionisants, cela permet de les minimiser et de répondre aux exigences réglementaires de justification et d'optimisation (cf. décret du 24 mars 2003). Ces dernières demandent à chaque prescripteur de s'interroger sur le bénéfice de l'examen par rapport au risque d'exposition et de toujours veiller à obtenir l'information diagnostique recherchée au moyen de la dose d'exposition la plus faible.

35.b. Les règles relatives à la réalisation des examens sont établies.

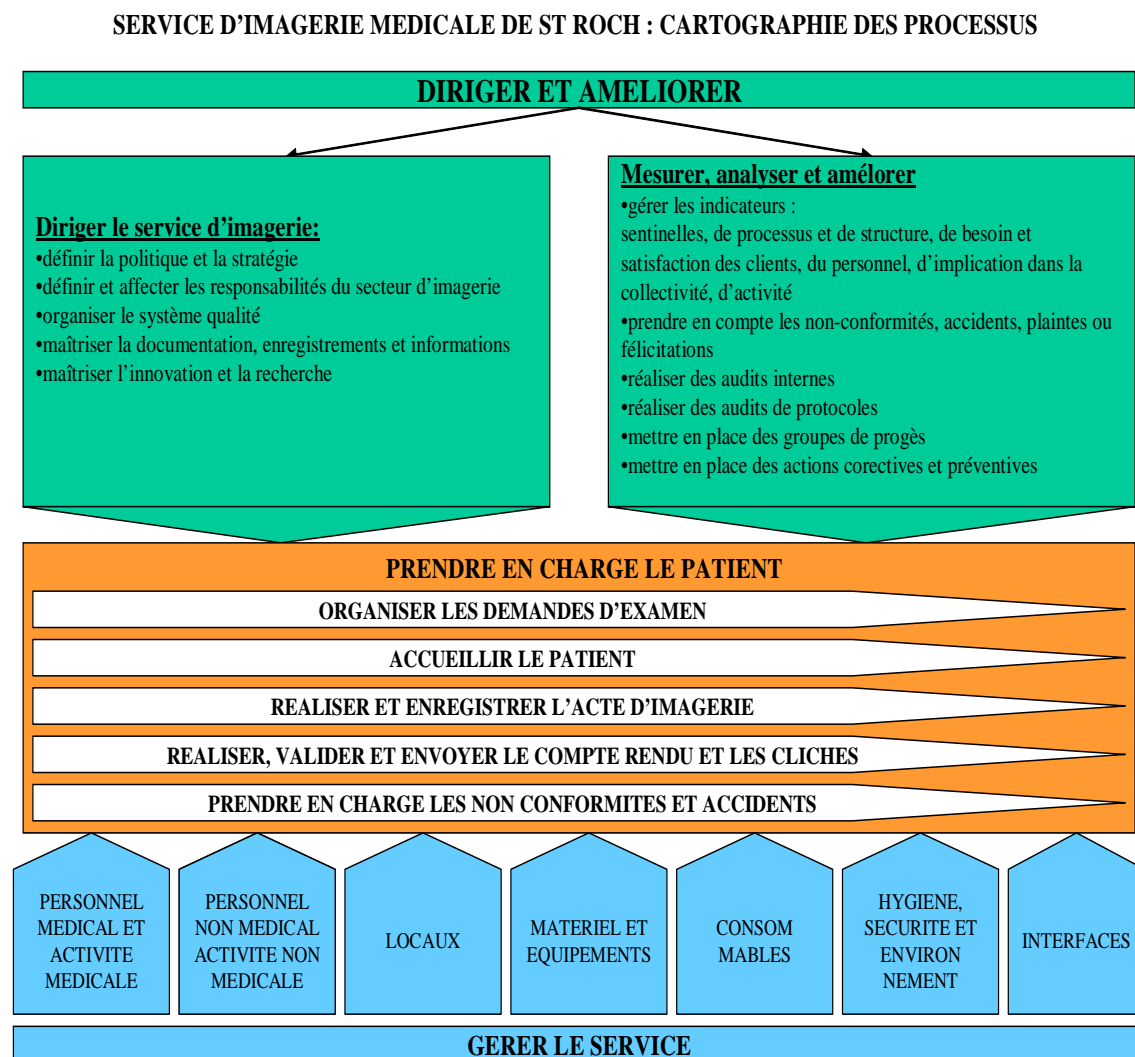
35.c. Les règles relatives à la communication des résultats sont établies et répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques en termes de qualité et de délais de transmission.

En cas de convention avec un autre établissement de santé ou un laboratoire de biologie médicale extérieur, les impératifs de disponibilité, de qualité et de délais de transmission des résultats doivent être respectés.

ANNEXE IV

Les 5 processus d'un service d'imagerie

Modélisation des processus d'activités du service d'imagerie médicale de l'hôpital Saint Roch au CHU de Nice, extrait du rapport de stage de F. Huchot .



Auteur : Fabien Huchot, ingénieur qualité.

ANNEXE V

Projet management des dysfonctionnements sur l'interface imagerie/SAU à l'hôpital Saint Roch au CHU de Nice issu du rapport de stage de F.Huchot.

Proposition/Objectif :

En parallèle avec le projet IISAU, l'objectif du **projet MAD** est d'établir un système permanent d'échange par mail des dysfonctionnements relatifs à l'interface SAU/Imagerie entre les cadres de ces deux services, et ce afin :

- D'améliorer l'enregistrement des dysfonctionnements relatifs à l'interface Imagerie/SAU afin d'obtenir des données fiables pour engager des actions d'amélioration.
- De réduire les délais entre le dysfonctionnement et l'action d'amélioration.
- D'être au plus proche des « front office » dans la gestion de ces dysfonctionnements afin d'obtenir leur participation pour qu'au final ils s'approprient cette culture et démarche d'amélioration permanente de la qualité.
- De satisfaire avant tout le patient par une prise en charge de qualité (délais d'attente, conditions de l'attente, ...), mais également satisfaire les différents acteurs de cette prise en charge (agents de terrain, direction, CVSGDR), tout en manageant les risques.

Par ailleurs, toute réponse à une fiche de dysfonctionnement devra être envoyée à l'ensemble des cadres de ces deux services dans un délai inférieur à 48 heures. Cette réponse sera soit une explication ou proposition de solution immédiate au dysfonctionnement pointé, soit une demande de constitution de groupe de travail pour mettre en œuvre une action d'amélioration.

Intérêts :

- Traiter dans un délai court les dysfonctionnements entre ces deux services.
- Enregistrer et analyser l'ensemble des dysfonctionnements afin de mettre en évidence les points forts et les points faibles de l'interface (approche 5M).

Mettre en œuvre, à la demande des cadres, des projets d'amélioration en fonction des dysfonctionnements enregistrés

- et ce en faisant appel aux agents concernés dans un délai très court.
- Evaluer les résultats obtenus par ces groupes de travail (voir tableaux de bord).

- Présenter un document synthétique trimestriel à la Direction Générale ainsi qu'à la CVSGDR sur les dysfonctionnements enregistrés, les projets en cours, les objectifs fixés.
- Les résultats du projet MAD seront intégrés au bilan d'activité des services.

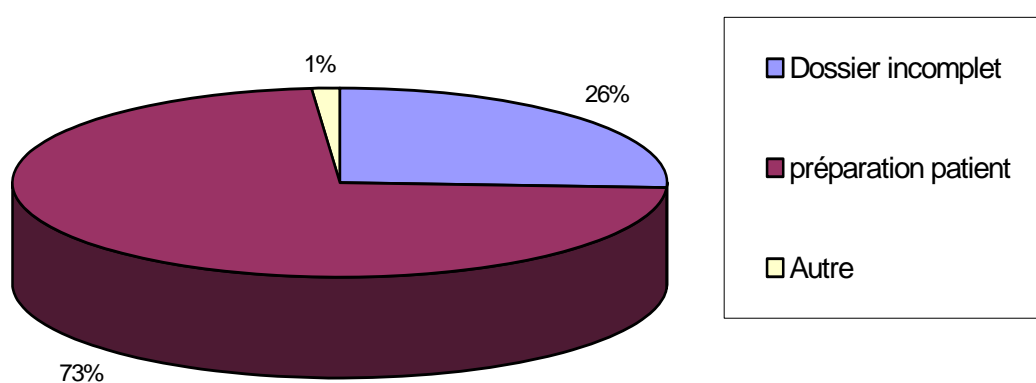
Organisation :

- L'équipe de Gestion des Dysfonctionnements sera initialement composée d'un cadre du SAU, d'un cadre d'imagerie ainsi que d'un ingénieur qualité. Ce groupe se réunira mensuellement afin de faire une synthèse des dysfonctionnements enregistrés, de l'avancée des projets, des résultats obtenus par les projets achevés.
- Pour chaque projet, des fiches standardisées de gestion de projet devront être systématiquement utilisées par le chef de projet et l'équipe, afin de standardiser la démarche et par conséquent d'améliorer l'efficacité de ces groupes.
- L'évolution souhaitée de ces groupes de travail se rapporte à une volonté « d'empowerment », c'est à dire d'appropriation du projet et de cette démarche par les agents de ces deux services. Ainsi l'évolution attendue sur une période de un an est la suivante :
 - Phase 1 : chacun des trois membres de l'équipe de gestion du projet MAD gère un ou plusieurs projets d'amélioration, en présentant aux participants la démarche projet.
 - Phase 2 : les trois membres de l'équipe de gestion du projet MAD partagent la chefferie du projet avec d'autres agents des services (cadres, médecins, para-médicaux).
 - Phase 3 : les chefs de projets d'amélioration sont tout membre du personnel, et bénéficient du soutien méthodologique et logistique des membres de l'équipe de gestion si besoin

ANNEXE VI

Les 2 dysfonctionnements les plus fréquents pendant les 4 semaines de stage de F.Huchot

GRAPHIQUE 2 : RAPPORT DES DIFFERENTS TYPES DE DYSFONCTIONNEMENTS



Extraction du rapport de stage de F. Huchot

ANNEXE VII

Déclaration et description du dysfonctionnement (méthode des 5M)

FICHE MAIL : DECLARATION DE DYSFONCTIONNEMENT SAU / IMAGERIE	
<u>Nom déclarant :</u>	<u>Description du dysfonctionnement:</u>
<u>Service déclarant :</u>	
<u>Date :</u>	
<u>Type de dysfonctionnement</u>	<u>Réponse:</u>
MILIEU	
PATIENT	
MATERIEL	
MOYENS HUMAINS	
PROTOCOLES PROCEDURES	

Extraction du rapport de stage de F.Huchot