

*Ecole Supérieure
Montsouris
Université Paris Est Créteil Val-de-
Marne*



**PILOTER ET MANAGER UN PROJET
AU SEIN DU PÔLE FEMME ENFANT
L'enjeu de la modélisation du
parcours de soins en Hôpital de
Jour pédiatrique**



Odile COURRET

**MTMOS
2012-2013**



Sommaire

Liste des abréviations	3
Introduction	4
1 LE CONTEXTE HOSPITALIER.....	7
1.1 L'hôpital Louis Mourier	7
1.2 Le pôle femme enfant	8
1.3 La Prise en compte par la législation française des alternatives à l'hospitalisation.....	9
1.4 Les enjeux de la programmation de l'activité.....	11
1.4.1 L'accueil des enfants	11
1.4.2 Le parcours de soins et la prise en charge soignante.....	12
1.4.3 Les enjeux économiques et financiers.....	14
1.4.4 Des concepts philosophiques.....	15
2. LE PROJET	17
2.1 Les objectifs et le périmètre.....	17
2.2 Le cadre méthodologique.....	17
2.2.1 Mise en place d'un contrôle de gestion.....	18
2.2.2 La création de valeur ajoutée.....	19
2.2.3 Le management participatif.....	19
3. L'ÉTAT DES LIEUX.....	21
3.1 L'hôpital de jour en pédiatrie (HDJ)	21
3.1.1 Données actuelles	21
3.1.2 L'évolution récente	21
3.1.3 Schéma des liaisons fonctionnelles	22
3.1.4 L'évolution et la spécificité de la pédiatrie	24
3.1.5 Les groupes homogènes de malades par codage de l'activité médicale (parcours de soins codifiés).....	25
3.1.6 L'impact des recommandations du chantier ANAP sur l'évolution des capacités par modes d'hospitalisation.	26
3.1.7 L'activité de l'HDJ	27
3.2 La mise en place d'un processus qualité continu	29
3.2.1 Passage d'une organisation du travail fonctionnelle à une organisation par processus.	29
3.2.2 Analyse de l'existant	30
3.2.3 Stratégie, moyens mis en œuvre, calendrier.....	32
3.3 Analyse des champs de l'activité	34
3.3.1. La modélisation du parcours de soins, le processus support.....	34
3.3.2 Le travail en HDJ, les aspects liés au personnel.....	39

4	LE PROJET DE PERFORMANCE DE L'HDJ	43
4.1	Pourquoi un projet de performance ?	43
4.2	Identification des activités et des processus critiques	44
4.2.1	L'inventaire des risques.....	45
4.2.2	La campagne de mesures réalisée	45
4.3	Les objectifs et indicateurs associés aux différents processus	48
4.4	Analyse des résultats	50
4.4.1	Le processus de prise de rendez-vous	50
4.4.2	Le processus de prise en charge soignante	52
4.4.3	Le circuit du patient.....	62
5	LES PRECONISATIONS.....	64
5.1	Planifier et organiser les parcours de soins dans la programmation de l'activité actuelle	64
5.2	Mettre en place le tableau de bord de l'HDJ	64
5.3	Définir la fiche de poste d'une coordinatrice	65
5.4	Définir un nouveau circuit de soins pour la consultation d'oncologie.....	66
5.5	Réaliser une enquête de satisfaction auprès des usagers	66
	Conclusion	67
	Bibliographie.....	70
	Annexes.....	

Liste des abréviations

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

APHP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

APM : Agence de Presse Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

CAMPS : Centre d'Action Médico-sociale Précoce

CETO : Centre d'études en transformation des organisations

DIM : Département d'Information Médicale

ENS : Ecole normale supérieure

GH : Groupe Hospitalier

GHM : Groupe homogène de malades

GGR : Culot de globules rouges

GHS : Groupe homogène de séjour

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HDJ : Hôpital de jour

HEC : Ecole des hautes études commerciales de Paris

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

HUPNVS : Hôpitaux Universitaires Paris Nord-Val de Seine

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

PALIPED : Equipe Ressources en Soins Palliatifs d'Île de France

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

REPOP : Réseau de Prévention et prise en charge de l'obésité

RIFHOP : Réseau Île de France d'Hématologie Oncologie Pédiatrique

ROFSED : Réseau Ouest-Francilien de Soins aux Enfants Drépanocytaires

SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)

T2A : Tarification à l'activité

UA : Unité administrative

Introduction

Puéricultrice depuis 27 ans, mon intérêt pour l'enfant a toujours été au cœur de mon métier, et de l'expertise en soins que j'ai forgée au cours de mon expérience. Ce sont les questions que je me pose sur l'accueil des enfants, qu'elles soient pratiques, médicales, d'accompagnement ou philosophiques, les préoccupations sur la diminution du risque et la qualité, qui m'ont conduit à prendre des responsabilités en management.

C'est ainsi que ma carrière m'a menée, très rapidement, à diriger des structures extra hospitalières. J'ai donc acquis progressivement une approche managériale, et, en même temps, le goût de la gestion. Ces deux passions conjuguées, l'une pour le patient/soin, l'autre pour la gestion, expliquent pourquoi j'ai sans cesse mené, parallèlement à mon expérience professionnelle, des travaux de recherche ou d'étude.

La passion de transmettre va de pair avec le plaisir d'apprendre. Quand on aime transmettre des savoirs/connaissances, on aime aussi les remettre sans cesse à jour, les enrichir, ne pas rester sur ses acquis, échanger des expériences. Cet enrichissement ne se fait pas qu'en « salle de cours », mais dans toutes les circonstances où on est à l'écoute, enjeu du management participatif.

Peu à peu, la diversité de mon expérience professionnelle, m'a amenée à ne pas restreindre mon point de vue à la pédiatrie, mais à adopter une vision transversale, de pôle. C'est pour cela que j'ai inscrit mon projet dans une politique institutionnelle de pôle, avec l'ambition de concourir à une politique de santé.

Ce travail s'inscrit également dans le souci de transmettre mon expérience, fédérer des équipes et des acteurs autour d'un projet commun, toujours inscrit dans une politique hospitalière. Un accueil de qualité du patient et une gestion économique du service rendu sont, à mon avis, indissociables.

* * * * *

La loi HPST¹, en imposant un projet régional de santé aux agences régionales de santé, ouvre la voie à une nouvelle planification sanitaire et sociale. La décentralisation des politiques sociales génère un nouveau mode de planification, par plans et schémas, depuis les années 1990.

Dès 1992, l'HCSP proposait des « *stratégies de soutien à une politique de santé* » et

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

posait dans son 3ème objectif : « améliorer l'action administrative dans le domaine de la santé », demandait que « les résultats des programmes soient évalués sur des progrès de l'état sanitaire, sur l'efficacité des rapports aux coûts, sur la satisfaction de la population ».²

Les avantages d'un pilotage des politiques sociales et de santé par les plans stratégiques, schémas et programmes, sont nombreux : ceux-ci s'intéressent en effet aux besoins de la population, ils ont le souci de l'efficacité économique dans une démarche rationnelle et volontariste. Ils assurent la transversalité de l'action en santé publique et permettent le renforcement de la coordination entre acteurs et institutions.

Il y a différents plans/schémas, dont « un pilotage par des formes de management associant la norme et le contrat (Jean-Paul Dumond) » est celui qui me correspond le mieux³.

Le mot, planification, révèle des significations historiques dont « le premier sens est réalisé dans lever un plan (1680), dans plan géométral (1856) et récemment plan-masse (1963) : le second est réalisé dans plan graphique (1932) ». Le passage au sens figuré, « ensemble des dispositions adoptées en vue de la réalisation d'un projet (1627), en procède par abstraction ».⁴

L'hôpital de jour est une structure alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Il permet d'effectuer sur une durée journalière inférieure ou égale à 12 heures des actes médicaux.

Planifier l'accueil des enfants en hospitalisation de jour (HDJ), c'est élaborer une méthodologie qui prend en compte l'enfant et la spécificité de sa pathologie dans sa totalité. Il s'agit de considérer que ces processus d'accueil et de prise en charge sont vécus, modifiés et parlés par des personnes et qu'ils sont évaluable. L'enfant et ses parents sont considérés comme des usagers.

Placer l'utilisateur (l'enfant) au centre du projet, contribue concrètement aux actions de restructuration hospitalière, de réduction des inégalités de soins, d'organisation de réseaux de santé et de qualité de soins en cours et à venir.

² Alain Jourdain et Pierre-Henri Bréchat, « La Nouvelle planification sanitaire et sociale », PRESSES de l'EHESP : 2ème édition, 2002, p.72

³ Alain Jourdain et Pierre-Henri Bréchat, « La Nouvelle planification sanitaire et sociale », PRESSES de l'EHESP : 2ème édition, p. 7

⁴ Sous la direction d'Alain Rey, « Dictionnaire historique de la langue française », LE ROBERT, 2006, 3 tomes.

Dans cet objectif, mes réflexions conduites en lien avec mes collaborateurs (soignants, cadre de pôle...) m'ont menée à la création de schémas permettant de modéliser les parcours de soins. Je m'inscris dans une démarche processus, avec la création de mes propres outils managériaux, dont cette modélisation du parcours de soins, comme processus support d'une meilleure programmation de l'activité.

Pourquoi j'ai choisi cette modélisation ? Parce que c'est elle qui conditionne tout l'accueil et le parcours de soins du patient en HDJ pédiatrique. Cet outil, constitue la base pour répondre au mieux aux enjeux de la programmation de l'activité : l'efficacité et la qualité des soins dispensés et en même temps améliorer l'accueil des patients et des parents.

Mon projet vise à mettre en place une démarche de performance : évaluer les forces et les faiblesses de l'activité à partir d'un audit de l'existant, définir des indicateurs et mesurer leur évolution pour définir les cibles ou tendances d'amélioration et enfin à terme constituer un tableau de bord du pilotage de l'activité de l'HDJ.

1 LE CONTEXTE HOSPITALIER

« Le chemin parcouru ces dernières années a été important, marqué par une réorganisation majeure de notre institution qui a engagé nos 5 hôpitaux dans une démarche commune, un avenir commun.

Il s'agira dans les années à venir de consolider ce groupe et de mener les projets essentiels et attendus qui marqueront durablement notre paysage hospitalier et amélioreront les conditions d'accueil, de sécurité et de prise en charge des malades de nos territoires de santé » Elisabeth de Larochelambert (Directrice des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine).

1.1 L'hôpital Louis Mourier

L'hôpital Louis Mourier est situé à Colombes, dans le nord des Hauts-de-Seine, au sein d'un bassin de population dense couvrant les communes de Colombes, Bois-Colombes, Nanterre, La Garenne-Colombes, Gennevilliers, Courbevoie et Villeneuve-la-Garenne. La population actuelle de 700 000 habitants est en légère croissance. Par ailleurs, le nombre d'enfants en bas âge y est plus élevé que la moyenne régionale. L'hôpital, en 2012, est doté de 459 lits et 22 places en ambulatoire. Son effectif est de 1 778 agents, dont 198 médecins.

L'hôpital Louis Mourier a été conçu initialement pour accueillir des patients adultes. La pédiatrie n'y est arrivée qu'ultérieurement.

L'extension de la maternité, conjointement avec le passage d'un service de néonatalogie de niveau 2 à un niveau 3 avec l'ouverture de 14 lits de réanimation, ont eu lieu en même temps que la création du pôle femme-enfant.

En 2009, avec la loi HPST qui a engendré la création du fonctionnement par pôle des services a occasionné de nombreux projets de remaniement dans les organisations de soins. Ces changements ont également eu un impact sur la pédiatrie, avec une augmentation (quantitative) potentielle des patients.

Le fonctionnement par pôle, avec ses extensions, a révélé le besoin de priorité en obstétrique et en néonatalogie ; les accouchements sont ainsi passés de 2 000 à 3 000, la maternité s'est dotée de blocs opératoires supplémentaires puis, en novembre 2012, a vu l'ouverture d'une unité Kangourou et l'augmentation de la capacité d'accueil de l'unité de néonatalogie.

Ces évolutions ont eu une incidence sur le nombre et le suivi médical de certains enfants en pédiatrie.

1.2 Le pôle femme enfant

Le pôle femme enfant, auquel appartient le service de pédiatrie, constitue le seul centre de périnatalité de type 3 sur la région nord du département des Hauts de Seine. Il a été créé autour du service de réanimation néonatale ouvert en 2008. Outre la maternité de proximité et le service de néonatalogie, il est constitué d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic néonatal. En ce qui concerne la pathologie maternelle fœtale et néonatale, le pôle est devenu le centre de référence du réseau des Hauts-de-Seine Nord, regroupant 7 maternités.

Le pôle femme enfant représente 43% du nombre des séjours en hospitalisation partielle et 68% de la valorisation de ces groupes homogènes de séjour (GHS).

Le projet contrat de pôle 2011 s'est fixé des objectifs sur 4 ans, dont nous voyons ci-dessous l'incidence sur la pédiatrie :

- Objectifs de qualité et sécurité de prise en charge : la pédiatrie a contribué largement à la réussite de la certification comme l'indiquent notamment les résultats sur le circuit du médicament lors de la visite des experts en mai 2011. C'est un résultat important, d'autant plus qu'il s'agit du seul service de pédiatrie du groupe hospitalier : un objectif prioritaire institutionnel. Ces bons résultats confortent les compétences paramédicales du service.
- Objectifs du projet de soins : le service pédiatrie est déjà dans une démarche d'éducation thérapeutique à travers des projets de formation. Il a également entrepris des formations du personnel sur des thématiques de soins palliatifs.
- Quant aux objectifs d'optimisation des organisations et de retour à l'équilibre médico-économique, le projet de restructuration de l'HDJ pédiatrique est destiné à y répondre.

Ces objectifs entrent dans le cadre des 16 projets prioritaires de l'APHP visant l'amélioration de la performance des plateaux techniques, l'amélioration des prescriptions, la fluidification de l'aval des urgences et des filières de soins, l'optimisation du codage du PMSI et une meilleure utilisation des surfaces.

Le groupe hospitalier (GH) s'engage plus particulièrement sur les thématiques pour

lesquelles il a signé un contrat de performance avec l'ANAP et l'ARS, en cohérence avec le projet d'établissement et les engagements de retour à l'équilibre médico-économique.

1.3 La Prise en compte par la législation française des alternatives à l'hospitalisation

L'HDJ est une structure de soins qui permet l'admission, le traitement et la sortie d'un patient le même jour, elle est très appropriée aux enfants. Elle vise à permettre une prise en charge du malade qui ne demande pas une hospitalisation complète mais nécessite des soins, des investigations, des bilans de surveillance qui ne peuvent pas être pratiqués en consultation externe.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991⁵, dit que :

« - Art L 711-2 : Les établissements de santé, publics et privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement :

a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, odontologie ou psychiatrie

b) (...) »

Les décrets d'application ont été publiés en octobre 1992,⁶ ils précisent :

« Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation...ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations...Elles comprennent :

a) les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit ;

b) les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ;

c) (...) »

Le décret n°92-1100 fait obligation de fermer des lits d'hospitalisation conventionnelle pour pouvoir créer des places d'hospitalisation de jour.

Le décret n°92-1101 donne des définitions précises des unités concernées et indique comment déterminer le nombre de places en fonction de l'activité (par rapport à un nombre maximal annuel de patients)

⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière.

⁶ Décret n°92.1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

Le décret n° 92-1102 détaille quant à lui les conditions techniques de fonctionnement de ces unités et apporte en particulier les précisions suivantes.

« Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel »

La mise en œuvre de cette réglementation a posé des difficultés pratiques dans les établissements de santé :

- Une grande partie de l'activité relevant d'une hospitalisation de jour est réalisée au sein des unités d'hospitalisation conventionnelle : des lits sont réservés à cette activité,
- Il est difficile d'analyser la nature réelle de l'activité ambulatoire et de préciser son volume exact et les modalités pratiques de sa réalisation,
- Le volume des séances est en progression constante et entraîne une dispersion des patients relevant d'un même mode de prise en charge,
- Plusieurs disciplines médicales se trouvent regroupées au sein d'une même unité de soins,
- Les lits créés ou déplacés ont entraîné une diminution capacitaire en lits de l'hospitalisation conventionnelle,
- On constate une augmentation de l'autonomie et du pouvoir des médecins.

Les obstacles rencontrés lors de la création de ces nouveaux hôpitaux de jour autonomes et regroupant l'activité ambulatoire de plusieurs services ont été d'ordre structurel et organisationnel.

L'instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 (jointe en annexe 2),⁷ relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dans son article II, paragraphe 2, énonce que *« un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :*

- *une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à*

⁷ Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée.

l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;

- *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;*
- *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. »*

Cette instruction attire l'attention des médecins sur certaines conditions du codage :

« Les « séances » au sens du PMSI et de la classification des GHM sont également exclues de cette circulaire. En effet, pour la plupart de ces prises en charge, une admission est réalisée, un RSS produit, conformément au guide méthodologique de production de résumés de séjour du PMSI en MCO et un GHS facturé. »

Elle attire l'attention des médecins sur des conditions possible de facturation d'un GHS concernant des prises en charge sur un « terrain à risque » en lien avec la pathologie chronique sévère et l'âge du patient.

1.4 Les enjeux de la programmation de l'activité

Programmer l'activité de manière efficiente est un enjeu majeur. L'objectif est de permettre d'optimiser les ressources au sein de l'hôpital, tout en assurant un accueil des patients de qualité, que ce soit au niveau de leur prise en charge, de la réalisation des parcours de soins ou de l'organisation du travail des soignants.

Une programmation optimisée et fiable permet aussi de donner aux patients et à leur parent une bonne information sur les conditions de l'hospitalisation, les horaires d'entrée et de sortie, et de mieux prendre en compte les contraintes liées à la vie privée, scolaire ou professionnelle.

1.4.1 L'accueil des enfants

Les recommandations de l'HAS concernent les enjeux et les spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Les commentaires de la « charte » sont rédigés de telle façon qu'ils peuvent être utilisés comme guide pour un management respectueux de « *l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent* » de la

*part de la direction de l'établissement et la mise en place d'actions d'améliorations ».*⁸

De même l'HAS « *entend promouvoir une vision rénovée de la prise en charge des maladies chroniques en centrant leur organisation autour de parcours de soins permettant le plus possible un accompagnement du malade à la fois personnalisé et coordonné ».*⁹

La nouvelle structuration de l'HDJ doit avant tout répondre à ces recommandations et c'est une des raisons qui rendent nécessaire l'optimisation du parcours de soins, en y intégrant la place des parents.

D'ores et déjà, des actions sont entreprises au sein de l'hôpital. Par exemple, les éducatrices ont présenté un projet dans le cadre des actions du Rotary Club qui a été validé par la direction et qui a obtenu un financement de 18 000 euros. Il concernerait l'installation de consoles informatiques et l'aménagement d'un espace de psychomotricité pour les enfants.

Comme nous le voyons, l'hôpital est déjà concerné et sensibilisé à l'accueil spécifique des patients enfants et adolescents. Il est primordial que le projet de restructuration soit orienté vers une « *réflexion sur ses capacités et les difficultés auxquelles il a ou aurait à faire face pour prendre en charge les enfants et adolescents dans des conditions optimales de sécurité et de soins ».*¹⁰

Il semblerait que le parcours de soins du patient-enfant n'est pas clairement défini.

L'approche est fonctionnelle, mais l'optimisation de la prise en charge nous mène à une approche processus qui permet de visualiser le parcours individuel avec son mécanisme de coordination interdisciplinaire.

1.4.2 Le parcours de soins et la prise en charge soignante

Les temps de soins, les temps d'attente, les relations avec les services internes et externes sont autant d'éléments concernés pour une optimisation de l'organisation des parcours de soins et du travail des soignants.

C'est la régulation qui est ici visée.

⁸ Document HAS/service développement de la certification/décembre 2001, « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé », disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail>, consulté en novembre 2012.

⁹ HAS-Communiqué de presse, « Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques », disponible sur <http://www.has-sante.fr>, consulté en novembre 2012.

¹⁰ Document HAS/service développement de la certification/décembre 2001, « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé », disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail>, consulté en novembre 2012.

Selon la définition du dictionnaire historique de la langue française : « *Régulation* : se répand à la fin du XIXe Siècle, avec le sens de « fait d'agir sur un système complexe et d'en coordonner les actions par un fonctionnement correct et régulier ». ¹¹

La prise en charge programmée du patient permet de mettre en œuvre de nombreuses préconisations, facteurs d'amélioration de la qualité des soins et de nature à faciliter l'adhésion du patient au processus de soins :

- possibilité pour le patient de négocier la date de l'hospitalisation,
- information complète du patient sur le déroulement du séjour, la durée et la nature des actes réalisés,
- programmation stricte des actes de soins et des accès au plateau médico-technique, diminution des délais et des temps d'attente pour les examens ou les traitements.

Informé le patient permet également de le rendre acteur de son parcours de soins, de le faire adhérer et participer, tout en le rassurant, lui et ses parents.

L'activité étant connue à l'avance et mieux maîtrisée, la réalisation du travail des soignants est organisée et planifiée de façon plus précise et risque d'être moins perturbée par des entrées imprévues.

Mais au delà des objectifs d'efficacité et de meilleure organisation, améliorer la programmation de l'activité a aussi un enjeu sanitaire fort : le respect de la durée du parcours de soins limite les risques d'infections nosocomiales.

Les principaux sujets qui seront traités dans le cadre de mon projet sont :

- la prise de rendez-vous, gestion des flux (patients programmés, ayant rendez-vous ou pas, venant ou pas, l'urgence),
- la prise en charge soignante,
- le circuit du patient
- le travail du personnel,
- le taux d'occupation des lits et le temps des parcours de soins,
- le temps de débordement (heure d'arrivée/de sortie comparée aux horaires idéaux prévus au parcours de soin initial)

¹¹ Sous la direction d'Alain Rey, « Dictionnaire historique de la langue française », LE ROBERT, 2006, 3 tomes.

1.4.3 Les enjeux économiques et financiers

L'objectif d'efficience porte sur l'organisation de la prise en charge globale d'un patient et s'intéresse à la gestion équilibrée d'un parcours conduisant aux interventions de différents services. Le mode de rémunération doit permettre d'obtenir une optimisation d'une prise en charge dans la complémentarité des interventions de soins et des solutions toujours mieux adaptées à l'état de santé du patient ; c'est l'adaptabilité à l'offre de santé, aux besoins du patients.

L'approche de l'HDJ par le PMSI dénote une activité hémato-oncologique pédiatrique importante par le GHM (groupe homogène de malades).

Dans le PMSI, une séance est identifiée, le médecin valide la case « séance » sur le résumé d'unité médicale (synthèse). Le constat tend vers une meilleure valorisation des différentes modalités de prise en charge : le GHS (groupe homogène de séjour) et des traitements coûteux (chimiothérapie). Le GHS porte sur la tarification à l'activité (T2A) qui est un mode de financement important.

Le GHM est associé à un GHS : il s'agit du tarif de la prestation.

Le PMSI ne fournit pas une liste exhaustive des actes réalisés durant « le séjour », il ne contient pas les actes médicaux, chirurgicaux, de radiologie et d'anesthésie-réanimation ce qui ne permet pas d'avoir une connaissance complète de la prise en charge en hôpital de jour.

Quels sont les objectifs, la rentabilité, l'augmentation du « chiffre d'affaire », la diminution des coûts ? Est-il possible de connaître l'impact économique et financier de l'activité spécifique de l'HDJ ?

Dans le cadre du financement des établissements de santé, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

C'est l'activité interne qui comprend la codification du parcours de soins (séance) additionnée au séjour (admission) qui définit le coût « durée » en HDJ.

Au cours du dernier semestre 2012, l'administration a créé une structure administrative (UA) par pathologie pour connaître la dépense réelle. Ces nouvelles structures, plus affinées sur les résultats des données chiffrées par semestre, constituent un baromètre d'alerte représentatif de l'activité : outil de pilotage et de management de

l'activité vis-à-vis de l'efficacité du projet de performance de l'HDJ.

1.4.4 Des concepts philosophiques

Une grande majorité des patients accueillis en HDJ souffre d'une maladie chronique.

Qu'est-ce que la maladie, qu'est-ce que guérir, quel en est l'impact sur le moral et sur la personnalité ? Pour Frédéric Worms, on n'est pas malade impunément car aucune guérison n'est un retour à l'innocence biologique. « *La santé, c'est pouvoir supporter, la maladie, [...], une cicatrice est une blessure surmontée.* »¹². Pendant une maladie, le sujet n'est plus le même. Le malade disparaît devant la maladie. On peut s'interroger sur le processus de guérison, pour guérir, le détour par le soin technique est inévitable. Le malade n'est plus maître de son corps, il a besoin du recours aux soins. La maladie fait naître en lui un sentiment de vulnérabilité.

Les impacts de la chronicité sur le mental : la maladie chronique dure tout le temps de la vie. Pour le médecin urgentiste, Pierre Valette, « *Pour certaines maladies chroniques, le mot guérir n'a pas de sens... Il faut apprendre à cohabiter avec le mal... Revivre, c'est recréer un sens à sa vie, revivre est plus important que guérir...* ».¹³

La chronicité des maladies stimule chez les patients une maturité particulière. En pédiatrie, une grande majorité des enfants qui ne guériront pas, ne retrouveront pas non plus la santé antérieure qu'ils ont connue. Ils doivent apprendre à vivre avec ce fait. Nous, les soignants, aurons donc une approche différente avec ces patients, une approche plus pédagogique.

La relation aux soins compte beaucoup. Le supplément de maturité des enfants atteints de maladie chronique peut se voir comme un renforcement de la structure psychique ; ils s'appuient sur cette « *force intérieure* » pour faire face à l'avancée progressive de la maladie. Philippe Barrier s'est découvert un diabète en pleine adolescence et explique dans son livre comment la construction de sa relation avec les soignants l'a aidé autant que les soins. Il explique qu'il traverse « *un processus de restructuration et d'épanouissement des potentialités de l'individu, au sein même d'expérience de la maladie et des interactions complexes avec les personnes impliquées comme acteurs multiples autour des enjeux normatifs de la santé.* »¹⁴

¹² Frédéric Worms, professeur de philosophie à l'ENS. Cette citation provient d'un entretien télévisé, « Guérir », Arte, 21/10/2012.

¹³ Pierre Valette, médecin Cette citation provient d'un entretien télévisé, « Guérir », Arte, 21/10/2012.

¹⁴ Philippe Barrier, « La Blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité »,

Autrement dit, dans le vécu de la maladie chronique, l'interaction avec les personnes soignantes, donne l'impulsion du désir de vivre et aide donc à vivre bien.

Le fait d'être parmi les gens qui ne sont pas malades, ou pas malades de la même façon, est également porteur. C'est pourquoi je préconise que la salle de jeux soit un lieu commun à l'hospitalisation conventionnelle et à l'HDJ, ce qui permet aux enfants de se mélanger, car « *l'individualisation collective, c'est-à-dire ne s'opérant que dans une relation aux autres [...] se trouve ainsi structurée dans une nouvelle unité et cohérence.* »¹⁵

Pour Bergson, qui écrit dans son ouvrage, *La pensée et le mouvant*, introduction à la métaphysique, : « *Toute cette philosophie est le développement d'un principe que nous formulerions ainsi : Il y a plus dans l'immuable que dans le mouvant et l'on passe du stable à l'instable par une simple diminution. Or, c'est le contraire qui est la vérité. Dès lors, l'être véritable est pure présence à soi et au temps présent* ». ¹⁶ Cependant, nul ne peut nier la valeur subjective du temps : le temps de l'ennui est plus long que le temps de la passion, le temps de l'étude s'écoule différemment du temps du loisir, la vitesse de l'écoulement du temps semble différente en fonction de l'âge et des moments de l'existence. La notion de temps est tellement liée à la perception personnelle qu'en a le sujet que Saint-Augustin va jusqu'à mettre en doute l'existence objective du temps, bien avant Heidegger.¹⁷ Il semble qu'il y ait en philosophie deux notions de temps : le temps du monde et celui du sujet. Pour le sujet, cette relativité du temps, en ce qui concerne son ressenti, n'est pas qu'un sujet de réflexion philosophique.

Comment aider les malades à ce que ce temps soit riche en événements ? Comment faire que ce temps soit créatif ? De manière pragmatique, réduire les temps d'attente pour les patients/enfants avant les soins et les gérer de manière pédagogique permettent de développer des plages de temps de détente, lieu propice aux créativité artistiques et à la rêverie.

Rétrospectivement, ces réflexions philosophiques m'amènent à orienter le projet managérial sur le versant pédagogique qui est celui de la gestion du temps à aménager.

Editions Science Histoire : Société PUF, p. 11.

¹⁵ Philippe Barrier, « La Blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité », Editions Science Histoire : Société PUF, p. 11.

¹⁶ « La pensée et le mouvant, Henri Bergson : avec le texte intégral de... », disponible sur books.google.fr/books?isbn=2842919548, consulté en mars 2013.

¹⁷ « les variations du temps : la notion du temps Saint-Augustin », disponible sur www.gazettelitteraire.com/article-les-variations-du-temps-i-la-notion-du-t..., consulté en mars 2013

2. LE PROJET

2.1 Les objectifs et le périmètre

La Direction de l'hôpital m'a passé commande de réfléchir aux moyens d'améliorer le fonctionnement de l'HDJ. Cette commande est formalisée dans la note de cadrage.

- La directrice de l'hôpital, Conseil de service de la pédiatrie le 21 décembre 2012 :
« L'HDJ actuelle doit répondre aux normes de fonctionnement, actuellement cette structure n'est pas réglementaire, le projet de restructuration de l'HDJ rentre dans un projet de réaménagement de l'hospitalisation pédiatrique »
- La directrice des soins, entretien du mois de novembre 2012 :
« Le projet managérial doit inclure la participation des soignants et les médecins en liens et responsables de l'HDJ, il s'oriente vers une réflexion sur la programmation de l'activité ».

Ce projet impactera les services et les personnes ayant un lien direct avec le parcours de soins du patient en HDJ pédiatrique, depuis la planification de l'entrée du patient, programmé ou non, jusqu'à sa sortie.

2.2 Le cadre méthodologique

L'étude que je conduis est basée sur une approche stratégique managériale. Reprenons la définition de Andrews, Kenneth Richmond (1980),¹⁸ qui popularisa la notion de stratégie d'entreprise, au sein et à la tête de l'université Harvard Business School. Selon lui, la stratégie est *« une modélisation des buts et des politiques définissant la compagnie et ses affaires »*. L'identification et la mise en action d'une stratégie a pour objectif de favoriser une meilleure organisation des soins.

L'état des lieux de la situation actuelle de l'HDJ pédiatrique, une fois le diagnostic posé, servira de socle à une projection ultérieure sur de nouvelles organisations des parcours de soins à long terme. Ce projet se présente donc davantage comme l'analyse d'un fonctionnement que comme l'analyse des pratiques, il s'agit d'une approche processus avec un contrôle de gestion.

18 Andrews, Kenneth Richmond, "La responsabilité des administrateurs de la stratégie d'entreprise, Harvard Business Review, vol 58, n°6, pp. 57-64, disponible en ligne <http://www.icrc.org/fre/resouces/documents/misc/instruction-for-referencing-20040>, consulté en décembre 2012.

2.2.1 Mise en place d'un contrôle de gestion

L'HDJ est une structure prestataire de services, ce qui entraîne la nécessité de suivre son activité pour pouvoir en rendre compte et donc de disposer d'un système de mesure des principales données de cette activité. Pour atteindre cet objectif, j'ai choisi de mettre en place un contrôle de gestion et un tableau de bord de l'activité.

Ce processus d'ingénierie managériale se positionne dans une démarche d'amélioration continue.

Le contrôle de gestion repose sur la conviction pragmatique que l'on ne pilote que ce que l'on mesure, ou, dit autrement, que ce qui n'est pas mesuré ne peut pas être géré. Il va me permettre d'évaluer la performance, aussi bien en termes d'efficacité que de synergie entre les différents acteurs, d'observer les activités de l'HDJ et d'en ajuster le déroulement en fonction des objectifs d'amélioration partagés avec les acteurs concernés.

La mise en place et le fonctionnement d'un contrôle de gestion seront aussi un moyen d'impliquer les différents acteurs dans le pilotage de l'activité et d'améliorer la communication entre eux. Le contrôle de gestion repose notamment sur l'appropriation et le partage des objectifs poursuivis, gage de la fiabilité des mesures.

L'état des lieux montre la nécessité de mesurer des données concernant plusieurs facteurs : la prise des rendez-vous, la prise en charge soignante et le circuit du patient.

Les indicateurs de mesure de l'activité feront l'objet d'un tableau de bord, actualisé régulièrement et permettant ainsi d'évaluer l'adéquation entre les moyens et les besoins. Ainsi, les fluctuations seront visibles et il sera possible de s'y adapter lorsque certaines données deviendront sensibles (comme le nombre de patients, le manque de lits...).

Il en est de même de la visibilité de la cartographie des soins au travers de la modélisation du parcours de soins.

Ces outils pourront être modifiés en cas de besoin et ne sont pas déterminés une fois pour toute.

Ces points importants évitent l'obsolescence de l'ensemble du projet. Il ne peut pas être pérennisé en l'état, étant donné que je ne connais pas les variables futures, mais il servira de matrice, dans un souci de projection dans l'avenir et d'économie.

2.2.2 La création de valeur ajoutée

La valeur ajoutée produite, c'est l'amélioration de la qualité du service rendu. Le service rendu vise à augmenter la qualité des soins pour le patient et pour l'hôpital, c'est aussi plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources et des moyens.

« Le talent a besoin de gestion. » A. Siegfried

L'analyse des écarts est la base du contrôle budgétaire. Les écarts sont mesurés en valeur relative (pourcentage), leur signe correspond à l'impact sur le compte de résultat. De l'analyse des écarts va découler la mise en place des actions correctives d'où la pertinence dans le choix des indicateurs de performance du tableau de bord.

L'activité administrative de janvier à mars 2013 ne montre pas une amélioration de l'activité : - 24,10 % pour l'HDJ pédiatrique chimiothérapie (0542) et - 11,51 % pour l'HDJ pédiatrique (0545).

Le contrôle budgétaire est un élément majeur du dispositif de contrôle de gestion qui complète le schéma de planification ultérieure (état des lieux et objectifs).

2.2.3 Le management participatif

Je mène cette analyse en associant et en mettant à profit les interventions et les réflexions d'acteurs hospitaliers et je m'inscrit sur le moyen terme dans l'optique du management participatif. Mon objectif est de favoriser la conduite du changement qui devra accompagner les actions d'amélioration (les préconisations).

En effet, j'ai recueilli de nombreuses informations par des entretiens, des discussions informelles et par l'observation des pratiques soignantes. Etant actuellement cadre de proximité sur les unités d'hospitalisation conventionnelle pédiatrique, je me positionne comme interlocutrice privilégiée face au fonctionnement du service.

Le fait de solliciter des collaborateurs sur un sujet qu'ils connaissent permet un gain de temps et accroît les compétences du collaborateur qui doit entrer dans une démarche réflexive et formaliser quelque chose qu'il maîtrise mais qu'il n'a peut-être pas l'habitude de partager. Par ailleurs, ce mode de fonctionnement valorise les équipes, les implique dans les actions d'amélioration et favorise la transparence des informations et à une plus grande compréhension des décisions du management.

Ce type de management contribue à souder le personnel. Il me semble qu'il s'adapte particulièrement dans les organisations sociales ou médicales.

À ce titre, les intérêts du personnel présentent davantage de convergence de vue (l'intérêt du patient, la qualité des soins) que dans une entreprise commerciale.

3. L'ÉTAT DES LIEUX

3.1 L'hôpital de jour en pédiatrie (HDJ)

3.1.1 Données actuelles

L'HDJ est installé sur l'unité d'hospitalisation conventionnelle avec initialement 2 lits, mais qui sont portés à 5 dans le fonctionnement quotidien.

Deux infirmières ayant beaucoup d'ancienneté y travaillent sur des horaires 8 heures - 16 heures, ainsi qu'un médecin à mi-temps et un attaché à 40% de son temps. Il est doté d'un poste de soins qui fait également office de bureau médical et accueille les dossiers des patients.

3.1.2 L'évolution récente

L'hospitalisation de jour s'est particulièrement développée au cours des dix dernières années et devrait encore continuer à croître, afin de répondre à la demande des organismes de tutelle ainsi qu'à celle des patients.

Le recours à l'informatique accélère la transmission des données, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. Les progrès pharmaceutiques, en particulier dans le domaine des antalgiques et l'utilisation des antiémétiques permettent un meilleur contrôle de la prise en charge médicale et notamment de la douleur.

Le service de pédiatrie est aussi un lieu de recherche paramédicale, financée par la Fondation de France. L'intitulé du projet de recherche est « Un suivi psycho-médical systématique pour les enfants atteints de la drépanocytose : luxe ou nécessité ? »

Le projet de soins est depuis 2011 dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients avec la mise place du chemin clinique de la bronchiolite, la formation et la mise en place des procédures de l'urgence vitale pédiatrique.

De nombreuses formations et réunions de travail en lien avec les réseaux de soins : RIFHOP, PALIPED et le ROFSED ont lieu sur certaines prises en charges soignantes telles que l'éducation thérapeutique, les soins palliatifs, la douleur et la prise en charge de l'enfant dans des situations complexes.

Ces évolutions récentes dénotent la motivation des soignants pour développer leurs compétences, leur professionnalisme.

Par ailleurs, l'attente des parents a également évolué. La médiatisation des sujets de santé et l'évolution de la société les amènent à se positionner en usager actifs souhaitant être associés aux processus décisionnels concernant les soins. Lorsque le séjour est prévu, un nombre croissant de parents souhaite une information précise sur les soins, leurs conséquences et leur durée et privilégie un retour rapide à la vie familiale, scolaire et professionnelle.

La loi HPST répond à ces évolutions et ces attentes en plaçant le patient au centre du dispositif de soins et en confiant aux pôles d'activités des prérogatives, afin de trouver un meilleur équilibre entre le personnel soignant et administratif, dans une vision moins pyramidale.

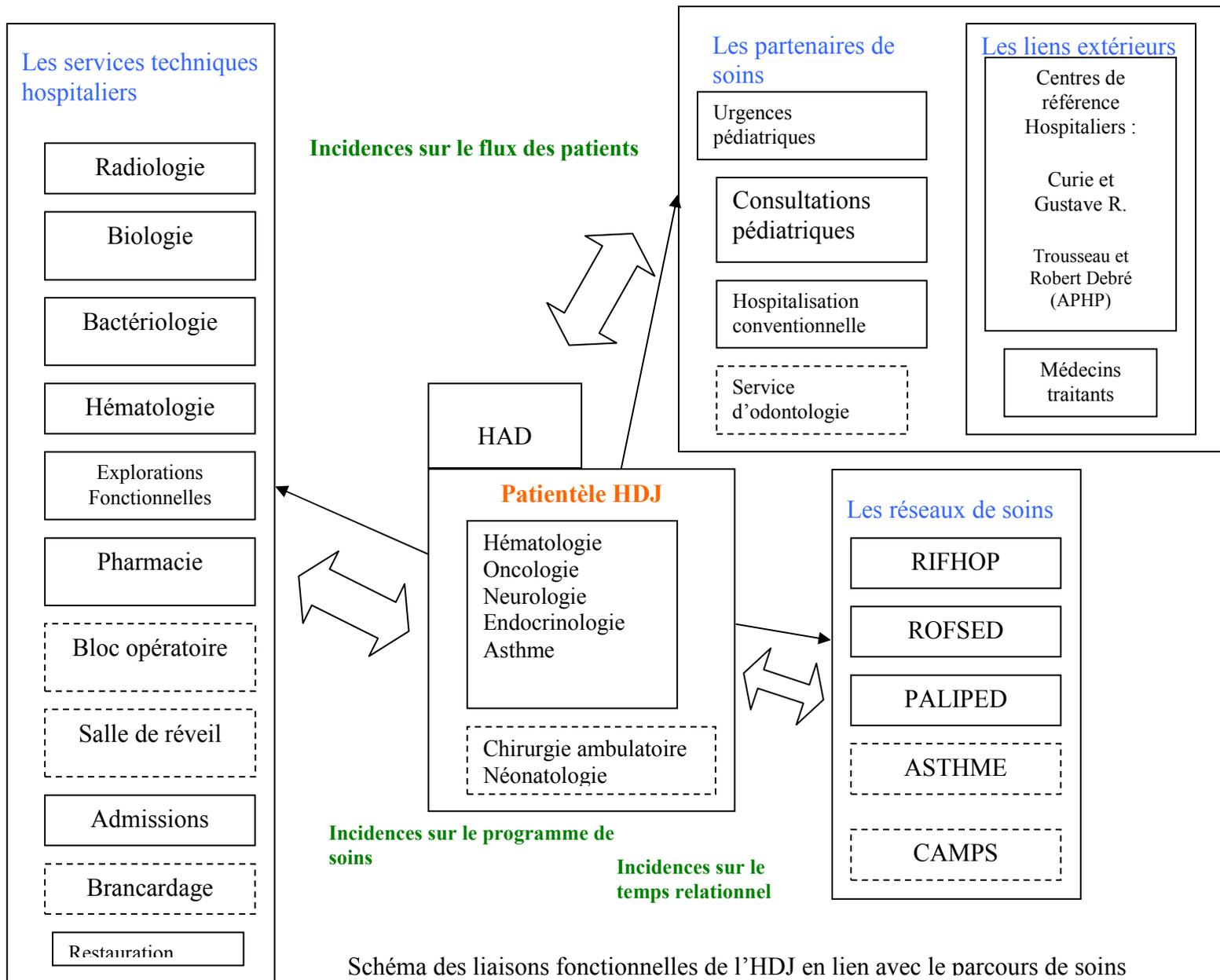
3.1.3 Schéma des liaisons fonctionnelles

La patientèle d'HDJ circule sur les services techniques hospitaliers, mais aussi avec les partenaires de soins. Le parcours de soins du patient requiert également des liens extérieurs et avec des réseaux de soins.

L'HDJ doit utiliser de manière optimale les ressources du réseau de soins et donc répondre à une plus grande demande de soins, et accroître son attractivité.

L'HDJ est une structure intermédiaire entre les soins à l'hôpital et les soins à domicile, véritable plaque tournante entre le réseau de ville et l'hôpital. Elle doit être centrée sur les interactions pluridisciplinaires et une collaboration étroite avec les autres services.

En page suivante sont représentées les liaisons fonctionnelles de l'HDJ en lien avec le parcours de soins.



3.1.4 L'évolution et la spécificité de la pédiatrie

Lors de la réunion pédiatrique du 22 mai 2012, étaient présents les membres de la direction et du chantier HUPNUS/ANAP sur « L'optimisation des organisations de travail des services de soins ».

Le constat a été fait que la tendance d'évolution de l'activité va vers une diminution importante de l'activité en hospitalisation complète, une augmentation de l'activité aux urgences pédiatriques, de l'hôpital de jour et de la consultation de l'hôpital de jour pour l'oncologie,

Deux spécialités se développent plus particulièrement :

- L'activité oncologique (file active d'environ 35 malades en 2011),
- L'activité liée à la drépanocytose.

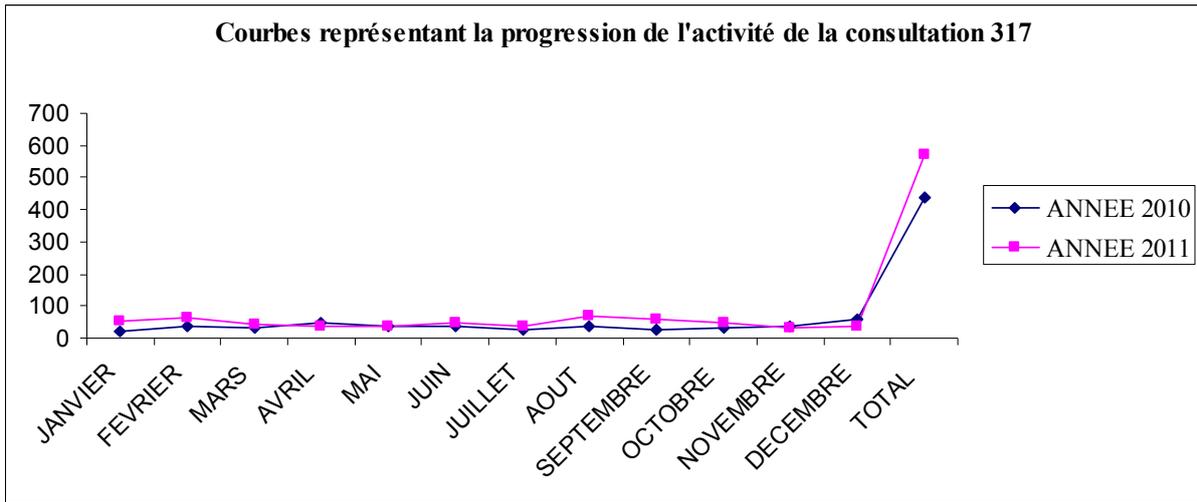
Ceci implique un personnel soignant expérimenté pour la prise en charge des patients et une charge en soins relativement importante au regard de l'augmentation de la durée moyenne de séjour en hospitalisation conventionnelle,

Par ailleurs, on constate une forte variabilité de l'activité, en fonction des périodes saisonnières, des épidémies, des urgences pédiatriques et de l'accueil des patients souffrant de pathologies chroniques.

Pour visualiser les modifications intervenues au sein des différents modes de prise en charge ces deux dernières années, je représente ici quelques graphiques reprenant les données recueillies.

La consultation d'oncologie.

La consultation d'oncologie est actuellement incluse dans la structure de l'HDJ et représente une activité importante.

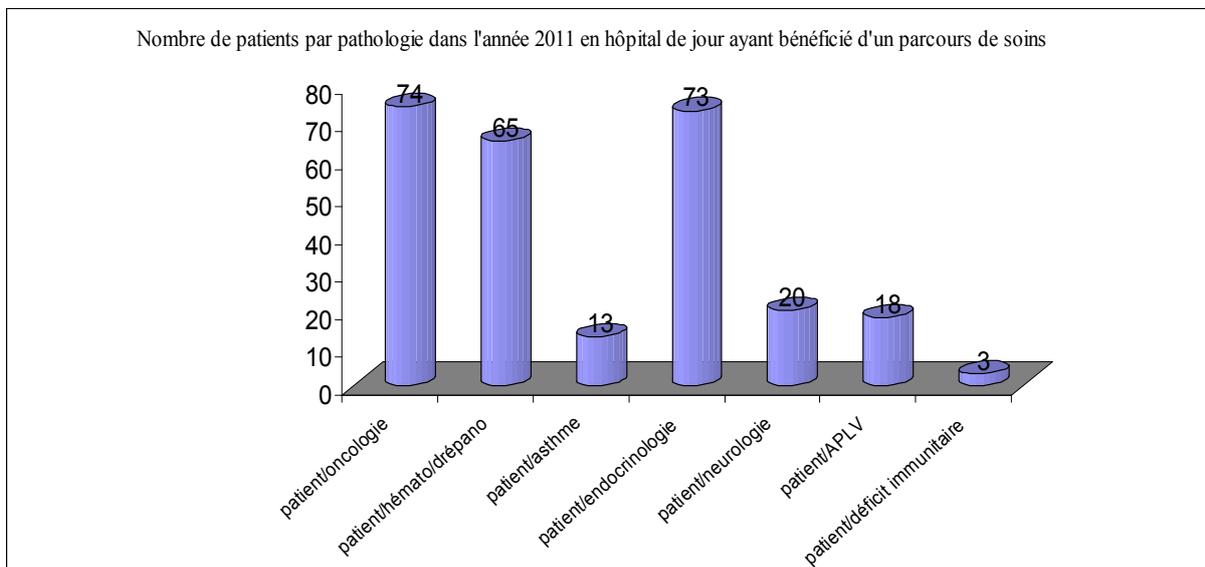


Je constate une augmentation du nombre de consultation oncologique de l'hôpital de jour qui a une incidence sur la quantité des patients accueillis sur l'hôpital de jour et sur l'hospitalisation conventionnelle. Le pourcentage d'augmentation entre l'année 2010 (440) et l'année 2011 (574) est de 30,5%.

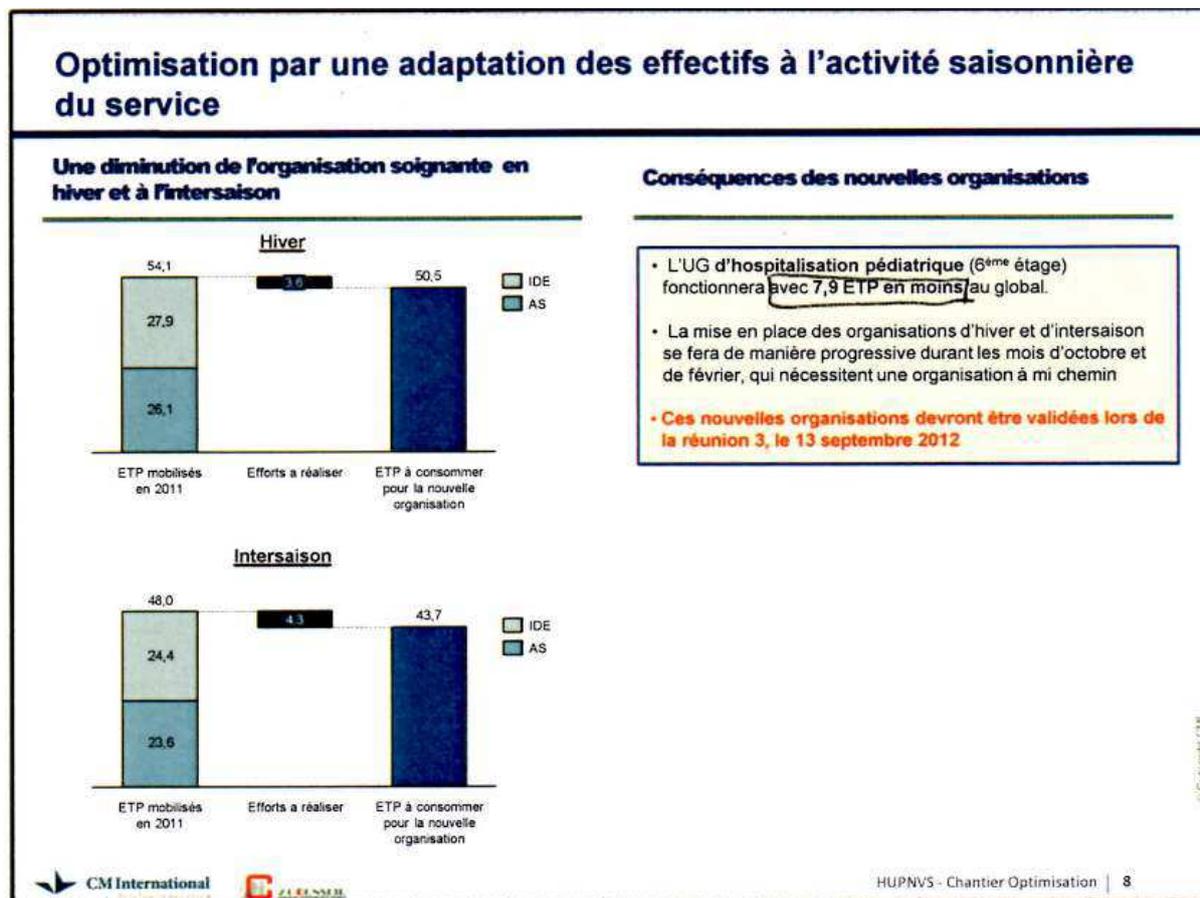
Cette augmentation traduit une fidélisation des patients en oncologie et un potentiel d'accroissement pour les prochaines années auquel l'hôpital de jour devra se préparer.

3.1.5 Les groupes homogènes de malades par codage de l'activité médicale (parcours de soins codifiés)

Si on considère les groupes homogènes de malades (GHM), je constate que dans les parcours de soins l'oncologie reste très importante mais que l'activité se diversifie avec l'augmentation de l'endocrinologie et le maintien de la drépanocytose, comme le montre le graphique suivant.



3.1.6 L'impact des recommandations du chantier ANAP sur l'évolution des capacités par modes d'hospitalisation.



La baisse des moyens consacrés à la pédiatrie va conduire la Direction à réorganiser l'activité et à mettre en place une nouvelle organisation ayant également un impact important sur la structure d'hospitalisation conventionnelle pédiatrique.

Les moyens dégagés en personnel et structurels et la volonté de la Direction de conserver l'activité pédiatrique constituent une opportunité pour le développement de l'HDJ.

La diminution des lits en hospitalisation conventionnelle sur l'aile Nord va engendrer un développement de l'occupation des lits sur l'aile sud de l'hospitalisation conventionnelle. L'hospitalisation de jour s'est développée en occupant 5 lits au lieu des 2 normalement prévus sur cette aile sud.

La nouvelle organisation est à mettre en place pendant l'hiver 2012-2013.

Le projet managérial sur l'HDJ s'inscrit donc dans un contexte plus large de réorganisation de toute l'hospitalisation pédiatrique.

La diapositive suivante illustre cette problématique.

II - Identification des leviers d'optimisation

Optimisation de l'organisation de l'aile Sud : une activité moins soumise à la saisonnalité que celle de l'aile Nord

Une organisation en 12 lits qui permet de prendre en charge l'activité pendant 10 mois

Situation actuelle : 18 lits (10 inoccupés, 8 occupés). Lits inoccupés du fait d'un TO à 45% (en moyenne).

Nouvelle organisation : 12 lits (3 inoccupés, 9 occupés).

Une nouvelle organisation de l'aile Sud durant l'intersaison

		Nouvelle organisation		
		Sem	WE	ETN
Aile Sud (12 lits)	IDE Matin	2	2	
	IDE AM	2	2	9,6
	IDE nuit	2	2	
	APU Matin	2	2	
	APU AM	2	2	12,2
	APU Nuit	1	1	
TOTAL IDE & AS				21,8
Cadre				
TOTAL				

Dédier des lits pour les petits dans l'aile Sud durant l'hiver

		Nouvelle organisation		
		Sem	WE	ETN
Aile Sud (20 lits dont 8 lits pour les petits)	IDE Matin	2	2	
	IDE Inter	1	1	
	IDE AM	2	2	13,9
	IDE nuit	2	2	
	APU Matin	2	2	
	APU AM	2	2	12,2
TOTAL IDE & AS				26,1
Cadre				
TOTAL				

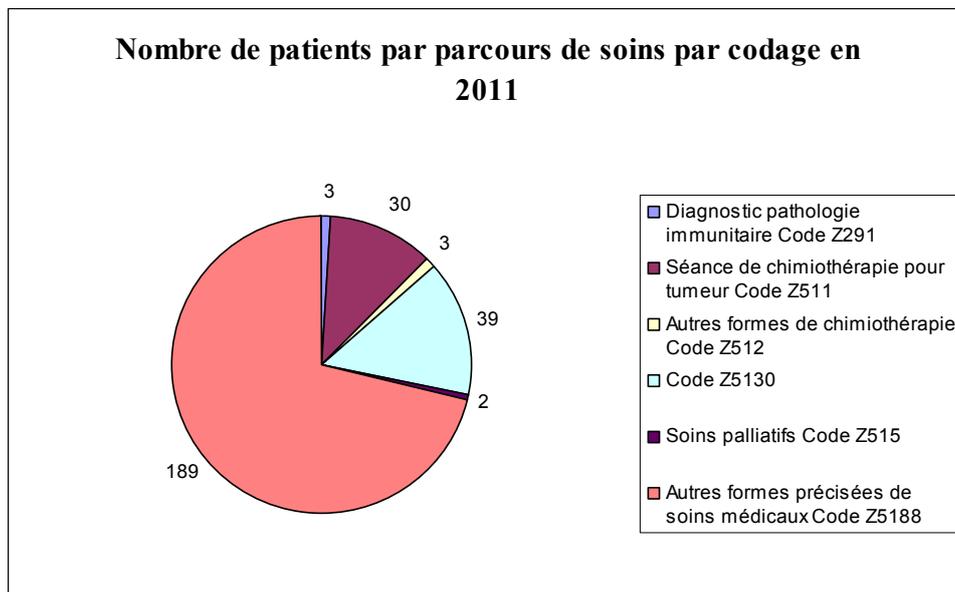
Conclusion des nouvelles organisations

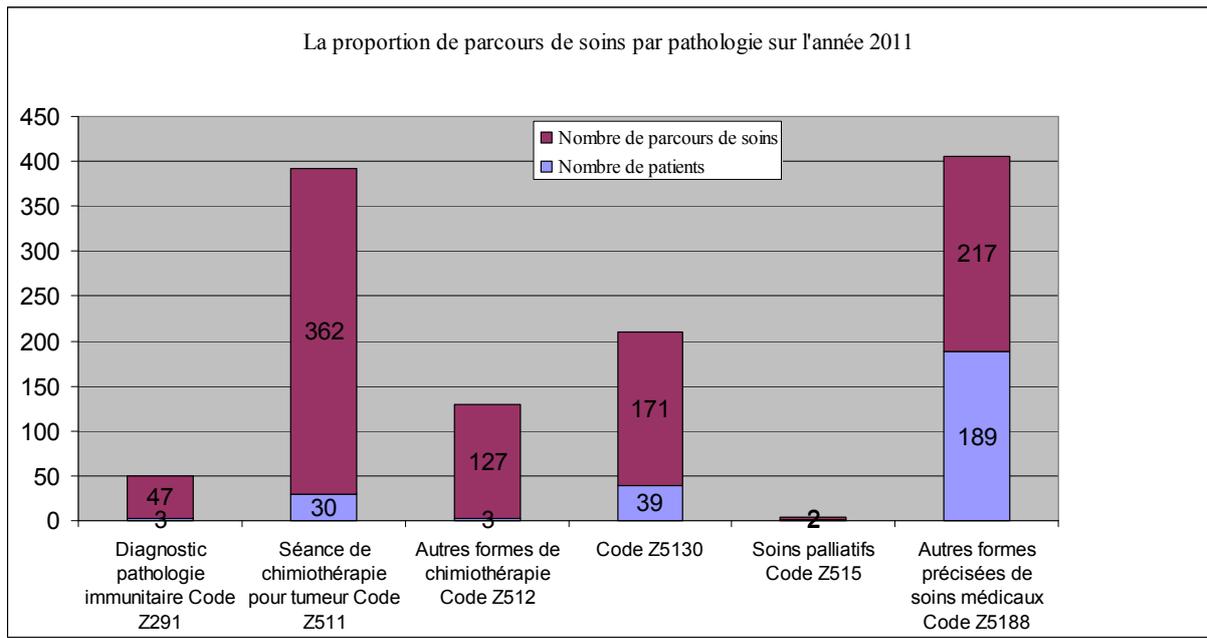
- Durant la période estivale, seuls 10 lits seront dédiés aux grands permettant un ajustement de l'organisation à l'activité et la localisation de tous les lits dans une seule aile (CF organisation dans la planche n°6)
- Adaptation de l'aile Sud au besoin de lit pour les « petits » :
 - ouverture des 6 lits de l'aile Sud fermés le reste de l'année
 - fonctionnement de l'HDJ uniquement sur trois lits et non cinq habituellement mobilisés (l'HDJ est doté officiellement de 2 lits)

HUPNVS - Chantier Optimisation | 7

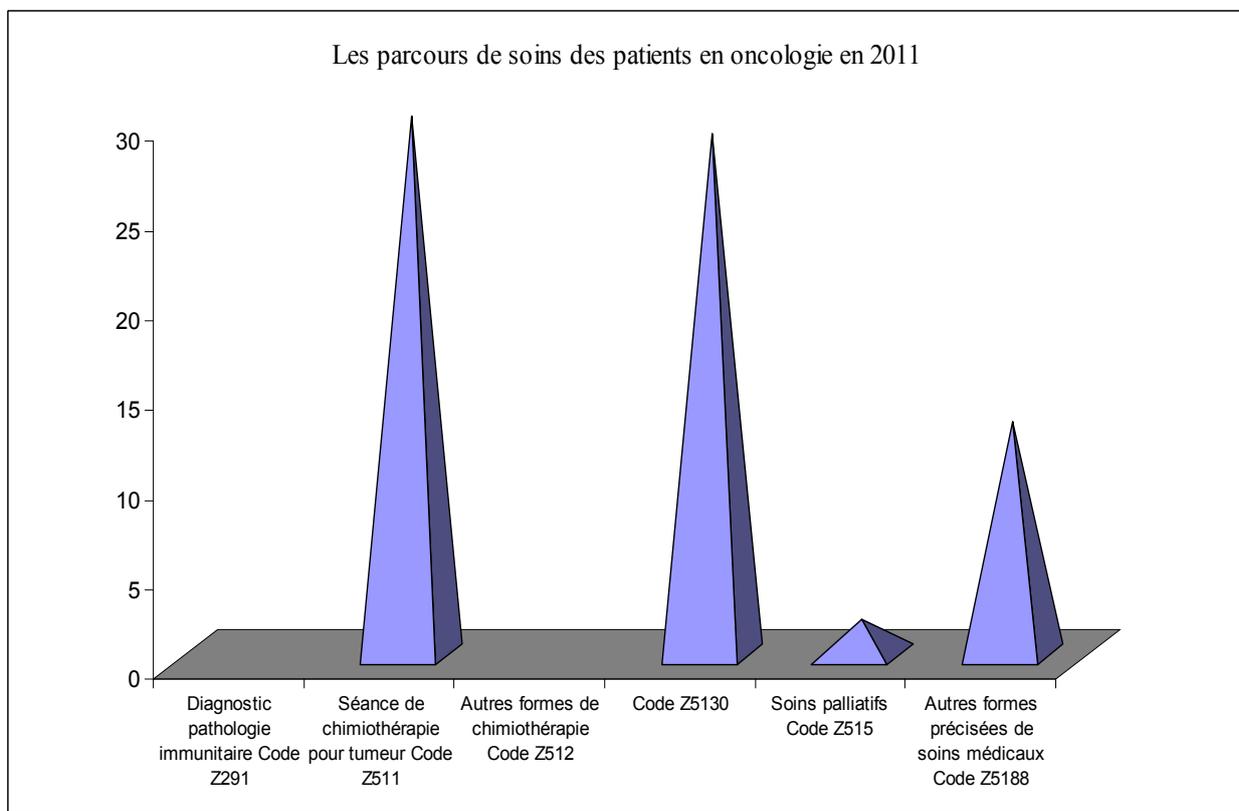
3.1.7 L'activité de l'HDJ

Les diagrammes suivant mettent en lumière l'activité de l'HDJ avec un nombre de patients accueillis important et des parcours de soins codifiés variés.





On voit que certains patients suivent un grand nombre de parcours de soins codifiés identiques dans l'année, à l'exception de la prise en charge oncologique où le patient est systématiquement pris en charge sur plusieurs et différents parcours de soins codifiés. L'oncologie nécessite une prise en charge plus intensive et l'HDJ répond bien à cette spécificité.



Ces patients sont pour les trois quarts atteints de maladies chroniques, ce qui entraîne un impact important pour l'hôpital : fidélisation des patients, activité de soins importante, recette financière.

L'activité facturée

Contrairement à l'activité classique de la pédiatrie qui a régressé ou stagné, l'activité de l'HDJ s'est fortement développée entre septembre 2011 et septembre 2012 :

- Le nombre de journées facturables a augmenté de 40,3%,
- Le nombre d'admissions et de passages internes est de 39,6%.

Les taux d'occupation en HDJ sont également en beaucoup plus forte augmentation que l'hospitalisation conventionnelle.

3.2 La mise en place d'un processus qualité continu

J'ai choisi de positionner mon projet : l'état des lieux, son analyse et mes préconisations, dans le contexte d'une démarche qualité évolutive. En effet, l'état des lieux actuel permet de développer des outils conceptuels qui ne vont pas être obsolètes une fois que les grandes lignes du programme de réorganisation managériale auront été définies. Au contraire, ces outils vont continuer à être utilisés régulièrement afin d'inscrire le management dans un processus continu d'amélioration de la qualité.

3.2.1 Passage d'une organisation du travail fonctionnelle à une organisation par processus.

D'après Alain Rondeau¹⁹, professeur honoraire et directeur du pôle santé à HEC-Montréal, « *le travail de type fonctionnel est caractérisé par :*

- *une division linéaire du travail, division du travail par fonction.*
- *fondée sur la compétence individuelle à effectuer une activité censée produire un résultat,*
- *une responsabilité liée à une spécialité fonctionnelle,*
- *des sous-systèmes ayant chacun sa culture, ses normes et son agenda propre ; chaque médecin a sa spécialité et a un contrôle sur certains de ses patients, il a son agenda propre.*
- *fonctionne, mais pas de concertation.*

¹⁹ Alain Rondeau, « La réorganisation des soins et du travail en santé au Québec. Trois modèles émergents », Séminaire du Centres d'études en transformation des organisations, 2002, disponible sur web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/rondeau, consulté en novembre 2012.

La division du travail par processus vise à la mise en place de meilleures pratiques, centrées sur le patient et permet d'améliorer la programmation de l'activité (prise de rendez-vous, prise en charge patient, ...).

Parmi les éléments constitutifs des aspects politiques de la nouvelle gouvernance : l'organisation de la prise en charge globale est la pierre angulaire qui favorisera une meilleure prise en charge du patient, qui souhaite connaître précisément les conditions et la durée de son hospitalisation, tout en améliorant les conditions de travail du personnel ainsi que les relations avec le réseau de soins.

La régulation consiste à gérer les ajustements le jour J concernant les modifications de la programmation jusqu'au jour J1 en cours de journée, les liens avec les services internes et externes, les réseaux de soins,

3.2.2 Analyse de l'existant

Comme on l'a vu plus haut, pendant l'année 2012 les résultats du chantier ANAP et les réflexions conduites dans le cadre de la certification ont permis de dresser un premier constat sur le fonctionnement de l'hospitalisation conventionnelle du service de la pédiatrie, et des premières conséquences pour la structure de l'HDJ.

Cette première analyse, les entretiens conduits avec la directrice, l'équipe soignante, les médecins et mes observations du fonctionnement du service permettent une première identification des forces sur lesquelles s'appuyer et les faiblesses, pour y remédier.

J'ai choisi le modèle de l'université de Harvard, appelé modèle SWOT²⁰, ou analyse de Bücher, pour formaliser cette première analyse de l'existant.

²⁰ Matrice SWOT, pour Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

<p><i>Forces/organisation</i></p> <p>Fidélisation des patients anciens Accueil de nouveaux patients</p> <p>Personnels soignants expérimentés ayant développés des concepts spécifiques/organisation des soins et ayant bénéficiés de nombreuses formations</p> <p>Usagers satisfaits (pas de mécontentement)</p> <p>Traçabilité de la charge en soins faite</p> <p>Existence d'articulation avec l'HAD (Hospitalisation A Domicile) et les réseaux de soins environnants RIFHOP (Réseau Ile de France d'Hémo-Oncologie Pédiatrique), ROFSED (Réseau Ouest francilien de Soins des Enfants Drépanocytaires), REPOP (Réseau de Prévention et de prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie), Asthme, PALIPED (Equipe Ressources en Soins Palliatifs d'Île de France)</p> <p>Forte implication des médecins</p>	<p><i>Faiblesses/organisation</i></p> <p>Projet médical global : manque de précisions Pas de lisibilité des relations des médecins hospitaliers avec les médecins de ville</p> <p>Pas de livret d'accueil spécifique à l'HDJ</p> <p>Nécessité d'adaptation du parcours de soins par rapport à l'arrivée du patient non programmé Absence de cartographie des soins par rapport aux pathologies spécifiques des patients Peu de traçabilité du temps de soins dans la prise en charges des patients</p> <p>Contraintes matérielles et d'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une seule chambre individuelle • L'accès à la HDJ se fait à travers le service d'hospitalisation conventionnelle • L'HDJ pédiatrique est placée dans un hôpital d'adulte • Absence de salle d'attente
<p><i>Opportunités/environnement</i></p> <p>Augmentation constante de l'activité de l'HDJ ces dernières années</p> <p>Potentiels importants de patients souffrant de pathologie chronique</p> <p>Résultats du chantier de performance ANAP concernant l'activité de l'hospitalisation conventionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7,4 % de postes soignants à rendre • Ouvre la possibilité de redéploiement du personnel sur l'HDJ et donc de limiter le déplacement d'agents ou d'obliger à des départs ou changements d'activité <p>Possibilité de conduire la réflexion dans le cadre du projet managérial du Master 2 : structuration de l'HDJ au travers de son organisation de la programmation de l'activité Amélioration de l'organisation de la programmation de l'activité sera à conduire avec tous les acteurs concernés</p> <p>Augmenter et diversifier les compétences des soignants : organiser des formations spécifiques à l'accompagnement palliatif et à l'éducation thérapeutique</p>	<p><i>Menaces/environnement</i></p> <p>Baisse de la qualité des soins dans la prise en charge des patients, Absence de traçabilité des soins relationnels et d'éducation thérapeutique : impact négatif sur les résultats d'amélioration du dossier de soin attendus suite à l'audit du dossier de soin</p> <p>Temps d'attente des usagers plus étendu et insatisfactions</p> <p>Pas de visibilité de l'accompagnement palliatif</p> <p>La gestion du flux des patients non contrôlée dans la programmation de l'activité engendre des dysfonctionnements au niveau de l'accueil avec une augmentation de la charge de travail sur certaines « plages horaires » de la journée.</p> <p>Manque de disponibilité du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de soins en série, remise en cause de la prise en charge globale du patient • Réduction du temps consacré à l'information des usagers (patients et parents) <p>Coordination insuffisante des soins avec les services extérieurs</p>

La lecture du schéma SWOT suscite quelques remarques importantes :

- la compétence du personnel soignant, l'implication des médecins, permettent de s'appuyer sur leur participation lors de l'état des lieux, afin d'obtenir les données nécessaires,
- la fidélisation des patients anciens, l'apport de nouveaux patients, confirment l'accroissement des besoins et donc de l'activité en HDJ,
- les résultats du chantier ANAP performance invitent à redéployer du personnel de l'hospitalisation conventionnelle sur l'HDJ,
- l'autonomie de fonctionnement et le manque de synergie et de lisibilité des différentes parties confirment une organisation fonctionnelle et non par processus,
- les dysfonctionnements dans la gestion des flux, les temps d'attente et l'accueil des patients et de leur parent découlent d'un problème organisationnel.

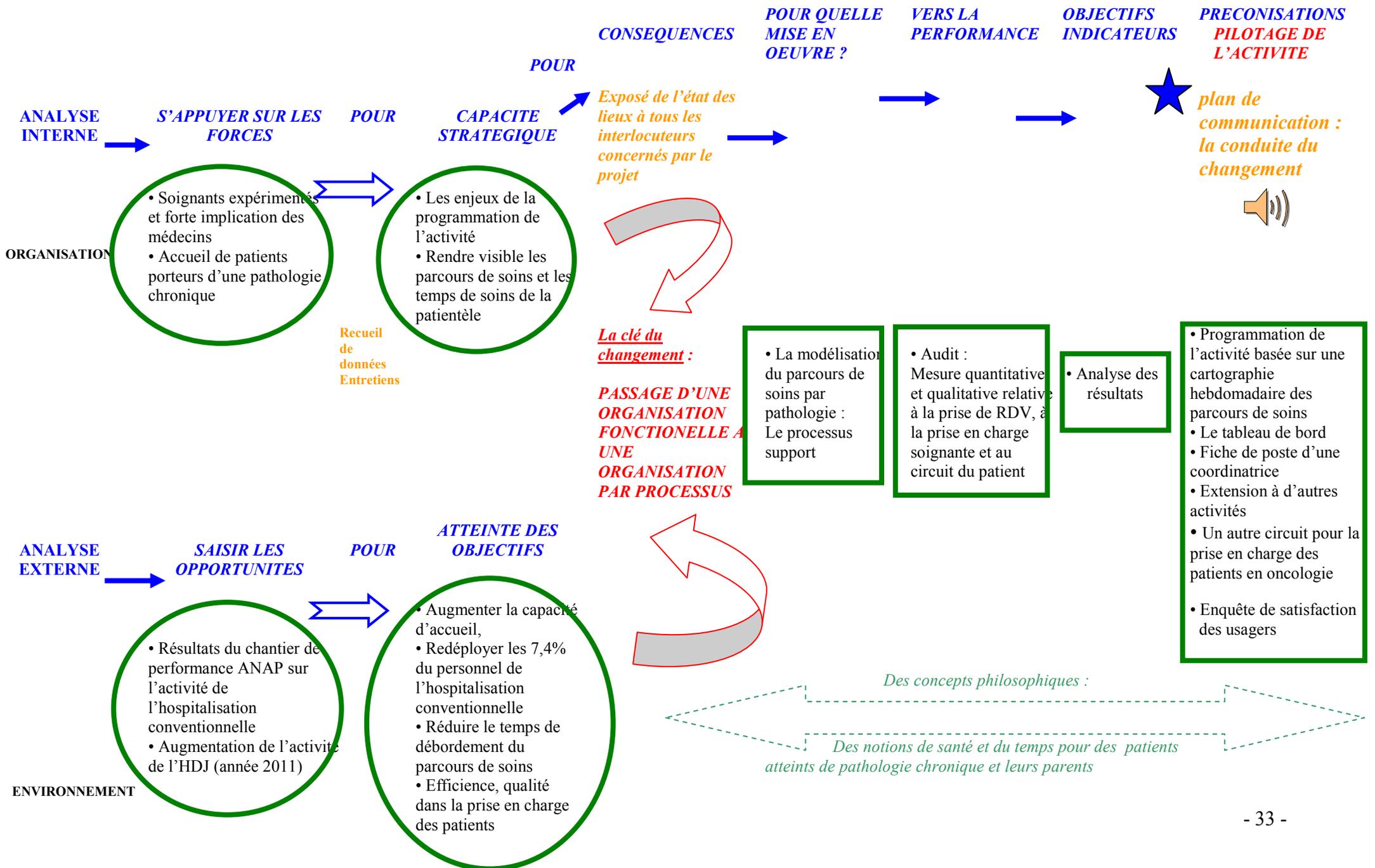
3.2.3 Stratégie, moyens mis en œuvre, calendrier

Le schéma page suivante permet de représenter le déroulement de mon projet, mon plan d'action et les moyens mis en œuvre avec l'enchaînement des différentes étapes.

Le calendrier prévu est le suivant :

Chantiers ANAP, certification	1er semestre 2012
Décision de conduire la réflexion dans le cadre du master 2	Juin 2012
Définition du cadrage de la réflexion	Octobre 2012
Entretiens, observations initiales	Sept - Déc 2012
Etat des lieux	Nov- Déc 2012
Réalisation de la campagne de mesures	Déc 2012 - Janv 2013
Analyse des résultats	Janv. - Février 2013
Elaboration des préconisations	Mars – Avril 2013
Début de la mise en œuvre	Juin 2013

PLAN D'ACTION DE LA STRATEGIE MANAGERIALE



3.3 Analyse des champs de l'activité

3.3.1. La modélisation du parcours de soins, le processus support

Les attentes des usagers :

*« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».*²¹

Devenus acteurs et partenaires, le patient et les parents sont en attente d'une information précise et adaptée. Ils exigent de la transparence sur les examens et les soins réalisés, ainsi que sur les conséquences et les éventuels effets secondaires de ceux-ci. Mieux informés, ils revendiquent un accueil, une prise en charge et des soins de qualité réalisés dans des conditions optimales de sécurité.

La volonté du patient et des parents de participer au processus de soins, qui s'inscrit dans une prise en charge globale et personnalisée, permet d'établir des rapports nouveaux basés sur le partenariat avec l'équipe soignante.

Ces nouveaux rapports se concrétisent par un positionnement du patient au centre du dispositif organisationnel de soins et de diagnostic médical.

Les équipes médicales et paramédicales doivent aujourd'hui adapter leur comportement pour apporter une réponse satisfaisante à ces nouvelles exigences.

L'hôpital de jour représente des situations privilégiées pour mettre en œuvre ces nouveaux rapports. En effet, le caractère programmé de l'activité permet de disposer de tous les éléments nécessaires à une bonne information du patient et des parents. La négociation, voire la contractualisation, sont des éléments qui ne peuvent que faciliter l'adhésion et la participation du patient à sa propre prise en charge.

²¹ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, chapitre 1er : Droits de la personne

La visibilité du parcours de soins sous forme de processus : le champ de l'activité

Mon objectif est de mettre le patient et ses parents au cœur de ce projet

- Leur donner une meilleure information,
- Faire du patient un « client » à fidéliser,
- Satisfaire leurs besoins et leurs attentes.

Identifier le parcours de soins sous forme de processus permettra de :

- Prendre en compte toute la chaîne de soins dans la prise en charge soignante,
- Identifier de façon manuscrite le parcours de soins individualisé qui va être défini comme processus support : une modélisation de l'activité

J'ai effectué un temps de travail avec les soignants de l'HDJ pour représenter la prise en charge soignante du patient sur un parcours de soins en tenant compte :

- Du codage de l'activité médicale,
- Du diagnostic médical,
- De la prescription médicale,
- Des besoins et attentes du patient et ses parents,
- Du travail soignant,
- Des recommandations de l'HAS, soins de support en oncologie.

Cette démarche de passage au processus permet une amélioration secondaire de la qualité. Le processus se définit comme : « *Un enchaînement d'activités ou d'ensembles d'activités, qui est alimenté par des entrées, qui dispose des ressources et qui ajoute de la valeur par rapport au but pour créer des sorties* ». ²²

La liste des parcours de soins représentés sont :

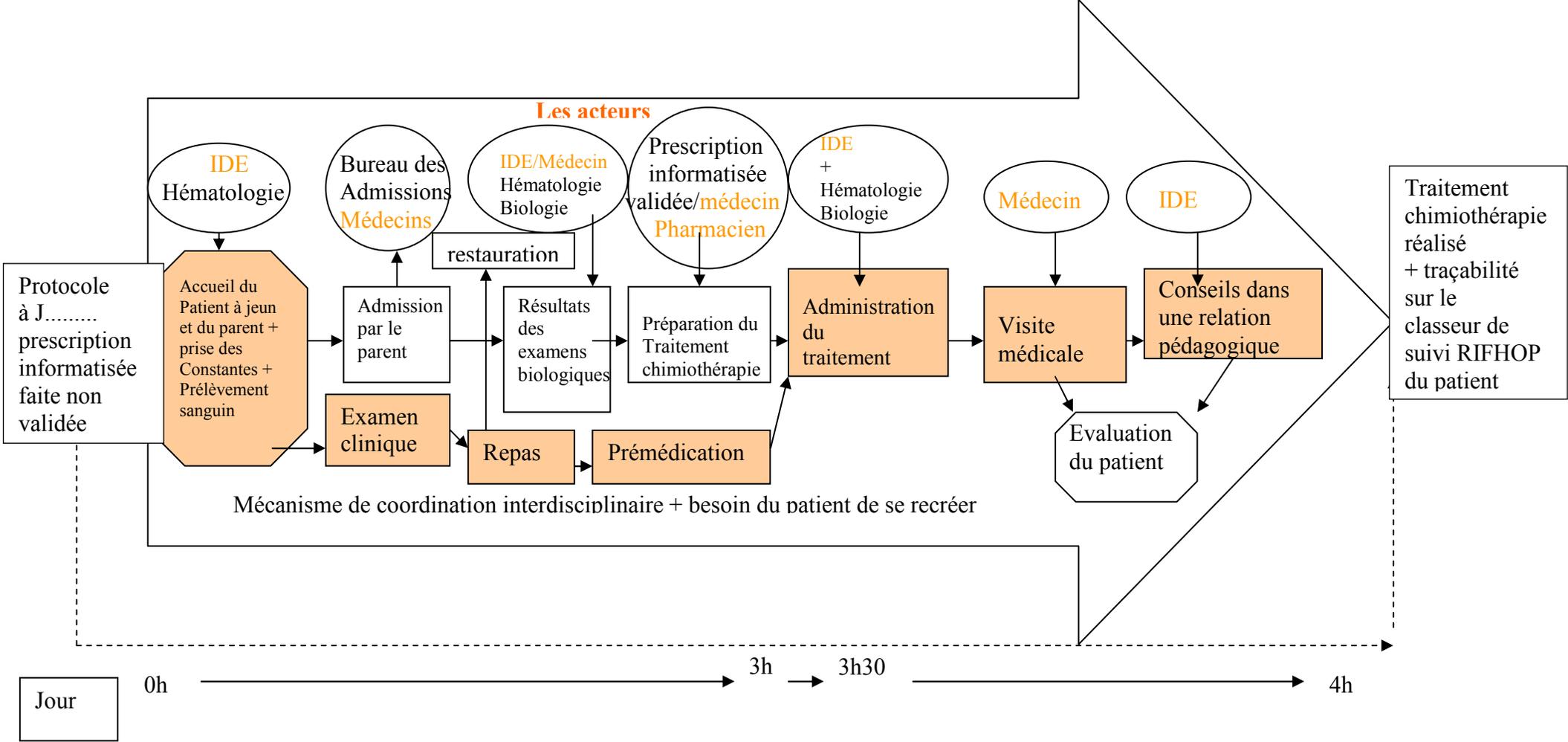
- Le bilan annuel d'un patient drépanocytaire âgé de 4 ans et plus/Z5188
- Le bilan annuel d'un patient drépanocytaire âgé de moins de 4 ans/Z5188
- Le bilan endocrinien/Z5188
- La chimiothérapie à J... programmée (oncologie)/Z511
- La chimiothérapie/Z512
- Le bilan asthme/5188
- L'échange transfusionnel/Z5130
- La transfusion de globules rouges programmée/Z5130

²² Hans Brandenburg et Jean-Pierre Wojtyna, « L'approche processus », Mode d'emploi, Editions d'Organisation Eyrolles, 2003, p 51.

- La transfusion de globules rouges non programmée/Z5130
- La réintroduction des protéines de lait de vache/Z5188
- La consultation d'accueil nouveau patient en oncologie/Z5188
- Traitement des patients ayant un déficit immunoglobuline innée ou acquise/Z291

A titre d'exemple, le schéma suivant représente le parcours de soins de la chimiothérapie, qui est parmi les plus fréquents. Les principaux parcours sont représentés en annexe 3.

Parcours de soins chimiothérapie à J.....programmé



La lecture du processus support renseigne sur

- La nature du service pour le patient : de la prescription médicale jusqu'à la synthèse médicale de la séance réalisée,
- La mise en évidence des interactions entre les acteurs (pluridisciplinaires) autour de la satisfaction des besoins et des attentes du patient/enfant et de ses parents,
- La notion d'une relation pédagogique,
- Les relations avec les services internes, externes et avec les réseaux,
- Le travail des soignants.

Stratégie managériale : mise en œuvre de cet outil, le processus support.

Un but partagé, c'est-à-dire une approche horizontale et orientée sur les besoins réels du patient, « reconcevoir » le fonctionnement de l'HDJ.

Cet outil va permettre de :

- Favoriser l'échange avec l'équipe soignante dans des moments de concertation informels,
- Définir des notions de temps (la durée du parcours, les temps de soins, découverte/suggestions de temps d'attente),
- Réduire les temps d'attente du patient pour une meilleure coordination des soins dans la prise en charge, prendre en compte la fatigabilité et la satisfaction du patient et de ses parents,
- Améliorer l'organisation du travail pour le personnel : le bien-être au travail,
- Obtenir la satisfaction des soignants par des descriptions de postes plus claires, une gestion des compétences améliorée, une augmentation de l'autorité individuelle,
- Travailler sur le projet en collaboration avec les soignants et identifier les changements nécessaires pour optimiser l'organisation de la structure,
- Utiliser une cartographie des processus pour restituer nos premières impressions (avec l'ensemble des collaborateurs) lors la phase de diagnostic (état des lieux),
- Obtenir une meilleure efficacité (qualité, délais, service, coût),
- Supprimer les tâches sans valeur ajoutée, inutiles ou redondantes des soignants.

La modélisation de l'activité au travers du parcours de soins qui n'était pas visible devient désormais un processus mesurable visant à permettre de :

- Traduire en exigences et mettre en place un contrôle qualité : mesure de l'efficacité des processus de pilotage,
- Piloter la performance de l'activité,
- Adapter les effectifs du personnel en fonction de la charge en parcours de soins,
- Définir les besoins de formation des soignants.

L'objectif final est bien d'étendre l'HDJ à d'autres activités : néonatalogie, chirurgie ambulatoire, ...

3.3.2 Le travail en HDJ, les aspects liés au personnel

Les postes en HDJ sont généralement jugés attractifs pour différentes raisons :

- Ouverture sur des horaires fixes,
- Pas de week-end et nuit travaillés,
- Petite équipe soignante,
- Fidélisation de la patientèle,
- Articulation du travail entre les soignants.

Les caractéristiques d'une unité d'hospitalisation de jour est le rôle prépondérant que joue l'organisation du travail des soignants mise en œuvre dans ce mode de prise en charge.

Elles conditionnent la réalisation de l'activité en hôpital de jour. En considérant que « *Toute activité exige une mobilisation de soi* ». ²³

Méthode de recueil des informations

Pour définir une vision du mode opératoire du soignant, j'ai recueilli les données concernant leurs actes de soins. Elles ont effectué ce recueil en toute autonomie car elles attachent beaucoup d'importance à ces données comme représentatives de leur travail.

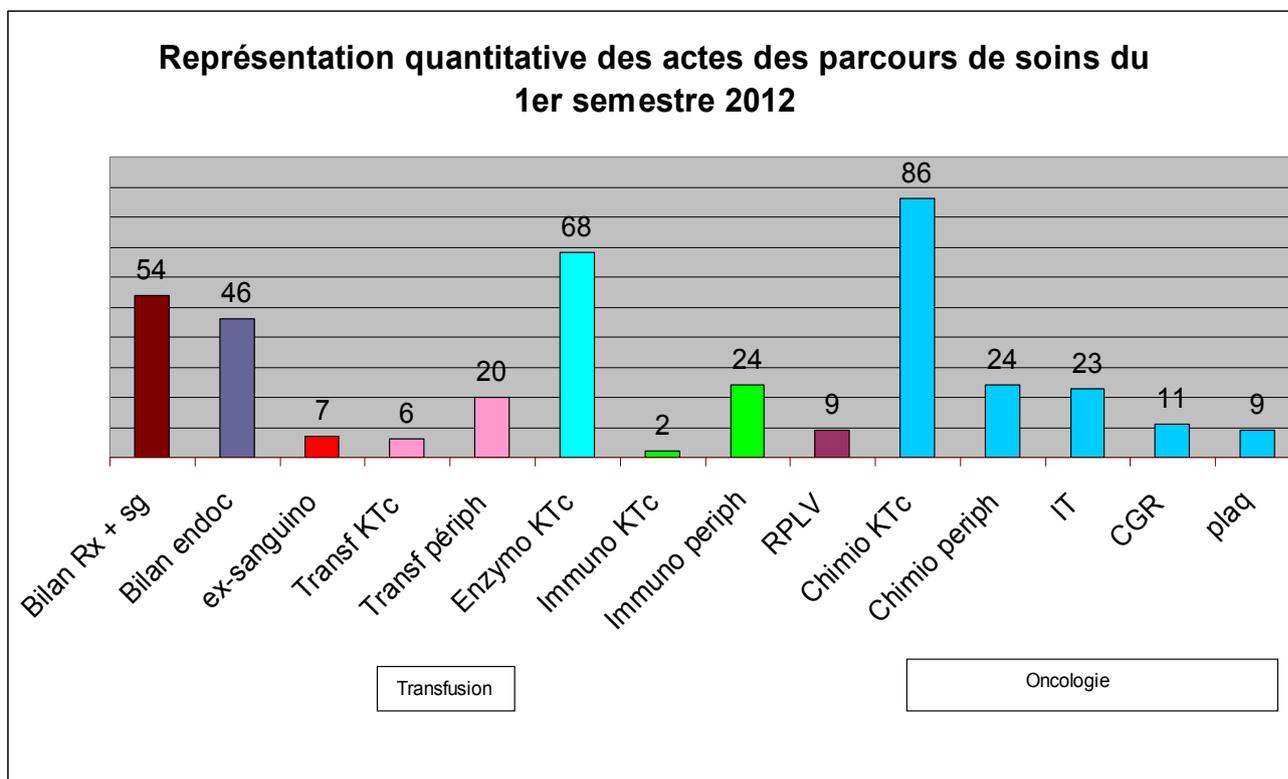
Cependant, elles revendiquent également l'existence de nombreuses tâches (nettoyage, cheminement des prélèvements, transports des GGR....) qui leur pèsent beaucoup dans leur quotidien.

²³ Paul Bourret, « Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital », Editions Seli Arslan, 2001, p.27

L'organisation des soins doit prendre en compte deux parties dans le travail réellement effectué :

- Une partie visible correspondant à la réponse au code du travail, à l'accomplissement des tâches définies dans la fiche de poste et à une prescription médicale,
- Une partie invisible difficilement mesurable par l'encadrement qui se situe au niveau de toutes les actions d'articulation, des relations cognitives avec les partenaires (pauses, visites aux patients, échanges avec les collègues, vérification de l'historique d'un patient, ...) que l'agent va déployer dans son quotidien autour de cette partie visible.

Ce sont ces deux parties qui vont définir l'activité d'un agent.



Ce graphisme met en évidence le grand nombre d'actes de soins réalisés.

Au travers de ce graphisme, je m'aperçois qu'on assiste à une organisation du travail rationnelle orientée vers une production d'actes de soins en série. Ces chiffres concernent des soins d'une « haute technicité » reflétant pour ces agents un niveau élevé de formation. La prise en charge des patients sur l'HDJ nécessite des agents hautement qualifiés, possédant un savoir issu de l'expérience et devant maîtriser des concepts pragmatiques de soins complexes.

Le travail visible des soignants est centrée sur les actes techniques prodigués au patient

avec un impératif de résultat qui est la sortie du patient le jour même, en ayant réalisé l'ensemble des examens et/ou des traitements prévus.

Cependant, dans cette activité soignante, on note l'absence :

- De représentations écrites ou délivrées de soins relationnels, d'éducation du patient, de conseils donnés aux enfants et aux parents :
- De traçabilité d'évaluation de la douleur de l'enfant,
- De traçabilité de séance d'éducation thérapeutique,
- De traçabilité d'accompagnement des enfants et des parents dans la prise en charge palliative, ...

« Toutes les analyses un peu poussées de la vie réelle d'une organisation ont révélé à quel point les comportements humains pouvaient y demeurer complexes et combien ils échappaient au modèle simpliste d'une coordination mécanique ou d'un déterminisme simple.

*L'homme garde toujours un minimum de liberté et qu'il ne peut s'empêcher de l'utiliser pour « battre le système ».*²⁴

C'est la face cachée mais réelle du travail des soignants qui se situent dans une relation pédagogique et de coordination, appelée, l'articulation.

Cette articulation se définit comme : *« Assurer la fluidité de l'ensemble du travail de soins... Il est effectué pour l'institution et le malade ».*²⁵

C'est l'enjeu à venir de l'encadrement dans la conduite du changement de considérer cette facette invisible du travail pour favoriser le bien-être au travail de ces agents et la satisfaction des usagers (patient et parent) dans la prise en charge globale.

*« En s'intéressant à l'activité, on est du côté de la faisabilité, de la recherche des conditions des réussites de l'action ».*²⁶

Deux nécessités retiennent mon intention :

- Réduire les effets néfastes pour les patients et le personnel de l'adaptation permanente de l'activité qui doit se maintenir dans le strict cadre de la légalité.
- Prendre en compte le fonctionnement des partenaires extérieurs et les moyens de liaisons qui les relient, ainsi que l'organisation globale de l'établissement.

²⁴ Michel Crozier et Erhard Friedberg, « L'acteur et le système », Editions du Seuil, Paris, 1977, p.41

²⁵ Paul Bourret, « Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital », Editions Seli Arslan, 2001, p.34

²⁶ Paul Bourret, « Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital », Editions Seli Arslan, 2001, p.143

La programmation de l'activité ne doit pas occulter ces notions de travail visible et invisible des soignants mais les préserver. La politique de contrôle de gestion devra tenir compte de ces considérations pour une organisation des parcours de soins efficiente.

4 LE PROJET DE PERFORMANCE DE L'HDJ

4.1 Pourquoi un projet de performance ?

L'hospitalisation de jour est un service récent. Il présente des dysfonctionnements que je veux corriger, mais en même temps, la visée du projet est d'agrandir la structure de l'HDJ et développer ses activités. La mise en place des améliorations de la qualité va entraîner des changements importants dans le travail quotidien et imposer de nouvelles règles de fonctionnement axées sur l'amélioration en continue et la réactivité aux évènements imprévus. Ces changements auront un impact important sur les soignants.

Dans le cadre de ce projet, je veux mettre en place un véritable projet de performance : me fixer des objectifs, les faire connaître et approprier par le personnel, et mesurer l'atteinte de ces objectifs à travers la définition d'indicateurs et de cibles ou tendances d'évolution correspondants et enfin organiser le recueil des informations et des données essentielles de leur mesure.

Il s'agit d'organiser le système d'information et de décision tout en mobilisant les soignants présents, conditions nécessaires à l'appropriation par l'équipe projet :

- Proposer une perception stable et structurée de la progression vers les objectifs d'améliorations et, dans ce but, mettre en place le tableau de bord qui contribuera à suivre les résultats et réduire l'incertitude.
- Mesurer l'état de l'existant et les écarts par rapport aux objectifs, et faciliter ainsi la prise de décision sur les mesures d'amélioration à mettre en œuvre.
- Mesurer la progression vers l'atteinte des objectifs et proposer les éventuelles mesures correctives.
- Arriver ainsi à un pilotage de l'activité permettant une meilleure maîtrise du risque et la réduction de la zone d'incertitude.

Les acteurs concernés par la mesure de la performance sont :

- Le chef de projet : je propose à la direction l'objectif à atteindre : maîtriser les processus critiques (être en capacité de signaler en temps et en heure les dérives incontrôlables). Je définis des indicateurs de mesure de l'activité, les propose en concertation avec les différents acteurs et pilote la mise en œuvre des actions correctives, j'organise l'évaluation.

- La cadre paramédicale du pôle, les soignants (médecin et infirmières) de l'HDJ : ils sont concertés pour l'identification des données mesurables, la réalisation de la campagne de mesures, et participeront à l'analyse de l'activité et aux propositions d'actions d'amélioration ainsi que pour la mise en œuvre de ces actions et à leur évaluation.

4.2 Identification des activités et des processus critiques

Les processus opérationnels	La prise de rendez-vous	La prise en charge soignante	Le circuit du patient
Identification des déclencheurs extérieurs	La prescription médicale du parcours de soins du patient lors de la consultation médicale		
Fonction du processus	Programmation de l'accueil du patient	Organisation des soins	Coordination des soins avec les partenaires
Définition des activités constitutives du processus	<p>Identifier le patient et les informations essentielles de son dossier</p> <p>Déterminer la nature du parcours de soins qu'il va suivre</p> <p>Consulter l'agenda et déterminer les disponibilités des plages horaires</p> <p>Choisir une date de prise de rendez-vous au mois une semaine à l'avance et prendre les rendez-vous avec les services internes,</p> <p>Rappeler le patient la veille pour confirmation</p>	<p>Connaître la prescription médicale</p> <p>Organiser l'accueil du patient et de sa famille et le travail du personnel</p> <p>Traiter les patients arrivés en urgences</p> <p>Réajuster si besoin le déroulement du parcours de soins</p>	<p>Appeler les services internes pour confirmer la venue du patient,</p> <p>Confirmer leur disponibilité et l'horaire de venue du patient</p>
Représentation sous forme d'organigramme des enchaînements chronologiques	La modélisation du parcours de soins : le processus support		

4.2.1 L'inventaire des risques

La réalisation des parcours de soins n'est pas dépourvue de risques de nature à compromettre l'atteinte des objectifs d'amélioration. L'évaluation du risque se fera au fur et à mesure de l'avancement du projet et de la mise en place des actions d'amélioration.

Le recueil de données concernant le circuit du patient met en évidence le risque pris d'absence de résultats. En effet, si ce circuit est formalisé, il n'y a pas de procédure de contrôle. Une grande liberté de circulation est offerte au patient et à ses parents dans l'hôpital et cette circulation échappe aux soignants et aux personnels des services internes.

Je ne recourrai pas systématiquement à cet outil de mesure de risque pour tous les objectifs. Seuls les objectifs critiques, ainsi que ceux dont les contraintes ne peuvent être évaluées précisément, seront traités par cet outil.

4.2.2 La campagne de mesures réalisée

Le déroulement des mesures :

- Le recueil des données mesurables a été effectué par le chef de projet en lien avec les soignants tous les jours sur quatre semaines en dehors des vacances scolaires (un exemple de tableau de recueil de données figure en annexe 4).
- La période retenue était celle du 10 au 21 décembre 2012 et du 21 janvier au 1er février 2013.
- Les mesures ont concerné les patients ayant un parcours de soins, caractérisé par une séance, avec une codification HDJ.

Echantillon de données recueillies :

Le recueil de données a porté au total sur 127 patients programmés, dont 75 pour l'HDJ et 52 patients qui relèvent d'une consultation, donc hors HDJ.

Sur ce total de 75 patients, 9 patients programmés ne sont pas venus, taux relativement important.

L'étude sur l'HDJ proprement dite porte donc sur les 66 patients venus (sur les 75 ayant pris rendez-vous) sur un parcours de soins :

- 47 sur une codification HDJ 322,
- 19 sur une codification HDJ 320 (chimiothérapie),

L'âge moyen des patients est de 8 ans et 9 mois.

La durée moyenne d'un parcours de soins en HDJ est de 3 heures et 52 minutes.

Remarque :

L'échantillonnage du recueil de données a permis d'évaluer la fiabilité de certaines mesures et l'augmentation du risque sur l'atteinte des objectifs concernant le circuit du patient.

Cet échantillonnage présente d'autres avantages :

- La sélection comporte des patients en codification HDJ et d'autres en consultation,
- Les diagnostics médicaux sont variés,
- Certains patients poursuivent leurs parcours de soins le lendemain de leur venue sur l'HDJ,
- Des patients sont transférés sur l'HDJ le lendemain de la consultation.

Faire partager la stratégie : un pilotage ajusté au fonctionnement actuel et changeant de l'activité de la structure d'HDJ

MISSION : organiser le système d'information et de décision

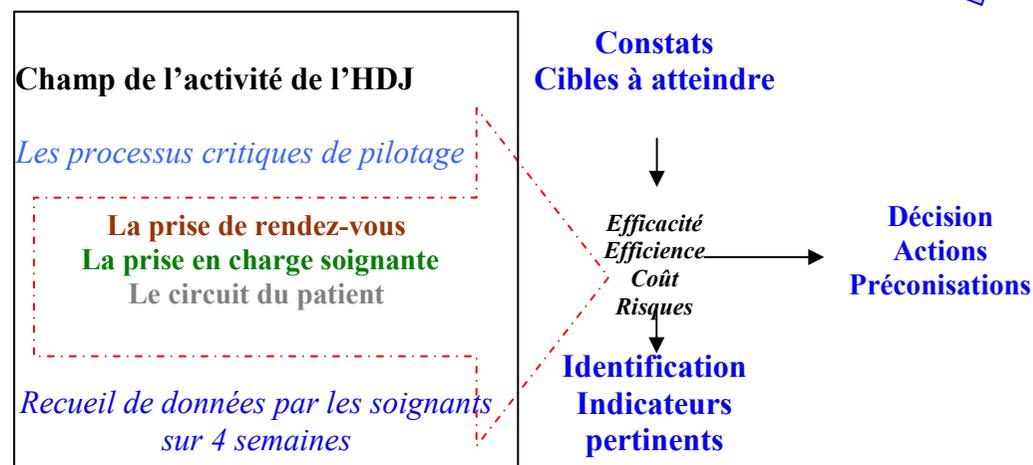
Désignations d'objectifs :

- Connaître le nombre de patients programmés une semaine à l'avance au moins
- Prévoir et anticiper les réajustements le jour de l'arrivée du patient
- Anticiper l'accueil des patients venus en urgence
- Maitriser le nombre de patients programmés avec l'assurance de venir
- Adapter l'accueil du patient en fonction de son âge et de son parcours de soins
- Organiser le travail de l'équipe soignante
- Prévoir et ajuster l'effectif du personnel en fonction de l'activité de soins programmés et de la charge en parcours de soins
- Gérer les temps de débordement du patient par rapport à son parcours de soins initial
- Réduire les temps d'attente du patient
- Assurer la traçabilité de la liaison entre l'HDJ et l'hospitalisation conventionnelle (prévoir un outil de traçabilité)
- Prévoir une coordination avec les services internes de l'hôpital : évaluer le besoin de la mise en place d'une plage horaire spécifique réservée aux patients d'HDJ (avec le service de radiologie et d'exploration fonctionnelle)

Recueils de données mesurables :

- Nombre de patients programmés une semaine à l'avance
- Nombre de patients ajoutés à la programmation de la journée la veille ou le jour même
- Nombre de patients non programmés admis en urgence
- Nombre de patients programmés non venus
- Origine de la prise de rendez-vous
- Age/diagnostic médical/parcours de soins initial du patient
- Heure d'arrivée et de départ du patient
- Décision médicale d'une chambre seule
- Occupation d'un lit
- Temps de dépassement du parcours de soins par rapport au temps prévu
- Soins réalisés en plus du parcours de soins initial
- Effectif du personnel
- Nombre de patients transférés sur l'hospitalisation conventionnelle
- Temps passé par le patient dans le service de radiologie
- Temps passé par le patient dans le service des explorations fonctionnelles
- Temps d'attente pour obtenir les résultats des prélèvements demandés
- Codification de l'activité médicale

MISSION : mobiliser les soignants



4.3 Les objectifs et indicateurs associés aux différents processus

La qualité et la fiabilité de la programmation des parcours de soins, ainsi que les temps passés dans les différents processus sont un des facteurs décisifs de l'efficacité de l'organisation des soins, de la qualité des prestations pour les patients et dans l'atteinte de l'objectif final de création de valeur ajoutée (efficacité/efficacité/coûts).

Le tableau ci-après récapitule les différents indicateurs dans les différents processus identifiés comme pertinents pour évaluer l'atteinte des objectifs.

Objectifs	Indicateur(s) associé(s)
1. Le processus de prise de rendez-vous	
1.1. Connaître le nombre de patients programmés une semaine à l'avance au moins	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition des patients arrivant dans l'HDJ en fonction de la programmation de leur rendez-vous. <ul style="list-style-type: none"> - Sous-indicateur : pourcentage de patients non programmés arrivés en urgence - Sous-indicateur : pourcentage de patients programmés la veille - Pourcentage de patients absents le jour de l'hospitalisation - Raisons de la non-venue de patients programmés.
1.2. Prévoir et anticiper les réajustements le jour de l'arrivée du patient	
1.3. Anticiper l'accueil des patients venus en urgence	
1.4. Maîtriser le nombre de patients programmés avec l'assurance de venir	
2. Le processus de prise en charge soignante	
2.1. Adapter l'accueil du patient en fonction de son âge et de son parcours de soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition des patients dans l'HDJ pendant la journée en fonction des parcours de soins. - Répartition de la charge en parcours de soins par jour de la semaine. - Temps de débordement par parcours de soins (lié aussi à l'objectif III). - Taux de patients occupant un lit pendant les soins.
2.2. Organiser le travail de l'équipe soignante.	
2.3. Prévoir et ajuster l'effectif du personnel en fonction de l'activité de soins programmés et de la charge en parcours de soins.	
2.4. Gérer les temps de débordement du patient par rapport à son parcours de soins initial.	
3. Le circuit du patient	
3.1. Réduire les temps d'attente du patient.	<ul style="list-style-type: none"> - Temps d'attente des usagers en fonction des parcours de soins. - Taux de satisfaction des patients sur leur prise en charge. - Analyse de la liaison entre HDJ et hospitalisation conventionnelle : recensement des documents existants, problèmes constatés, ...
3.2. Assurer la traçabilité de la liaison entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle (Prévoir un outil de traçabilité).	
3.3. Prévoir une coordination avec les services internes de l'hôpital : évaluer le besoin de la mise en place d'une plage horaire spécifique réservée aux patients HDJ (avec service de radiologie et d'exploration fonctionnelle).	

4.4 Analyse des résultats

4.4.1 Le processus de prise de rendez-vous

Rappel des objectifs :

- 1.1. Connaître le nombre de patients programmés une semaine à l'avance au moins
- 1.2. Prévoir et anticiper les réajustements le jour de l'arrivée du patient
- 1.3. Anticiper l'accueil des patients venus en urgence
- 1.4. Maîtriser le nombre de patients programmés avec l'assurance de venir

Indicateur(s) associé(s) : Répartition des patients arrivant dans l'HDJ en fonction de la programmation de leur rendez-vous.

- Sous-indicateur : pourcentage de patients non programmés arrivés en urgence
- Sous-indicateur : pourcentage de patients programmés la veille
- Sous-indicateur : pourcentage de patients absents le jour de la consultation

Définition : Cet indicateur mesure le nombre de patients de l'HDJ répartis en fonction de la date de prise de rendez-vous.

La répartition des 75 patients HDJ en fonction de la programmation des rendez-vous se répartit de la manière suivante.

Patient programmé dès la semaine précédente	Patient ajouté à la programmation de la journée la veille ou le jour même	Patient non programmé admis en urgence	Patient programmé semaine précédente mais non venu	Total
45	10	11	9	75
60%	13%	15%	12%	100%

Constats :

Cet indicateur met en évidence le nombre des patients non programmés admis en urgence ainsi que celui des patients absents le jour de leur consultation.

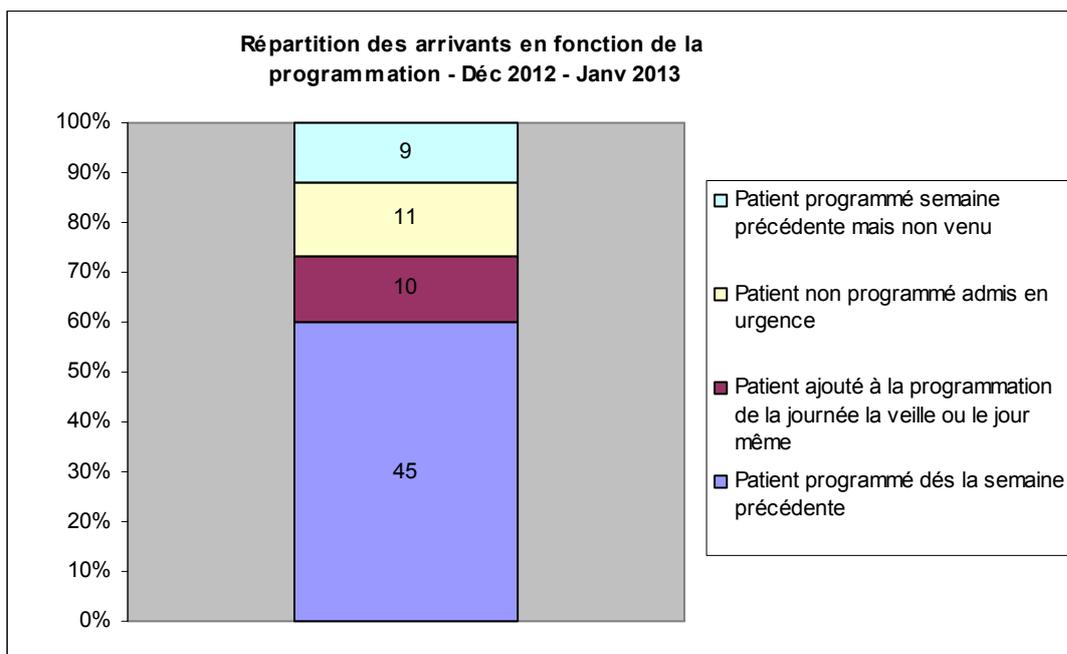
Seulement un peu plus de la moitié des patients sont connus une semaine à l'avance : il est donc difficile de planifier le parcours de soins et de prévoir l'effectif du personnel et l'organisation des soins.

Ce tableau révèle que 15% des patients sont admis en urgence, ce qui élève à **28%** en

plus le nombre de malades non programmés à l'avance. On comprendra la difficulté de gestion de la programmation et de l'incidence sur la planification des parcours de soins sur la journée en adéquation avec l'effectif soignant.

Cibles :

Le taux de patients programmés la semaine précédente, mais non venus, doit tendre vers zéro.



Le pourcentage de patients non programmés admis en urgence est un indicateur primordial de la prise en charge de l'urgence chez des patients souffrants d'une maladie chronique avec une connotation de soins « à risque » (transfusion, chimiothérapie) à délivrer.

Actions à conduire :

L'activité liée à ces situations d'urgence doit être intégrée dans la planification des parcours de soins au quotidien. Pour optimiser le parcours de soins, l'organisation de la planification du parcours et l'accueil du patient doivent être préparés, organisés et devenir un objectif prioritaire pour atteindre la qualité dans prise en charge soignante.

La prévision dans la planification journalière des temps de parcours de soins réservé à des patients non programmés admis en urgence est à envisager.

Je remarque que 12 % des patients programmés la semaine précédente ne sont pas venus, j'en déduis qu'une priorité consisterait à téléphoner aux parents pour avoir la confirmation du rendez-vous.

Indicateur(s) associé(s) : Raisons de la non-venue de patients programmés.

Définition : identifier les raisons des absences des patients qui ne se présentent pas le jour de leur rendez-vous.

Constat :

La part de patients programmés mais ne venant pas sans avoir prévenu est importante pour l'échantillon considéré : 9 sur 75 patients, soit 12%. Ces absences sont évidemment très pénalisantes pour la programmation de l'activité. De plus, il n'y a pas d'anticipation de ces absences et donc aucune possibilité de réorganiser l'activité.

Les causes de ces absences sont aujourd'hui inconnues car ces patients ne sont pas rappelés ; on ne sait pas non plus s'ils reviennent plus tard, en urgence ou programmés, car il n'y a pas de suivi individualisé de ces dossiers.

Cibles:

L'objectif est de faire tendre cet indicateur vers zéro. Il s'agit au moins de connaître le plus à l'avance possible les patients qui ne viendront pas à leur rendez-vous.

Actions à conduire :

Des actions spécifiques doivent être entreprises pour :

- Contacter ces patients et les familles pour a posteriori, connaître les raisons de la non-venue.
- Agir éventuellement sur ces causes pour diminuer le nombre d'absences.
- Garder trace des noms pour vérifier qu'ils reviennent par la suite en programmation
- Dans tous les cas, réintégrer au plus tôt ces patients dans la programmation normale.

Les actions de confirmation de rendez-vous (par exemple systématiquement la veille du jour prévu) seront aussi de nature à se rapprocher de l'objectif.

4.4.2 Le processus de prise en charge soignante

Rappel des objectifs :

- 2.1. Adapter l'accueil du patient en fonction de son âge et de son parcours de soins.
- 2.2. Organiser le travail de l'équipe soignante.
- 2.3. Prévoir et ajuster l'effectif du personnel en fonction de l'activité de soins

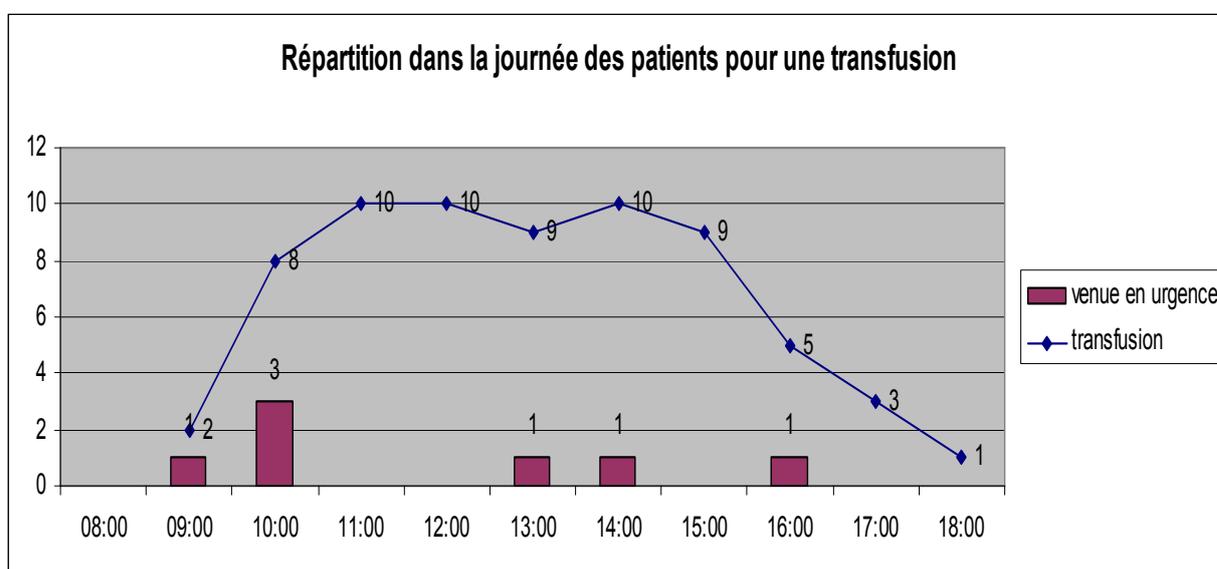
programmés et de la charge en parcours de soins.

2.4. Gérer les temps de débordement du patient par rapport à son parcours de soins initial.

Indicateur(s) associé(s) : Répartition des patients dans l'HDJ pendant la journée en fonction des parcours de soins.

Transfusion

Définition : Cet indicateur mesure la répartition moyenne sur la période de mesure du nombre de patients accueillis pour une transfusion dans les différentes plages horaires de la journée.



Constats :

L'amplitude horaire du pic de présence des patients est importante pour la transfusion.

La transfusion est une grosse activité de soins qui présente des temps de débordement journalier et aussi une moyenne de présence de patients élevée. L'acte transfusionnel (en moyenne) se fait sur un temps long (entre 10h et 15h), donc le taux d'occupation de lit de ce type de patient est étendu dans le temps.

La durée du pic de présence en transfusion est un facteur de risque et de non qualité.

Remarque : pour certains enfants, le temps élevé de la durée de la transfusion peut être cumulé avec un délai plus long de délivrance du produit à transfuser (surtout pour les enfants drépanocytaires et ceux relevant de l'oncologie).

Je remarque également un nombre important de patients admis en urgence, notamment 3 patients à 10 heures, ce qui explique l'existence des temps de présence en dehors de la plage horaire normale.

L'amplitude de cette courbe, tant sur la plage horaire journalière que sur le nombre de patients, suppose de nombreuses relations entre le personnel de l'HDJ avec le service d'hématologie et le centre transfusionnel et suppose des liens avec les laboratoires de villes, les partenaires de soins et l'HAD.

Elle montre aussi qu'il s'agit de patients qui viennent régulièrement, sinon leur nombre serait moins élevé. Ce sont donc des patients qui sont fidélisés.

Cibles:

L'objectif recherché est un meilleur échelonnement des enfants et réduire le pic de présence des enfants en milieu de journée.

Actions à conduire :

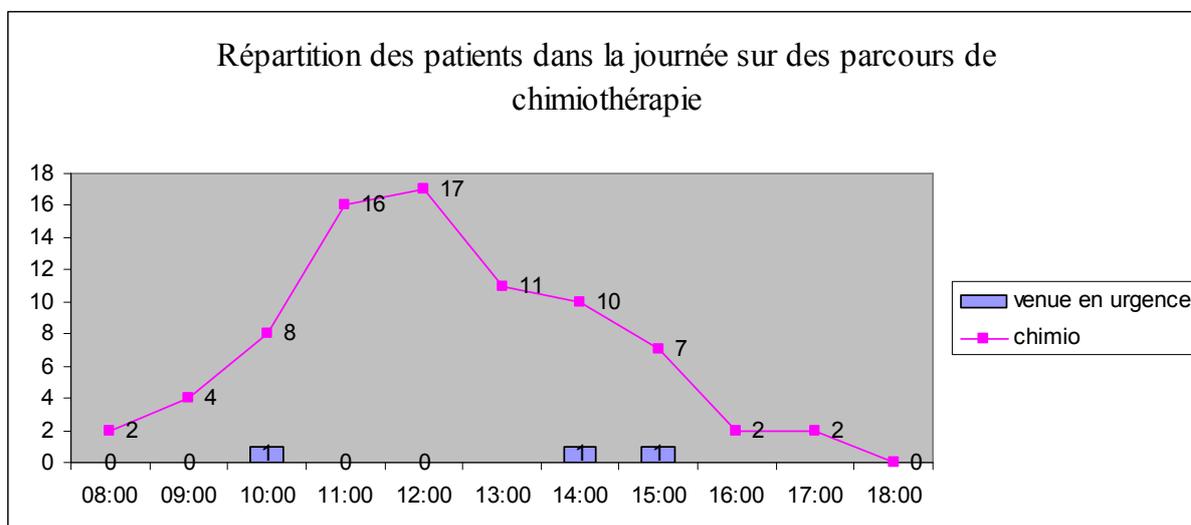
Il faut prévoir un effectif soignant en nombre et en expérience car c'est une charge soignante élevée et à risque.

On ne peut pas agir sur l'acte transfusionnel de soins en tant que tel, mais on peut agir en amont sur la préparation, la réalisation des prélèvements sanguins et les temps d'attente des résultats :

- La priorisation de l'analyse des prélèvements sanguins des patients avec une diffusion immédiat des résultats au médecin,
- La prise en compte d'un temps consacré au portage des prélèvements, des ordonnances et au transport des produits à transfuser dans le travail des soignants,
- La présence sur le temps d'ouverture de l'HDJ d'un effectif soignant ayant un savoir issu de l'expérience de l'acte transfusionnel et de l'échange transfusionnelle,
- L'anticipation de l'accueil de ces patients : gestion du dossier transfusionnel du patient,
- L'organisation d'un accueil pédagogique et lucratif pour des patients qui restent alités toute la durée du soin.
- La réduction de la présence des patients après 16 heures liée à l'acte transfusionnel pouvant avoir une incidence sur l'activité de l'hospitalisation conventionnelle occasionnant un passage du patient de l'HDJ sur des lits l'hospitalisation conventionnelle.

Chimiothérapie

Définition : Cet indicateur mesure la répartition moyenne sur la période de mesure du nombre de patients accueillis pour une chimiothérapie dans les différentes plages horaires de la journée.



Constats :

L'ascension de la courbe sur la matinée peut s'expliquer par le fait que la délivrance de certains traitements de chimiothérapie par le pharmacien est dépendante des résultats du prélèvement sanguin, de l'examen clinique du médecin et de la nature de la chimiothérapie prescrite par le médecin.

Les préparations parentérales de certaines chimiothérapies sont réalisées dans la pharmacie vers 11 heures ce qui détermine le pic de présence des patients entre 11 heures et 13 heures. Les analyses des prélèvements sanguins des enfants sont complexes et l'attente des résultats est en moyenne de 1 heure 30.

Je suppose que les urgences sont anticipées par les médecins car les patients concernés arrivent au milieu de la matinée ou de l'après-midi. Les patients admis en urgence pour avoir un traitement de chimiothérapie sont moins nombreux que ceux qui viennent pour une transfusion.

La présence des patients après 16 heures est de 2 patients, c'est sans doute inévitable car les patients suivent un protocole médical strict conditionné par l'état de santé au moment de l'administration de la chimiothérapie et par le suivi médico-social du patient avec les liens extérieurs (centres de références), les réseaux de soins et l'HAD.

Cibles : Réduire ou organiser la présence de patients après 16 heures.

Actions à conduire :

Prévision d'un effectif soignant jusqu'à 18 heures pour répondre aux besoins de santé de ces patients : traitement par chimiothérapie et transfusion.

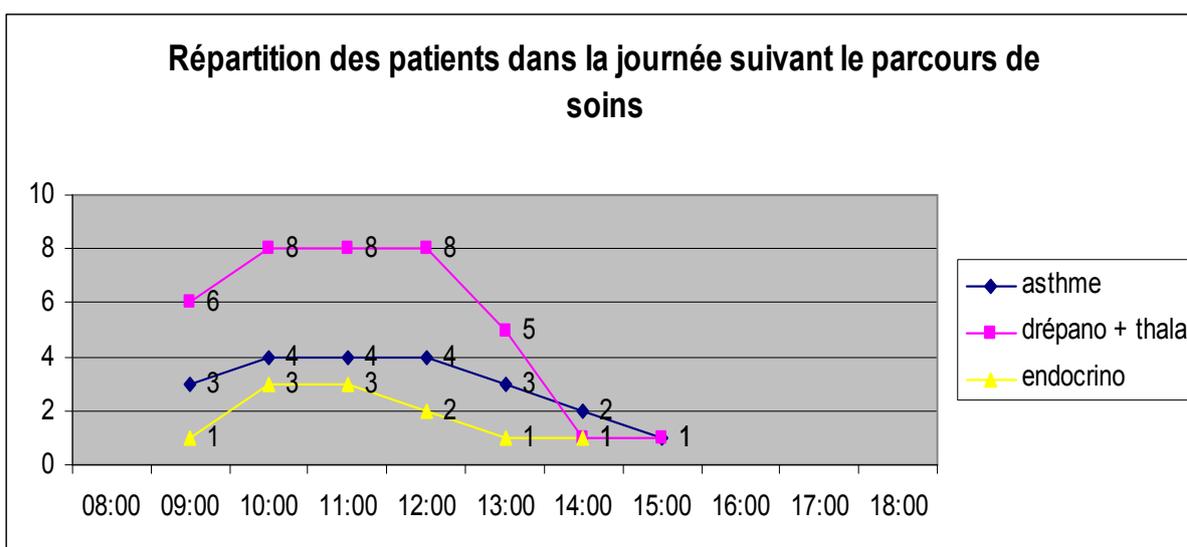
La réduction du temps d'attente des résultats du prélèvement sanguin.

Ce sont des patients qui sont présents au moment du repas ce qui nécessite une prestation hôtelière, un accueil ludique et pédagogique anticipé car le temps du parcours de soins s'étale sur 4 heures.

Asthme, drépanocytose + thalassémie, endocrinologie

Définition :

Cet indicateur mesure la répartition moyenne sur la période de mesure du nombre de patients accueillis dans les différentes plages horaires de la journée, en fonction de 3 parcours de soins (asthme, drépanocytose + thalassémie, endocrinologie).



Constats :

On voit bien qu'il n'y a pas de débordement de la plage horaire et que les patients arrivent à l'heure. J'en déduis qu'ils entrent dans la programmation des patients une semaine à l'avance : ils sont en majorité compris dans les 60% des patients programmés.

Je n'aperçois pas sur la courbe relative au patients drépanocytaires un allongement de cette courbe sur une plage horaire de 8 heures, j'en déduis qu'il est possible qu'ils reviennent un autre jour pour poursuivre leur parcours de soins

Je constate que c'est surtout le matin ou peut-être en début d'après-midi que ces patients ont des rendez-vous avec les services internes et les consultations spécialisées.

Le taux élevé de présence le matin s'explique par le fait que le parcours de soins des patients de moins de 4 ans se fait sur 4 heures, alors que pour les plus de 4 ans il est de 8 heures. Ce n'est sans doute pas adapté à leurs besoins de santé, car trop fatiguant, et souvent ils ne peuvent pas achever le parcours dans la journée et doivent revenir le lendemain. Sur le fuseau horaire de 13 heures à 16 heures, il n'y a pas beaucoup de patients prévus et de place disponible.

Cible :

On recherchera le maintien de cet indicateur à son niveau actuel mais à condition de conduire une révision organisationnelle du parcours de soins de l'enfant drépanocytaire âgé de plus de 4 ans sur la durée de 8 heures qui est trop longue et doit être revue.

Actions à conduire :

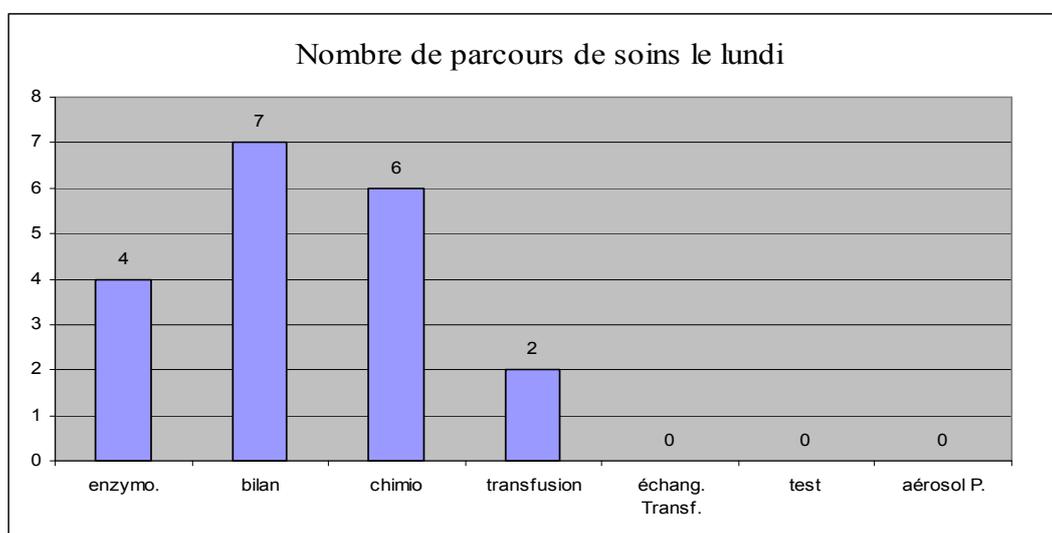
Si l'on veut étendre l'HDJ à d'autres activités, c'est-à-dire l'accueil de patients sur de nouveaux parcours de soins, il faudra soit les accueillir sur des plages horaires d'après-midi, soit revoir les jours et les heures de rendez-vous avec les services internes et les consultations spécialisées ou soit déplacer les patients déjà accueillis sur une autre amplitude horaire.

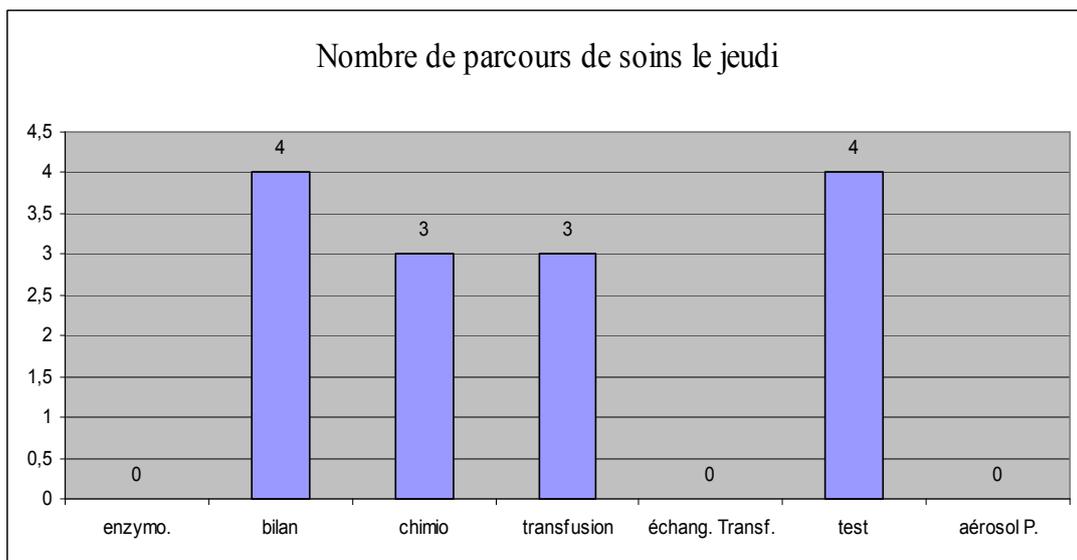
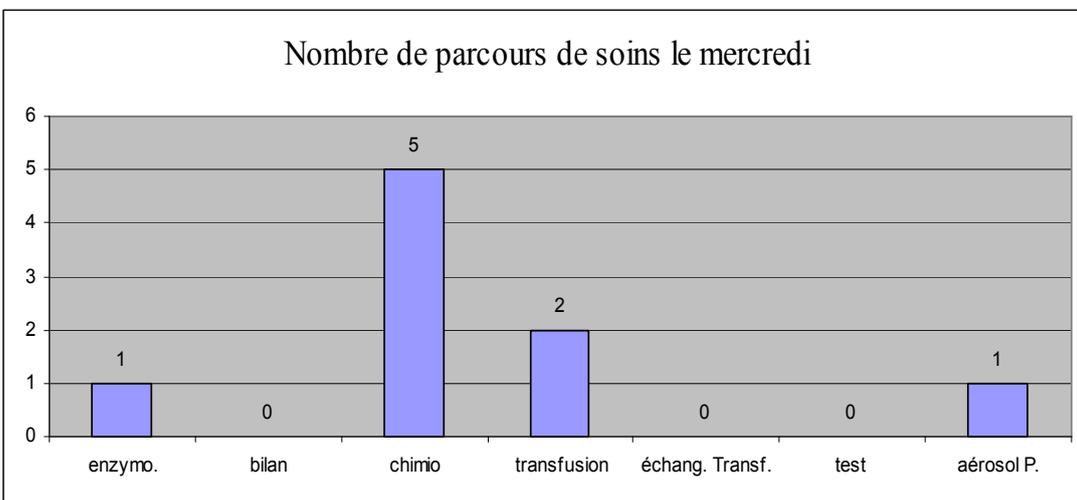
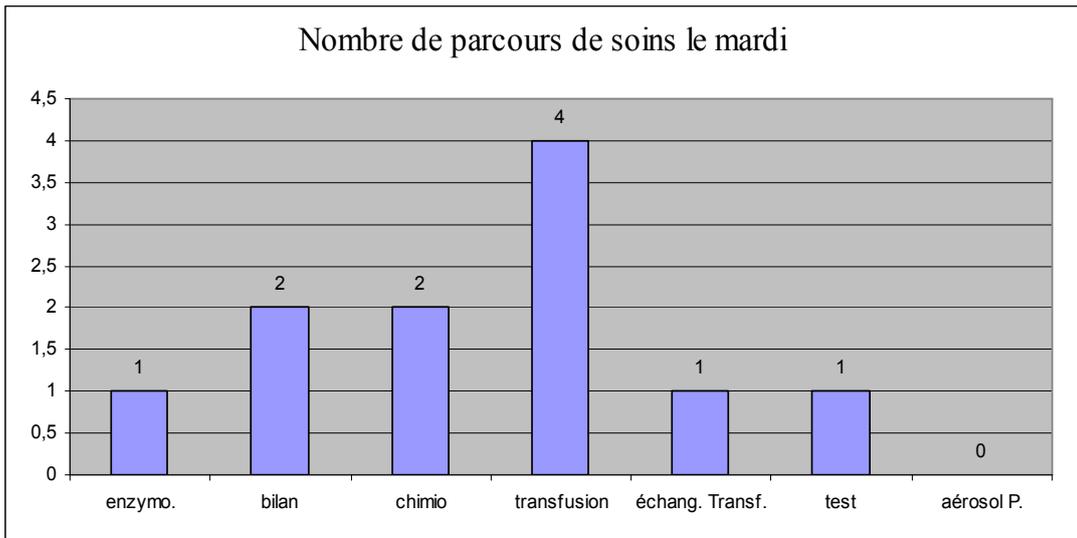
Le parcours d'endocrinologie consiste uniquement à l'administration d'un traitement, c'est peut-être le plus facilement déplaçable.

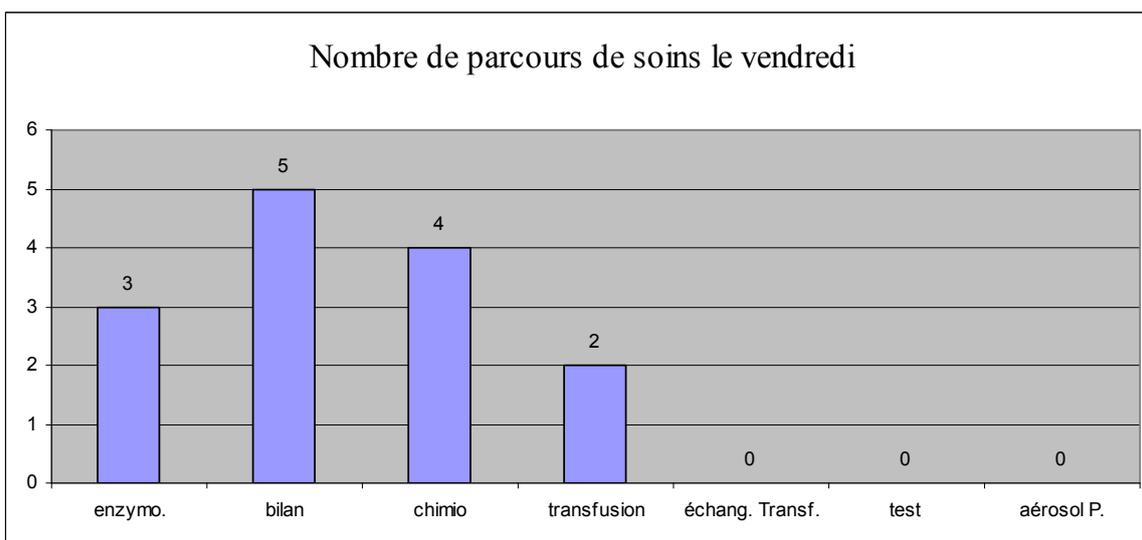
Indicateur(s) associé(s) : Répartition de la charge en parcours de soins par jour de la semaine.

Définition :

Cet indicateur mesure la répartition moyenne des patients selon les parcours de soins les différents jours de la semaine.







Constat :

Cet indicateur met en lumière l'activité l'HDJ : un support pour coordonner l'activité et faciliter la programmation de l'activité. La répartition de la charge en parcours de soins est très contrastée en fonction des jours de la semaine.

Les activités liées à la transfusion et à la chimiothérapie sont présentes tous les jours mais leurs valeurs restent disparates.

J'ai l'impression qu'il n'y a pas un équilibre sur la semaine en fonction de la nature des parcours de soins.

Sur le mercredi, il y a une baisse de l'activité de l'HDJ en présence de parcours de soins, en lien peut-être avec l'absence de scolarité ce jour là. Il n'y a pas de parcours « bilan » et « test » le mercredi, est-ce lié avec la présence des médecins spécialistes sur l'hôpital ?

Cibles :

Il faut viser à une harmonisation de la nature des parcours de soins sur la semaine en quantité journalière et en fonction de la charge en soins tout en réservant des espaces temps pour l'urgence

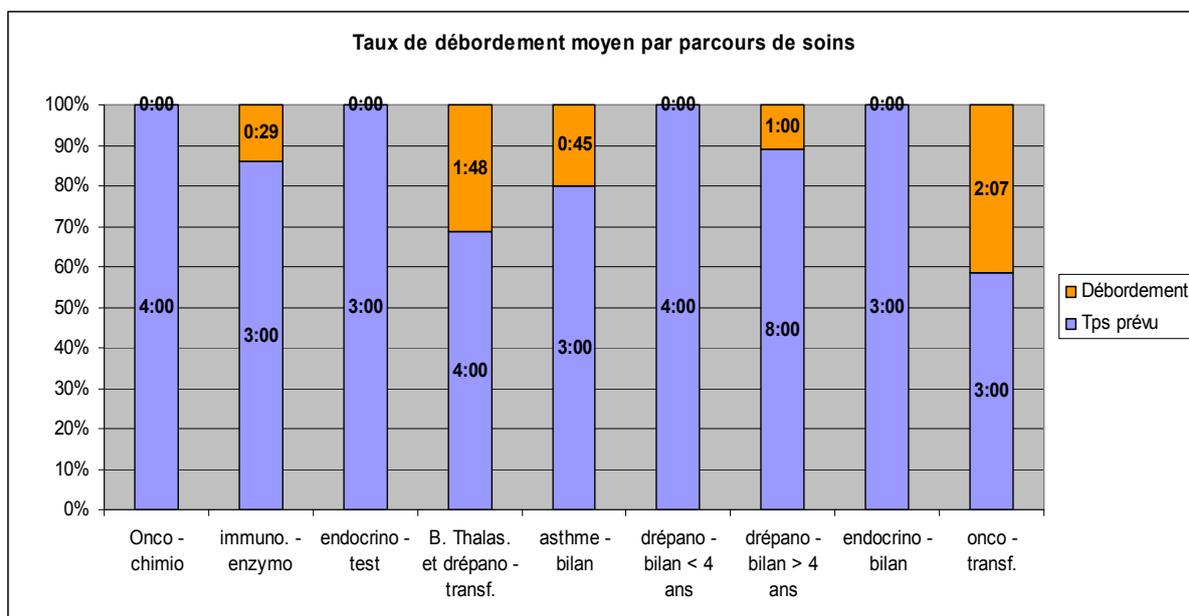
Actions à conduire :

Le rééquilibrage des parcours sur la semaine doit permettre d'étendre l'activité de l'HDJ à d'autres activités en réponse aux projets médicaux des médecins référents : cartographie (maquette) des parcours de soins en lien avec les besoins des patients et les disponibilités des services internes et des consultations des médecins spécialistes. Un meilleur équilibre des parcours de soins sur la semaine améliorera la préparation de l'accueil des patients : prévision du nombre de lits en adéquation avec l'effectif soignant.

Indicateur(s) associé(s) : Temps de débordement par parcours de soins.

Définition :

Cet indicateur mesure la durée moyenne des différents parcours de soins et met en évidence les dépassements, les « temps de débordement », de ces durées par rapport aux durées prévues (temps du parcours de soins initial).



Constat :

Le plus grand temps de débordement concerne le parcours transfusionnel. L'acte transfusionnel est l'une des activités la plus importante de l'HDJ. Les patients arrivés en urgence, ont de grande chance de dépasser le temps du parcours initial prévu et d'occuper une chambre seule.

Sur les 9 parcours de soins, la moitié des parcours est concernée par un temps de débordement allant de 30 minutes à 2 heures. Ceci entraîne des temps d'attente pour le patient et ses parents (informations des patients), un temps d'occupation du lit supplémentaire et un travail « d'articulation » de l'activité pour les soignants.

Ces temps de débordement engendrent des conséquences sur l'organisation des sorties et des entrées des patients et influent sur la programmation de l'activité journalière.

Ils peuvent avoir une incidence sur la gestion des lits du service d'hospitalisation conventionnelle, nécessité de chambre seule, surcharge en soins, transmissions inter-équipe.

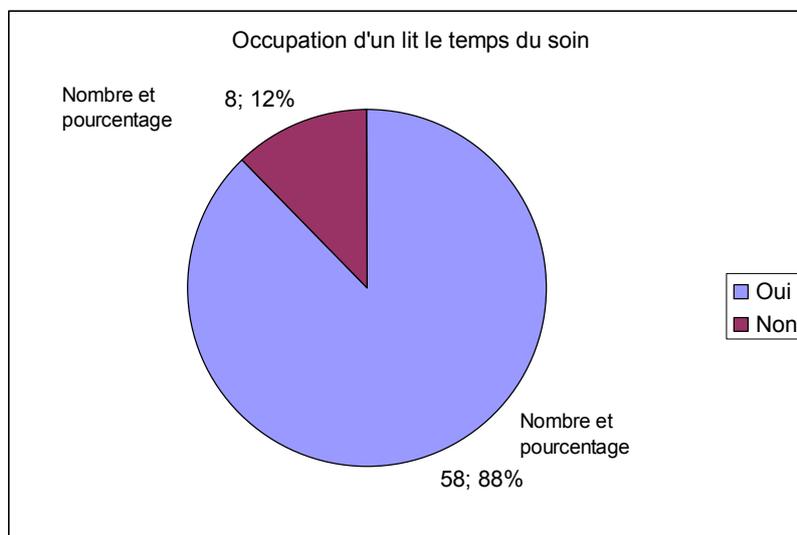
Cibles :

Il faut viser à la réduction de ces temps de débordement.

Indicateur(s) associé(s) : Taux de patients occupant un lit pendant les soins.

Définition :

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients devant occuper un lit pendant les soins.



Constat :

Une grande majorité des patients (88%) est couché dans un lit pendant le temps du soin.

Cependant, dans une grande partie des parcours de soins, le patient n'a pas besoin d'être couché dans un lit pendant tout le temps du parcours, à l'exception de certains traitements de chimiothérapie et de l'acte ou de l'échange transfusionnel.

Une part représentant 12 % des patients accueillis n'ont pas besoin d'être couchés dans un lit durant le parcours de soin.

Cibles : La mise à disposition de lits adaptés à l'âge du patient durant son hospitalisation est indispensable.

Actions à conduire :

Les patients ont besoin de se recréer dans des aménagements de « moments » en dehors des temps de soins (occupation de la salle de jeux).

4.4.3 Le circuit du patient

3.1. Réduire les temps d'attente du patient.

3.2. Assurer la traçabilité de la liaison entre l'hôpital de jour et l'hospitalisation conventionnelle, prévoir un outil de traçabilité (action à conduire).

3.3. Prévoir une coordination avec les services internes de l'hôpital : évaluer le besoin de la mise en place d'une plage horaire spécifique réservée aux patients d'HDJ (avec le service de radiologie et d'exploration fonctionnelle).

J'ai défini trois indicateurs qualitatifs pour l'atteinte de ces objectifs. Ils n'ont pas pu être mesurés dans la période limitée de la présente étude.

Indicateur(s) associé(s) :

- **Temps d'attente des usagers en fonction des parcours de soins.**

Nous ne disposons pas de données sur les temps d'attente et leur variabilité. Cet indicateur permettra de mesurer des temps d'attente avec un échantillon représentatif des différents parcours de soins (action à conduire). Ces mesures ne pouvaient pas être effectuées dans le cadre du présent projet car elles doivent être effectuées sur une durée longue, avec une organisation adaptée qui doit être mise au point avec l'équipe soignante.

- **Taux de satisfaction des patients sur leur prise en charge.**

Cet indicateur va permettre de mesurer le ressenti des patients et de leur parent quant à la prise en charge soignante. Il n'y a pas aujourd'hui de dispositif pour mesurer la satisfaction des usagers. Cet indicateur fera partie intégrante du tableau de bord de suivi de l'activité à la destination de la Direction (action à conduire).

- **Analyse de la liaison entre l'HDJ et l'hospitalisation conventionnelle : recensement des documents existants, problèmes constatés, ...**

Il s'agit de recenser les différents documents permettant d'assurer la liaison entre l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation conventionnelle.

Il n'existe pas aujourd'hui de relations formalisées entre l'HDJ et l'hospitalisation conventionnelle : les contacts sont informels et ne donnent généralement pas lieu à des échanges écrits, il n'y a pas de document type ou de liste type des informations à communiquer.

L'analyse de ce projet met en relief des données jugées pertinentes au regard des enjeux de la programmation de l'activité. Elle induit des préconisations qui impacteront la compréhension concrète du projet par les acteurs concernés, son évolution et son devenir à travers ce qu'il a et va engendrer.

5 LES PRECONISATIONS

5.1 Planifier et organiser les parcours de soins dans la programmation de l'activité actuelle

- Planifier une cartographie des parcours de soins initiaux anciens et futurs en fonction des projets médicaux de chaque médecin référent de sa spécialité médicale. Il s'agit de se concerter et d'organiser une programmation de l'activité type sur une semaine sur la base d'une occupation de 6 lits,
- Créer et/ou réviser l'existant du dossier de soins en lien avec la prescription médicale,
- Valider les codifications PMSI pour les nouveaux parcours de soins (besoins en matériels supplémentaires...) en lien avec le médecin du DIM,
- Formaliser une fiche de liaison lors du transfert des patients de l'HDJ sur l'hospitalisation conventionnelle (recueil de transmissions),
- Organiser la programmation de l'activité et les modalités de continuité des soins en dehors des périodes d'ouverture de l'HDJ,
- Repenser l'adéquation de l'effectif paramédical en fonction de la charge en soins des parcours de soins : compétences, horaire d'ouverture, organisation des soins, planning, le travail d'articulation entre les soignants,
- Coordonner les liens avec les médecins/consultants, les services internes sur les parcours de soins initiaux :
 - Jours, heures,
 - Lieux,
 - Besoins spécifiques matériels/personnels,
- Coordonner les liens avec les réseaux et les partenaires de soins et l'HAD,
- Mettre au point un livret d'accueil pour les parents,
- Faire une fiche de prise de rendez-vous individuelle par patient,
- Intégrer en priorité dans la programmation l'arrivée du patient en urgence, réserver un lit vacant pour cette activité.

5.2 Mettre en place le tableau de bord de l'HDJ

Il sert à piloter l'activité et à rendre compte régulièrement à la direction des soins de l'atteinte des objectifs.

Les plus pertinents des indicateurs seront mis en place dans le tableau de bord :

- Pourcentage de patients non programmés arrivés en urgence
- Part des patients programmés à l'avance,
- Pourcentage de patients absents le jour de l'hospitalisation,
- Temps de débordement par parcours de soins, au moins pour les plus « à risque » (chimiothérapie et transfusion),
- Répartition de la charge en parcours de soins par jour de la semaine

Ce tableau de bord n'est qu'indicatif. Son contenu et sa forme définitive dépendra des commandes de la Direction de soins et va faire l'objet d'un travail participatif avec les personnels soignants et l'équipe d'encadrement. Il sera suivi de manière continue et durable par les cadres de proximité et permettra un rendu compte, actualisé régulièrement, pour la Direction de soins et le chef de service de la pédiatrie. Il vise à permettre la mise en place d'un véritable contrôle de gestion et d'évaluer les résultats des actions d'amélioration, et ainsi de prévenir les éventuelles régressions dans la qualité de l'accueil des patients et de la programmation de l'activité.

5.3 Définir la fiche de poste d'une coordinatrice

Aujourd'hui, il n'existe pas de coordinatrice. L'analyse de l'existant et les indicateurs ont démontré l'intérêt d'avoir un agent responsable du suivi de la programmation. Il ne s'agit pas forcément d'un soignant.

Cet agent aura pour missions de :

- Suivre la mise place des actions d'amélioration de la programmation de l'activité et renseigner le tableau de bord,
- Coordonner les flux des patients, son accueil et son accompagnement sur le parcours de soins,
- Etre en lien avec les partenaires et réseaux de soins, assurer la continuité avec les réseaux internes,
- Optimiser l'occupation des lits, ...
- Articuler le travail des soignants dans la cohésion, en lien avec l'équipe d'encadrement.

5.4 Définir un nouveau circuit de soins pour la consultation d'oncologie

Il s'agit de prévoir un autre circuit de prise en charge des patients de la consultation d'oncologie actuellement accueillis sur l'HDJ, et notamment de délocaliser pour accueillir d'autres activités.

5.5 Réaliser une enquête de satisfaction auprès des usagers

La mesure de la satisfaction sera faite par enquête de satisfaction auprès des patients et des parents, par exemple par questionnaire donné à l'arrivée et recueilli au départ, sur la qualité de l'accueil, **l'organisation des attentes** : durée, conditions matérielles d'accueil et des temps d'attente, information donnée aux patients, ...

L'évaluation de la perception des usagers doit accompagner toute pratique. Elle permet l'appréciation de l'écart existant entre les objectifs poursuivis par le projet et leur traduction en service rendu effectif aux usagers : le patient et ses parents.

En dehors des actions d'amélioration immédiates formulées dans les constats des indicateurs, les préconisations citées ci-dessus sont à mener à plus long terme. En effet, elles s'inscrivent sur la durée en associant tous les partenaires, c'est un vrai projet de changement.

Conclusion

Comme le souligne J.-P. Sartre, « *J'intègre dans mon projet le projet de l'autre, chacun se mouvant de telle sorte qu'il est intégré dans le projet de l'autre* »²⁷. Pour mener à bien ce projet, j'ai appliqué un management participatif en alliant mes expériences de cadre de proximité sur l'hospitalisation conventionnelle, en me positionnant au centre de communautés de pratiques différentes mais ayant un système de valeurs partagées en mettant les besoins implicites et l'attente (normes) du « petit » patient atteint d'une pathologie chronique au cœur du projet de restructuration de l'HDJ pédiatrique.

Le passage d'une organisation fonctionnelle à une organisation par processus, c'est l'enjeu de la modélisation du parcours de soins créée par les soignants, comme processus support, mon outil managérial stratégique pour conduire ce projet maintenant et dans l'avenir.

Ce projet a été mené avec l'ambition d'être un contrat passé entre l'hôpital et ses acteurs, comme moyen de la mobilisation des énergies vers la performance par un pilotage stratégique. Placer la pédiatrie, dans les enjeux politiques du pôle femme enfant lui confère soutien institutionnel et notoriété vis-à-vis de la place du parcours du patient entre les différents services. « *La Haute Autorité de santé va introduire la méthode du « patient traceur » dans la prochaine version de la certification des établissements de santé. L'objectif est d'évaluer les modalités de prise en charge d'un patient au travers de son expérience de soins, et donc des processus et des organisations qui s'y rattachent* ».²⁸

Ce projet est un projet de recherche et d'innovation. Il s'inscrit dans la continuité d'une histoire de la pédiatrie qui a connu des difficultés dans le passé, un problème de positionnement par rapport à d'autres services du pôle plus prioritaires et qui conserve des traces des réalisations ultérieures. Il vise à mettre en évidence les compétences et le savoir faire de l'encadrement et des soignants.

L'ambition est de réaménager la programmation de l'activité par la mise en place des préconisations, puis contrôler et enfin évaluer l'impact des actions menées sur la satisfaction des patients et des parents. Sur l'année 2012, l'activité globale de l'HDJ pédiatrique est en baisse de 12,4 % dont - 20,2 % pour HDJ chimio (0542) et - 7,4 % pour l'HDJ pédiatrique (0545).

²⁷ J.-P. Sartre, « Ibid » p.151

²⁸ APM international « Certification des établissements de santé : la HAS va développer la méthode du « patient traceur », disponible sur www.apmnews.com, consulté en février 2013.

La stratégie à la planification des différentes préconisations se doit d'être échelonnée dans le temps.

« *Le chef de projet répond de son projet d'un double point de vue, celui de l'assomption et celui de l'imputation* »²⁹. Assumer la responsabilité de ce projet renvoie à la nécessité de devoir répondre à la hiérarchie de l'hôpital de l'atteinte des objectifs, en faire valider les constats effectués et les résultats à atteindre par une reconnaissance aussi bien sociale que technique de la part de tous les partenaires de l'environnement professionnel. Deux questions se posent avant la mise en œuvre du projet :

- Comment développer une culture coopérative qui optimiserait les ressources tout en enrichissant les pratiques soignantes ?
- Comment diffuser les bonnes pratiques de la planification qui respecteraient plus de latitude aux acteurs sur le terrain ?

La mise en œuvre de ce projet suppose une démarche de conduite du changement complexe. Elle demande un travail collectif pour associer les différents professionnels à la définition et à la formalisation des solutions et du plan d'action pour les mettre en œuvre. Le personnel d'encadrement doit investir le temps requis, le sien et celui des agents sous sa responsabilité, dans la préparation et la conduite de ce projet.

La question posée est celle de créer les conditions d'un travail collectif d'organisation du changement, tel qu'il permette à chacun des acteurs de trouver du sens à l'évolution de son action. Les enjeux d'évolution pour chacun des acteurs doivent être identifiés et pris en compte.

Dans ce but, le plan de communication autour du projet est essentiel. Il conviendra d'utiliser les différents vecteurs de communication : managériale, sociale, participative et informative.

Cette communication doit permettre d'afficher clairement les objectifs poursuivis : que veut-on améliorer, comment les actions prévues y contribuent-elles, quel phasage et quels délais faut-il adopter pour les conduire ?

Ils doivent être partagés avec tous les acteurs concernés par la mise en œuvre des actions d'amélioration. En effet, l'évolution des pratiques suppose de tous les acteurs une remise en cause, voire une admission de la nécessité de changer. Sans une adhésion de l'encadrement, des soignants, sur la base d'une compréhension partagée des objectifs, un tel projet est

²⁹ Jean-Pierre Boutinet, « Anthropologie du projet », Edition PUF : 2ème édition, 1990, p. 38

difficile à conduire dans une structure où la charge de travail est importante.

En particulier, la mise en place du tableau de bord et la mesure des indicateurs associés est une pratique nouvelle. Si on peut concevoir un effort particulier des personnels en période de démarrage, cette pratique doit rapidement s'inscrire dans le travail quotidien des équipes et ne pas paraître simplement une tâche supplémentaire à réaliser, surtout si sa finalité n'est pas comprise.

Un travail d'analyse plus approfondi est à conduire, bien au-delà de l'analyse forcément rapide des indicateurs conduite dans le cadre du présent projet : l'observation des parcours de soins sur la durée, les échanges avec d'autres structures analogues et les entretiens avec l'ensemble des professionnels concernés. En effet, *« les systèmes organisationnels sont d'abord des systèmes humains qui demandent, pour évoluer, une prise en compte du vécu des acteurs à travers des processus itératifs et d'ajustement continu de gestion du changement »*.³⁰ La représentation de la modélisation du parcours de soins dans sa prise en compte graduelle et évolutive devient alors un puissant levier de mobilisation.

L'évaluation des résultats obtenus est aussi une autre occasion d'associer le personnel encadrant et soignant : observer, critiquer et mettre à jour les procédures et les outils de formalisation.

Enfin, il faudra prévoir les moyens de reconnaissance des efforts accomplis et de retour auprès des agents des progrès obtenus.

³⁰ Réal Jacob, Alain Rondeau et François Normandin, « La gestion du changement stratégique dans les organisations des secteurs publics et parapublic : le point de vue des praticiens », 2008, p.113 disponible sur www.telescope.enap.ca/telescope/docs/.../telv14n3_changement.pdf ; de NC Brinèbois-2008, consulté en mars 2013

Bibliographie

Textes législatifs :

► MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière. Journal officiel du 2 août 1991, Art L. 711-2.

Disponible sur

<[www.legifrance.gouv.fr/affichTexte-do ?ci](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?ci)> (consulté en novembre 2012).

► MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel du 22 juillet 2003, Art. 3.

Disponible sur

<[http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do ?ci](http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do?ci)>(consulté en novembre 2012).

► MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DU SPORT ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2009 de financement de la sécurité social pour 2009. Journal officiel le 11 décembre 2008.

Disponible sur

<[http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do ?ci](http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do?ci)>(consulté en novembre 2012).

► MINISTERE DE LA SANTE ET DU SPORT. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel le 16 juillet 2009.

Disponible sur

<[http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do ?ci](http://www.legifrance.gouv.fr/affichtexte.do?ci)>(consulté en novembre 2012).

► MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE. Décret n°92.1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique. Journal officiel du 8 octobre 1992 pp. 13990

Disponible sur

<[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do ?cidTexte=JORFTEXT000000726288&](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000726288&)> (consulté en novembre 2012).

► MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. Décret n°99.144 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel le 02 juin 1999.

Disponible sur

<[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do ?cidTexte=JORFTEXT000000394928](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000394928)> (consulté en

novembre 2012).

► MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Circulaire n°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

Disponible sur

<joelle.dubois@sante.gouv.fr> (consulté en novembre 2012).

► MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Disponible sur

<joelle.dubois@sante.gouv.fr> (consulté en novembre 2012).

Rapports de politique hospitalière:

► Document du MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS - ANAP. *LA LOI HPST A L'HOPITAL les clés pour comprendre*. Guide élaboré avec la participation du CNEH, 2010, 159 p.

Disponible sur

<www.sante.gouv.fr> et <www.anap.fr>

► APHP. *Contrat pluriannuel de pôle 2009-2010*. Hôpital Louis Mourier, Projet pôle 1 Femme enfant, 2009, 36 p.

► PAREZ Nathalie. *Projet médical*. Site pédiatrique de l'hôpital Louis Mourier, APHP. 2010, 44 p.

► APHP- CHU. *Projet de soins 2005-2009*, Hôpital Louis Mourier, 2005, 8 p.

► HUPNVS.-ANAP. *Optimisation des organisations de travail*. Service de pédiatrie-UG 0061/0161- Validation des leviers d'optimisation- Chantier d'optimisation-réunion 2 bis, 2012, 6 p.

Ouvrages

► FERNANDEZ Alain. *Le chef de projet efficace*. Editions d'Organisation Eyrolles, 2012, 174 p.

► BRANDENBURG Hans, WOJTYNA Jean-Pierre. *L'approche processus*. Mode d'emploi,

Editions d'Organisation Eyrolles, 2003, 191 p.

- ▶ BOURRET Paul. *Prendre soin du travail. Un défi pour les cadres à l'hôpital*. Editions Seli Arslan, 2011, 200 p.
- ▶ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil, Paris, 1977, 436 p.
- ▶ BARRIER Philippe. *La blessure et la force. La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. Editions Science Histoire : Société PUF, 2010, 192 p.
- ▶ JOURDAIN Alain, BRECHAT Pierre-Henri. *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. PRESSES de l'EHESP : 2ème édition, 2012, 251 p.
- ▶ BOUTINET Jean-Pierre. *Anthropologie du projet*. Edition PUF : 2ème édition, 1990, 441 p.
- ▶ Sous la direction d'Alain REY. *Dictionnaire historique de la langue française*. LE ROBERT, 2006, 3 tomes.
- ▶ Sous la direction de Jacqueline RUSS. *Dictionnaire de philosophie*. Mémo références, Bordas, 343 p.

Séminaire

- ▶ RONDEAU Alain. *La réorganisation des soins et du travail en santé au Québec, Trois modèles émergents*. Présentation du séminaire du CETO, HEC-Montréal, Centre d'études en transformation des organisations -Ecole des Hautes Etudes Commerciales de Montréal, 2002, version pdf, 26 p.

Disponible sur

web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/rondeau (consulté en novembre 2012)

Publication universitaire

- ▶ RONDEAU Alain, REAL Jacob, NORMANDIN François et al. *La gestion du changement stratégique dans les organisations publiques*. Revue d'analyse comparée en administration publique, Ecole nationale d'administration publique, volume 14 n°3, 2008, pp.107-111

Disponible sur

www.telescope.enap.ca/telescope/docs/.../telv14n3_changement.pdf : de NC Brinèbois-2008 (consulté en mars 2013)

Articles

- ▶ Rapport d'information par la Commission des finances, de l'économie générale et du plan

sur la mise en œuvre de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001. *Comprendre et utiliser le contrôle de gestion : piloter ses activités*. Efcis : Institut de la gestion publique et du développement économique, 2008, 37 p.

► BAUCHETET Chantal, PREAUBERT Christine, TRAGER Stéphanie, et al. Dossier : les soins oncologiques de support. *L'infirmière Magazine*, 11/2012, n°310, pp.29-38.

► Document HAS/service développement de la certification/décembre 2011. *Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé*. Certification des établissements de santé, Certification V2010, 2011, 42 p.

Disponible sur

<<http://www.has-sante.fr/portail>> (consulté en novembre 2012)

Sites ressources

► Andrews, Kenneth Richmond. *La responsabilité des administrateurs d'entreprise*. Harvard Business Review, volume 58, n°6, pp. 57-64.

Disponible sur

<<http://www.icrc.org/fre/resouces/documents/misc/instruction-for-referencing-20040>>

(consulté en décembre 2012)

► GH Iraqui : professeur de Pneumo-physiologie. *Hôpital de jour : définition et concepts*. CHU Ibn Sina de Rabat, salé, Hôpital Moulay Youssef à Casablanca au Maroc, février 2000

Disponible sur

<www.sante.gov.ma/smsm/HOPITAL/deficoncept.htm> (consulté le 28/10/2012).

► HAS-Recommandations pour la pratique clinique. *Prise en charge de la drépanocytose chez l'enfant et l'adolescent*. Service des recommandations professionnelles, version pdf, septembre 2005, 32 p.

Disponible sur

<[www.has-sante ;fr/portail/jcm/c.../drepanocytose-recommandations](http://www.has-sante.fr/portail/jcm/c.../drepanocytose-recommandations)> (consulté en novembre 2012)

► HAS- Communiqué de Presse. *Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques*. Communiqué de Presse, novembre 2012

Disponible sur

<<http://www.has-sante.fr>> (consulté en novembre 2012).

► APM international. *Certification des établissements de santé : la Haute Autorité de Santé va développer la méthode du « patient traceur »*.

Disponible sur

www.apmnews.com (consulté le 14/02/2013).

► « *La pensée et le mouvant, Henri Bergson : avec le texte intégral de...* »,.

Disponible sur

books.google.fr/books?isbn=2842919548 (consulté en mars 2013).

► « Les variations du temps : la notion du temps Saint-Augustin »,

Disponible sur

www.gazettelitteraire.com/article-les-variations-du-temps-i-la-notion-du-t... (consulté en mars 2013).

Annexes

Annexe 1 - Note de cadrage

Annexe 2 - Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010

Annexe 3 - Parcours de soins

Annexe 4 - Recueil de données mesurables - Le tableau utilisé

Annexe 1

Note de cadrage

Note de cadrage

1- Chef de projet : Odile Courret, cadre puéricultrice.

2- Origine/contexte du projet

Le projet vise à étudier l'organisation des soins au travers de la programmation de l'activité qui est mise en œuvre dans la structure d'hôpital de jour pédiatrique.

« Structurer la programmation de l'activité de l'hôpital de jour pédiatrique pour une optimisation de l'organisation des soins ».

3- Périmètre du projet

Ce projet impactera tous les services et personnes ayant un lien direct avec le parcours de soins du patient en HDJ pédiatrique depuis la planification de l'entrée du patient, programmée ou non jusqu'à sa sortie.

4- Les objectifs

4-1 les objectifs primaires

Passer d'une organisation fonctionnelle à une organisation par processus
Obtenir plus d'efficience dans l'organisation des parcours de soins

4-2 les objectifs secondaires

Faire coopérer en interne tous les acteurs médicaux, soignants et administratifs concernés.
Mettre en valeur les enjeux de la programmation de l'activité.

Impulser une augmentation de la qualité des soins au plus près des attentes et besoins des patients.

Développer l'activité de l'HDJ pour l'étendre à d'autres activités.

5- Les contraintes

Délai court pour réaliser le projet.

La forte charge de travail des agents les rend peu disponibles.

6- Ressources documentaires/références

Projet d'établissement, La loi HPST, textes de loi, Décrets, Circulaire, le projet médical.

Le projet de soins, le contrat d'activité et de moyens du Pole Femme - enfants, Résultat du chantier de performance ANAP, résultat audit du dossier de soins.

Indicateurs quantitatifs de l'activité : PMSI.

Indicateurs qualitatifs de l'activité : charge en soins, indicateurs et recommandations qualité émanant de l' HAS.

Les cours du Master 2 relatifs à la gestion et au pilotage de l'activité.

7- Modalités de travail/Rôles

Maître d'ouvrage : Mme Heintz cadre paramédical du pôle femme enfant.

Maître d'oeuvre : Mme Courret, cadre puéricultrice.

Directrice des soins

Experte qualité.

Cadre administratif du pôle femme enfant.

Médecin référent DIM.

Médecin/chef du pôle femme enfant, chef de service pédiatrique, chef de service de néonatalogie, médecins de l'HDJ.

Les soignants concernés.

Les services internes et externes de l'hôpital

8- Méthodologie

Etablir un état des lieux au plus près de l'existant : patientèle, activité, flux des patients par l'approche processus en lien avec la programmation de l'activité :

- Créer des « modèles » de parcours de soins de patients.
- Procéder à une analyse de l'activité (forces/faiblesses/opportunités/menaces).
- Choisir les processus les plus pertinents de description de l'activité, diagnostic et analyse.

Cet état des lieux pourra comporter une enquête auprès d'utilisateurs (les attentes), entretiens avec des professionnels de santé en interne ou sur d'autres établissements de santé.

En déduire les propositions pour améliorer le pilotage de l'activité au travers de nouvelles caractéristiques organisationnelles, mettre en place des indicateurs de suivi.

Recueillir l'adhésion de la majorité des participants.

Impliquer les acteurs concernés dans le projet.

Faire un point régulier sur l'évolution du projet et le degré d'avancement du projet avec la direction

8-1 Communication

Mails, courrier, téléphone, fax, rencontres.

Etablir un planning des étapes du projet : calendrier.

8-2 Faisabilité

Adhésion des directions.

8-3 Timing

Pré-projet = 8 mois (octobre 2012 à juin 2013).

Annexe 2

Instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010



MINISTÈRE DE LA SANTÉ et DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins

Sous direction de la régulation de l'offre de soins

Contacts :

Dr Michèle BRAMI

Tel : 01 40 56 45 36

michele.brami@sante.gouv.fr

Dr Joëlle DUBOIS

Tél. 01.40.02.75.69

joelle.dubois@atih.sante.fr

La ministre de la santé et des sports

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
des agences régionales de santé
Pour attribution et transmission aux établissements

Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements de santé
Pour mise en œuvre

INSTRUCTION N°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Date d'application : immédiate

NOR : SASH1015840J

Classement thématique : Etablissements de santé

Résumé :

- La facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient de moins d'une journée ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) répond à des critères précis relatifs notamment à l'état de santé du patient.
- Toute prise en charge de patient qui peut **habituellement** être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.

Mots clés : GHS – facturation –UHCD - activité externe – hospitalisation à temps partiel -

Textes de référence :

- code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6 et R.162-32 ;
- arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique
- Circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.
- Lettre DHOS n°00356 du 12 avril 2007 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire T2A 2007 dans les établissements de santé publics et privés mentionnés à l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale - facturation des forfaits d'environnement

La circulaire du 31 août 2006 susvisée apportait des précisions d'ordre technique sur les conditions de facturation d'un GHS lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée ou lorsqu'il est pris en charge dans une unité d'hospitalisation de très courte durée (UHCD).

Ces conditions de facturation ont été initialement fixées en 2006 (cf. Article 5 (3° et 10°) de l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et prises en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale).

Même si les campagnes tarifaires des années suivantes ont introduit de nombreux changements à la classification des prestations MCO, avec notamment l'introduction des forfaits « sécurité environnement » (SE) en 2007 ou la mise en oeuvre de la version 11 (V11) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) en 2009, ces conditions de facturation sont, en revanche, restées inchangées. Elles ont donc été reprises à l'identique dans l'arrêté du 19 février 2009 de même objet (cf. article 6 (3° et 9° de l'arrêté 19 février 2009 susvisé).

Toutefois, une mise à jour de la circulaire du 31 août 2006 est apparue nécessaire pour intégrer les conséquences de certaines nouveautés de la classification (création du forfait SE par exemple). Cette nécessité est également apparue à l'issue des premiers contrôles effectués par l'assurance maladie ainsi qu'à la lumière des informations remontées des établissements publics et privés par leurs fédérations respectives.

La présente circulaire a donc pour objet de remplacer la circulaire du 31 août 2006 en tenant compte des évolutions réglementaires relatives à la classification (forfaits SE....) et en élargissant la liste des exemples de situations donnant droit, ou à l'inverse, excluant la facturation d'un GHS, en identifiant le cas particulier des prises en charge de patients présentant un terrain à risque.

Cette circulaire remplace celle de 2006 qui est abrogée.

I. Conditions de facturation d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

L'article 6 (3°) de l'arrêté du 19 février 2009 précise que lorsque le patient est pris en charge dans une UHCD à l'issue de son passage au service des urgences de l'établissement, un GHS ne peut être facturé que si son état de santé présente les caractéristiques suivantes :

- un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain,
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation,
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Tout d'abord, il convient de rappeler que ces trois conditions sont cumulatives. Dès lors, si l'une de ces conditions n'est pas remplie, la facturation d'un GHS n'est pas autorisée.

Par ailleurs, l'utilisation des termes « d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques » ne renvoie pas exclusivement à la réalisation d'actes CCAM et le respect de cette condition n'est pas soumis au caractère répétitif de l'acte.

Il est ainsi possible de citer les exemples suivants où la facturation du GHS est autorisée :

- Tentative de suicide médicamenteux
- Asthme sévère
- Douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine
- Traumatisme crânien
- Diarrhée aiguë du nourrisson

En revanche, les prises en charges pour des symptômes observés au service des urgences imposant de réaliser d'emblée quelques examens complémentaires diagnostiques, sans que l'état du patient ne nécessite une surveillance en hospitalisation, ne relèvent pas de l'UHCD. Ces prises en charge au sein du service des urgences donnent lieu à facturation d'un ATU ainsi qu'à facturation des actes et consultations réalisés, mais pas à facturation d'un GHS.

Par ailleurs, les modalités de facturation des prises en charge en UHCD ont été modifiées par la mise en œuvre de la V11 de la classification des GHM et la suppression de la CM24. Désormais, ces prises en charge donnent lieu à facturation d'un « GHS correspondant à un GHM dont la date d'entrée est égale à la date de sortie, quelle que soit la durée de séjour dans cette unité ».

En d'autres termes, la prise en charge d'un patient en UHCD donne lieu à facturation du GHS correspondant au GHM du niveau de sévérité le plus bas au regard de la racine à laquelle conduit le groupage de son résumé de séjour.

En fonction de la racine de GHM concernée, le GHM donnant lieu à facturation sera donc :

- un GHM en « J » ou en « T » lorsqu'ils existent ;
- un GHM de niveau 1 lorsque la racine comporte plusieurs niveaux de sévérité. En outre, si ce GHM comporte une borne basse, le tarif facturé est celui de la borne basse.

Enfin, en cas d'hospitalisation dans une unité MCO au sein du même établissement à l'issue du passage en UHCD, les règles générales de production des RSS s'appliquent : il s'agit d'un même séjour hospitalier, avec passage dans plusieurs unités médicales. Un RSS unique doit être produit, et un seul GHS facturé.

II. Conditions de facturation d'une prise en charge hospitalière de moins d'une journée (avec date de sortie identique à la date d'entrée) hors UHCD

II.1. Principe général de facturation de ces prises en charge

Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé antérieurement sous dotation globale. Par commodité de langage, ces prises en charge sont qualifiées "d'activité externe" dans la suite du texte. De même, sont également qualifiées « d'activité externe » les prises en charge donnant lieu à facturation du forfait « SE » ou du forfait de petit matériel « FFM »

Le cas "habituel" fait référence à la pratique communément admise par les professionnels de santé comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient (exemple: réalisation "en externe" d'une hyperglycémie provoquée par voie orale, ou d'une ablation de nævus sous anesthésie locale).

Ce principe doit toutefois être nuancé au regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée "en externe" peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée.

Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité "externe", et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP à laquelle peut s'ajouter, le cas échéant, la facturation d'un forfait SE ou FFM.

Il convient aussi de rappeler que le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) ne produit des résumés de sortie standardisés (RSS) et par suite, des GHM, et GHS que pour des patients qui ont un statut d'hospitalisés. L'élément déclencheur de la facturation d'un GHS est donc l'admission en hospitalisation, qui ne relève pas de la décision du médecin responsable du DIM, mais de celle du directeur de l'établissement, sur proposition du médecin clinicien.

II.2. Rappel des dispositions réglementaires

L'article 6 (9°) de l'arrêté du 19 février 2009 précise qu' "un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient."

Comme pour les prises en charge en UHCD, ces trois conditions sont cumulatives ; si l'une d'elles n'est pas remplie, la facturation d'un GHS n'est pas autorisée.

L'admission est donc nécessaire et elle doit avoir lieu dans une structure d'hospitalisation individualisée respectant les normes de fonctionnement relatives à l'hospitalisation à temps partiel.

La notion d'actes réalisés renvoie à des actes aussi bien diagnostiques (investigations) que thérapeutiques (traitements). Sont ici visées des prises en charge de moins d'une journée, parce que prévues comme telles dès l'admission.

Ces prises en charge doivent être distinguées des prises en charge de moins d'une journée résultant d'une hospitalisation écourtée pour des raisons diverses (sortie contre avis médical, décès...), qui donnent légitimement lieu à facturation d'un GHS sans pour autant que les trois conditions réglementaires soient respectées. Ces prises en charges n'entrent pas dans le champ d'application de cette circulaire.

Les « séances » au sens du PMSI et de la classification des GHM sont également exclues de cette circulaire. En effet, pour la plupart de ces prises en charge, une admission est réalisée, un RSS produit, conformément au guide méthodologique de production de résumés de séjour du PMSI en MCO et un GHS facturé.

Il s'agit des séances de :

- chimiothérapie
- transfusion
- dialyse (entraînement et hémodialyse)
- radiothérapie (pour les établissements ex-dg uniquement)
- oxygénothérapie hyperbare
- aphérèse

Les prises en charge de moins d'une journée visées par cette circulaire correspondent donc principalement à des prises en charge :

- o nécessitant, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes, un environnement "respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie" ;
- o justifiant le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ».

II. 3 Exemples de prises en charge de moins d'une journée autorisant la facturation d'un GHS

Dans la mesure où il est difficile, en pratique, de fixer une frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et prise en charge relevant de l'activité externe, la production d'une liste exhaustive des situations cliniques autorisant la facturation d'un GHS se révèle impossible. C'est donc le respect du principe général qui doit guider dans tous les cas la qualification (hospitalière ou externe) de la prise en charge. Il est néanmoins possible de compléter ce principe en signalant quelques cas qui peuvent donner lieu à la facturation d'un GHS :

II.3.1. Prises en charge nécessitant, pour des raisons de sécurité liées à la pratique des actes, « un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie »

Ce premier type de situation correspond à des actes de nature différente. Leur pratique autorise la facturation d'un GHS.

Sont ainsi visés :

- tous les actes qui, au sens de la CCAM, acceptent un code activité 4, réalisés avec une anesthésie générale ou locorégionale. Sont ainsi concernés les actes programmés ou non de chirurgie ambulatoire, requérant une anesthésie générale ou loco-régionale (définition de l'activité 4 au sens de la CCAM).
Pour mémoire, l'anesthésie locale faite par un médecin au cours de la réalisation d'un acte, ne répond pas à cette définition.
- les actes acceptant un code activité 4 pour lesquels la réalisation d'une anesthésie n'est pas nécessairement requise mais qui nécessitent néanmoins la proximité d'un anesthésiste, ou encore un milieu stérile. Il convient de citer, par exemple, les

coronarographies ou certains actes de radiologie interventionnelle dans l'attente de l'avis de la haute autorité de santé concernant la nature des plateaux techniques nécessaires à la réalisation de certains actes. De la même manière, sont également visés les actes acceptant un code activité 4, mais exceptionnellement réalisés sans anesthésie générale ou loco-régionale, comme les coloscopies par exemple.

- les actes techniques qui n'acceptent pas l'activité 4 mais qui sont réalisés, à titre exceptionnel, avec une anesthésie générale ou loco-régionale. En effet, dans certains cas, même si ces actes ne nécessitent habituellement pas d'anesthésie, cette dernière peut s'avérer nécessaire (exemple : acte diagnostique réalisé chez un jeune enfant). La prise en charge en hospitalisation est alors justifiée, et un résumé de séjour sera réalisé. L'acte réalisé (sans activité 4) est alors porté sur le résumé de séjour, ainsi que le geste complémentaire d'anesthésie (ces gestes complémentaires sont codés au moyen du chapitre 18 de la CCAM).

II.3.2. Prises en charge justifiant le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin » : les bilans diagnostiques ou thérapeutiques

Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe, est un type de synthèse médicale à privilégier.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, chaque acte diagnostique ou thérapeutique doit être facturé selon la nomenclature d'actes en vigueur, et dans le respect des règles de facturation de cette activité (honoraires médicaux en médecine de ville, actes externes dans les établissements antérieurement sous dotation globale).

Il convient en outre de souligner que la réalisation de plusieurs actes au cours de la même journée peut donner lieu à la facturation d'un GHS, lorsque les conditions suscitées sont respectées, y compris lorsque l'un des actes réalisés n'est pas un acte pris en charge par l'assurance maladie. Toutefois, les actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie doivent, pour leur part, justifier l'hospitalisation.

Enfin, les RSS des séjours de moins d'une journée doivent comporter la totalité des actes réalisés, dès lors qu'ils sont "codables" avec la CCAM, y compris lorsque ceux-ci ne sont pas des actes classants au sens de la classification des GHM, ou qu'ils n'ont pas de tarif à la CCAM.

Les exemples suivants de bilans diagnostiques ou thérapeutiques peuvent être cités :

- Bilan diagnostique d'une image pulmonaire anormale associant fibroscopie bronchique, imagerie, actes de biologie et consultation de synthèse ;
- Bilan réalisé chez un diabétique, nécessitant des examens ophtalmologiques, le recours à un médecin spécialisé en pathologie vasculaire, et à un diététicien, avec réalisation d'explorations vasculaires, d'examens biologiques et d'une synthèse médicale ;
- Bilan d'extension d'une tumeur maligne, comportant des explorations d'imagerie et de scintigraphie, avec consultation de synthèse ;
- Bilan gériatrique incluant une consultation mémoire, un bilan social effectué par une assistante sociale, des examens complémentaires avec notamment des tests neuropsychologiques, la présence d'une infirmière et une synthèse effectuée par un médecin gériatre ;

Chacun de ces exemples respecte les critères requis pour que la facturation d'un GHS soit autorisée. En cas de doute pour une situation clinique particulière, l'association de ces critères sera systématiquement recherchée.

II.4. Exemples de prises en charge n'autorisant pas la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée

Compte tenu de la diversité des situations cliniques, il est également impossible de produire une liste exhaustive des prises en charges n'autorisant pas la facturation d'un GHS. Néanmoins, quelques exemples peuvent être fournis.

o Les actes ouvrant droit à facturation du forfait SE

Lors de la campagne tarifaire de 2007, une nouvelle prestation hospitalière, dénommée forfait « sécurité et environnement hospitalier » (SE), a été créée.

Cette prestation a pour objet de financer les établissements pour le recours à leur plateau technique, dans la mesure où la réalisation de certains actes techniques (cf. liste 1 et 2 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2009) suppose une mobilisation de ressources par l'établissement (cf. lettre DHOS du 12 avril 2007 susvisée).

Elle a également vocation à financer la réalisation d'actes nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (cf. liste 3 de l'annexe 11 et 4 pour les saignées thérapeutiques).

Dès lors, d'une manière générale, tout acte inscrit sur les listes du forfait SE et réalisé seul, et sans anesthésie autre que locale, au cours d'une prise en charge de moins de journée, ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.

A titre d'exemples, il est possible de citer :

- les endoscopies digestives hautes réalisées sans anesthésie autre que locale,
- les injections d'agent pharmacologique dans le corps vitré,
- l'ablation de corps étrangers profonds de la peau, réalisée sans anesthésie autre que locale,
- les traitements itératifs tels que les saignées thérapeutiques pour les polyglobulies ou les hémochromatoses en phase d'entretien

Ce principe doit toutefois être nuancé si le patient présente un terrain à risque (cf. point II.5) justifiant le recours à une hospitalisation.

o La surveillance prolongée du patient

Les actes qui requièrent, dans tous les cas, une surveillance médicale prolongée ne justifient pas la facturation d'un GHS. En effet, le tarif de l'acte réalisé en externe, auquel s'ajoute, le cas échéant le forfait SE, intègre déjà la rémunération de la surveillance.

La durée, normale ou prolongée, d'un acte s'entend par référence à la durée moyenne de l'acte réalisé chez un patient habituel.

En revanche, les actes dont la réalisation justifie une surveillance prolongée exceptionnelle, en raison d'un terrain particulier du patient, peuvent donner lieu à facturation d'un GHS, sous réserve qu'ils ne figurent pas par ailleurs sur la liste des forfaits SE.

La facturation d'un GHS pour ces différents cas de figure fera l'objet de contrôles externes prioritaires.

o Autres exemples

Ne doivent pas non plus donner lieu à facturation d'un GHS lorsque les actes sont réalisés de manière isolée chez un patient ne présentant pas de terrain à risque particulier :

- o les soins non programmés, délivrés au patient dans la structure autorisée à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences et non suivis d'une hospitalisation. En d'autres termes, une prise en charge réalisée dans les conditions autorisant la facturation d'un forfait "accueil et traitement des urgences" (ATU) ne doit pas conduire à facturer un GHS ;

- de la même manière, pour les établissements ne disposant pas d'une structure autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences, une prise en charge réalisée dans les conditions autorisant la facturation d'un "forfait de petit matériel" (FFM) ne doit pas conduire à facturer un GHS ;
- la réalisation d'actes de biologie "usuelle" ou de radiologie non interventionnelle, même multiples ou réalisés sur des plateaux techniques différents ;
- les traitements ophtalmologiques ou dermatologiques utilisant un laser et réalisés sans anesthésie
- les tests d'effort cardiaques ;
- les tests urodynamiques
- les épreuves fonctionnelles respiratoires ;
- les tests endocriniens de type :
 - Hyperglycémie provoquée par voie orale
 - Test au synacthène
- les monitorages de type "rythme cardiaque fœtal" (RCF). Ainsi, la prise en charge d'une parturiente pour enregistrement du rythme cardiaque du fœtus, non suivi d'hospitalisation, ne justifie pas la facturation d'un GHS ;
- et, de façon plus générale, les examens diagnostiques sans anesthésie, ni recours à un environnement technique particulier.

Le point commun à la plupart de ces prises en charge concerne la présence prolongée du patient au sein d'un établissement de santé souvent au-delà du temps nécessaire à la réalisation d'une simple consultation. Néanmoins, le temps consacré aux patients ainsi que l'utilisation du ou des plateaux techniques sont pris en compte dans le tarif des actes externes et ne justifient pas la facturation de GHS. La réalisation de plusieurs actes entraîne leur facturation, dans le respect des règles de facturation de l'activité externe.

Enfin, les consultations multidisciplinaires prises en charge au titre des missions d'intérêt général, ne doivent pas non plus donner lieu à facturation d'un GHS.

De la même manière, les séances d'éducation thérapeutique ne doivent pas donner lieu à facturation d'un GHS, lorsque la venue en établissement est motivée par cette seule prise en charge.

○ **Pour information**

S'agissant des contrôles réalisés en 2007 par l'assurance maladie, parmi les actes réalisés de manière isolée, et codés dans les séjours non justifiés, ayant indûment conduit à facturation d'un GHS, se trouvent essentiellement :

- des actes thérapeutiques : saignées thérapeutiques, injections dans le corps vitré, exérèses de lésions cutanées ou sous cutanées, ablations de système diffuseur, séances de réentraînement cardiaque ou vasculaires à l'effort, instillations vésicales, exérèses d'ongle, laser ophtalmologique, exérèses de chalazion, laser gynécologique, photothérapies maculaires
- des actes de diagnostic : biopsies de prostate, monitoring fœtaux, radiographies du thorax, ECG, échographies abdominales ou pelviennes, amniocentèses, ostéodensitométries, fibroscopies uréthro-vésicales, biopsies de la peau, EEG, épreuves d'effort et angiographies rétinienne.

Pour chacun des exemples signalés dans ce point II.4, les contrôles de l'assurance maladie pourront conduire à une analyse ciblée des dossiers médicaux correspondants. Bien entendu, la facturation d'un GHS pourra se révéler légitime et ne pas donner lieu à déclassement du séjour, à condition que les raisons justifiant la prise en charge en hospitalisation d'activités habituellement de type "externe" soient documentées dans le dossier médical, conformément aux dispositions de l'article R 1112.2 du code de la santé publique, relatives au contenu du dossier médical.

II.5 : Cas particulier : le terrain à risque

Au vu du principe général du point II.1, toute prise en charge qui ne justifie pas la facturation d'un GHS peut toutefois donner lieu à une telle facturation lorsque le patient présente un terrain à risque. On entend par "terrain à risque" un état du patient qui conduit le corps médical à ne pas le considérer comme un patient "habituel"; et qui justifie de prendre des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens, ou la délivrance de certains soins. Il s'agit donc d'un risque pour la santé du patient, imputable le plus souvent à une comorbidité associée à la pathologie faisant l'objet de la prise en charge (pathologie chronique sévère, troubles psychiatriques lourds...). Dans certains

cas, c'est l'âge du patient qui pourra conduire à prendre des précautions particulières (enfant ou à l'inverse, personne âgée).

Ce point particulier a été évoqué à plusieurs reprises comme devant pouvoir moduler les conditions de facturation de prises en charge considérées comme "externes". Le tableau ci-dessous décrit concrètement quelques situations qui, selon l'état du patient, conduiront selon les cas, à facturation d'une activité externe (acte ou consultation) ou à facturation d'un GHS. Les cas mentionnés sont donnés à titre d'exemple.

Type de prise en charge	Activité externe = Type de financement pour un patient "habituel" : acte externe ou consultation	Prestation d'hospitalisation Description de la situation du patient autorisant la facturation d'un GHS (exemple)
<u>Exemple n°1</u> : Bilan urodynamique	Facturation de l'acte CCAM (ex : JZQD001 étude urodynamique du haut appareil urinaire)	"Blessé médullaire" avec troubles vésicosphinctériens et risque de complications infectieuses de l'appareil uro-génital. La prise en charge s'accompagne d'un bilan à la recherche de ces complications.
<u>Exemple n°2</u> : Ponction biopsie rénale	Facturation de l'acte CCAM (ex : JAHB001 : Biopsie du rein, par voie transcutanée, sans guidage)	Patient suivi après greffe de rein.. La prise en charge ne peut être conçue sous forme d'un acte isolé. Un bilan de surveillance est associé.
<u>Exemple 3</u> : Bilan hématologique complet avec consultation de synthèse	Facturation des actes (CCAM ou NGAP) et de la consultation	Patient suivi après une greffe de cellules souches hématopoïétiques. La prise en charge ne peut être conçue sous forme d'un acte isolé. Un bilan de surveillance est associé.

Pour la Ministre et par délégation,
La directrice générale de l'offre de soins

signé

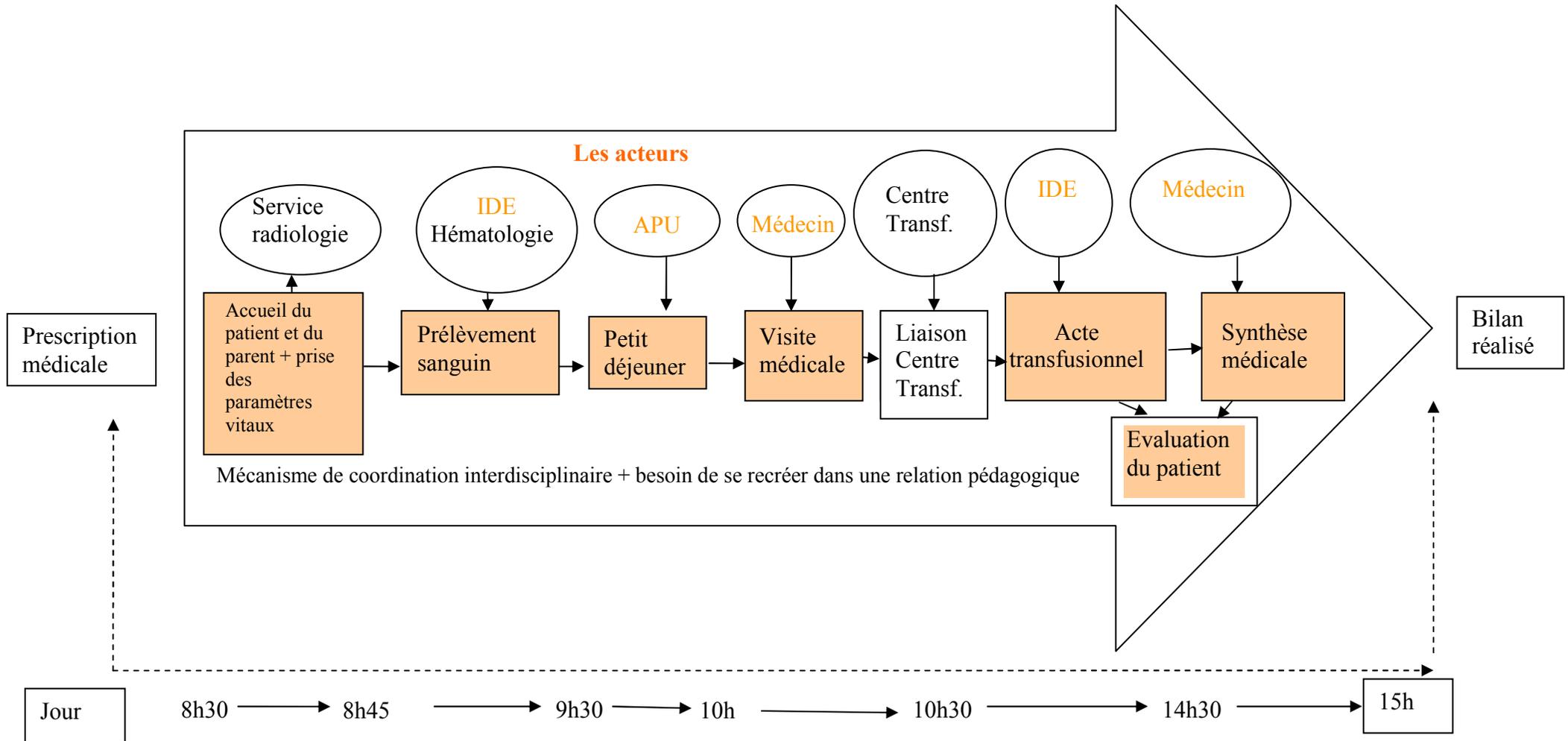
Annie PODEUR

Annexe 3

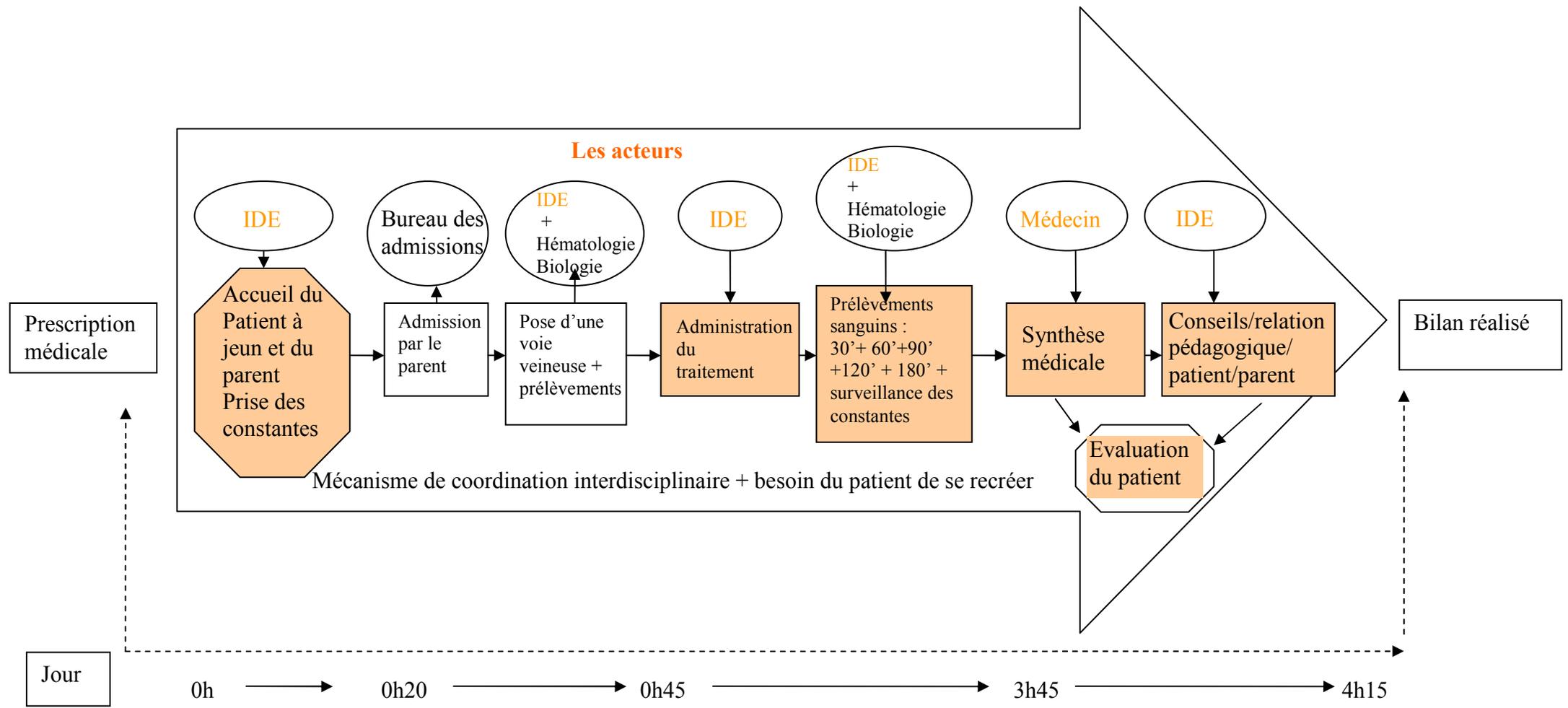
Parcours de soins

Codification
322

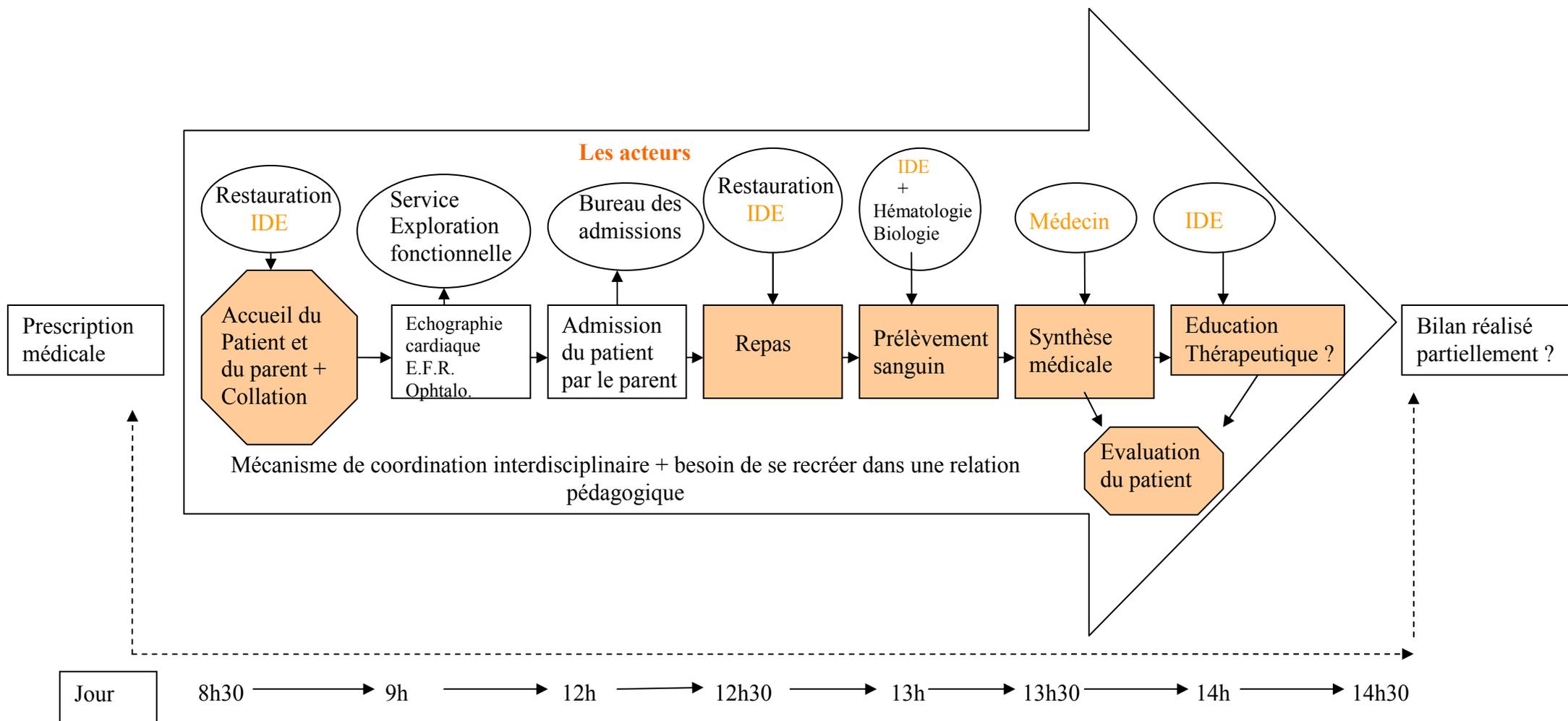
Parcours de soins transfusion non programmée



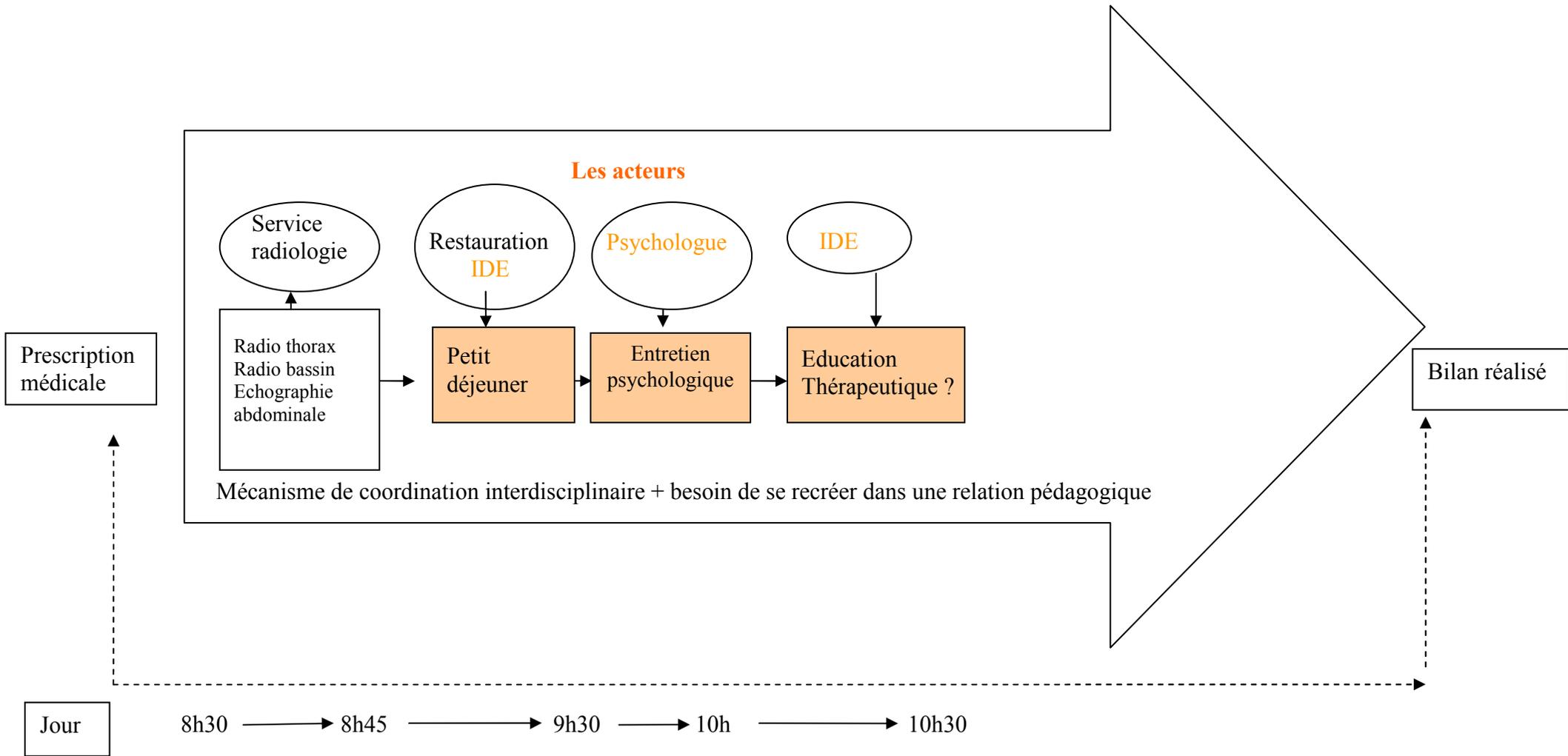
Parcours de soins du bilan endocrinien



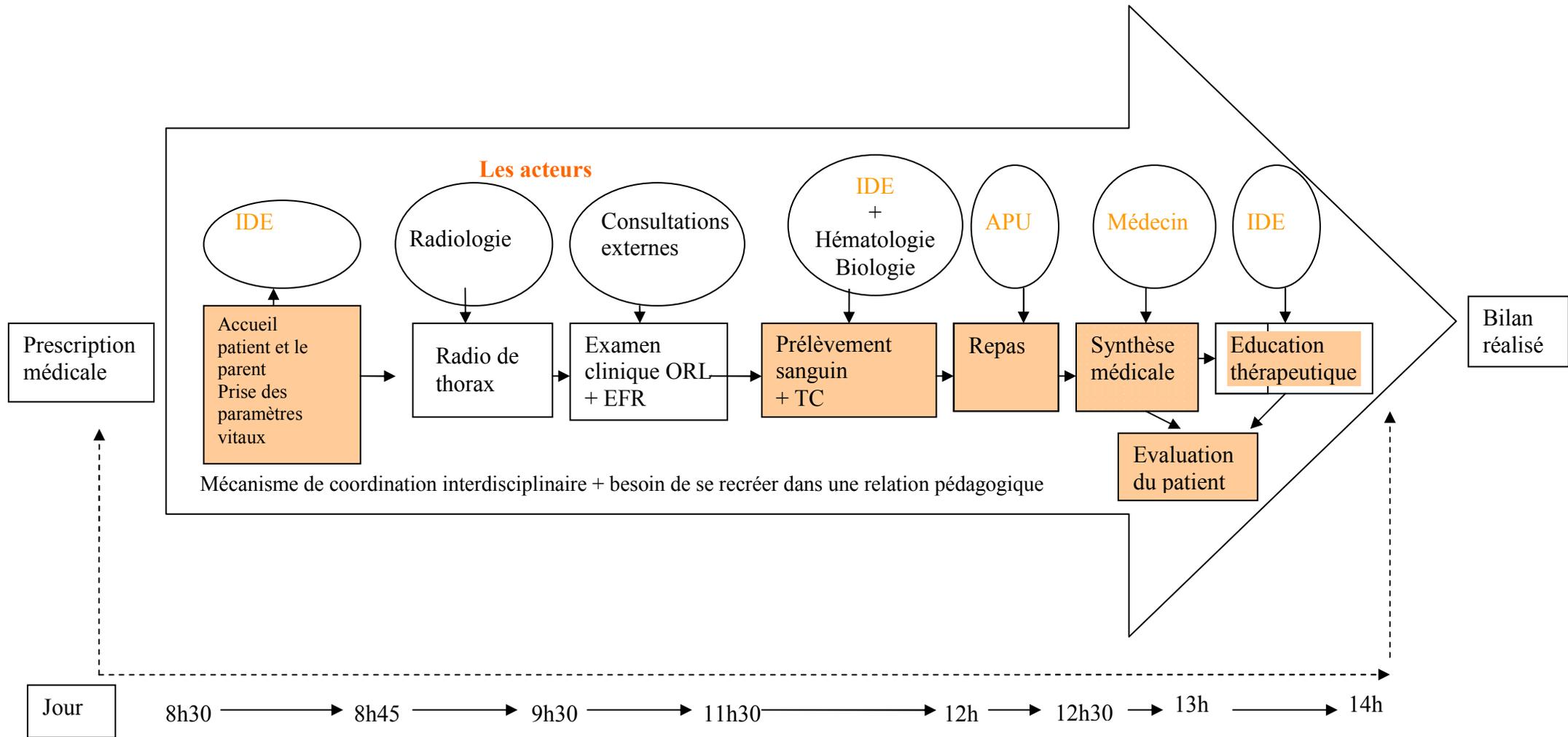
Parcours de soins du bilan annuel d'un patient drépanocytaire âgé de 4 ans et plus



Parcours de soins du bilan annuel d'un patient drépanocytaire âgé de 4 ans et plus



Parcours de soins du bilan asthme



Annexe 4

Recueil des données mesurables - le tableau utilisé

Recueil des données mesurables - Exemple de tableau utilisé

	1er jour					
	patient 1	patient 2	patient 3	patient 4	patient 5	patient 6
Patient programmé dès la semaine précédente	oui	oui	oui	oui	oui	non
Patient ajouté à la programmation de la journée la veille ou le jour même	non	non	non	non	non	oui
Patient non programmé admis en urgence	non	non	non	non	non	non
Patient programmé non venu	non	non	non	non	non	non
Origine de la prise de rendez-vous	secrétaire	médec/spé	médec/spé	médec/spé	médec/spé	médec/spé

La prise en charge soignante

Age du patient	19	7	7	11	5	5
Diagnostic médical	immuno.	drépano.	onco	onco	S. néphro.	onco
Nature du parcours de soins	enzymothé.	bilan	prélèv.	prélèv.	prélèv.	prélèv.
Heure d'arrivée du patient	8h	8h30	10h	10h	10h	10h
Heure de départ	11h	13h	10h45	11h	13h	13h
Chambre seule/obligation	non	non	non	oui	non	non
Chambre double	oui	oui	oui	non	oui	non
Occupation d'un lit le temps du soin	oui	non	oui	oui	oui	oui
Temps de dépassement par rapport au temps prévu	non	non	non	non	non	non
Soins réalisés en plus du parcours de soins prévu	non	non	non	non	non	non
Effectif du personnel	1	1	1	1	1	1

Le circuit du patient

Patient transféré sur l'hospitalisation conventionnelle	non	non	non	non	non	non
Patient poursuivant son parcours le lendemain sur l'HDJ	non	oui	non	non	non	non
Patient transféré sur l'HDJ le lendemain de la consultation	non	non	oui	oui	non	oui
Temps passé par le patient dans le service de radiologie	0	1h	0	0	0	0
Temps passé par le patient aux explorations fonctionnelles	0	1h	0	0	0	0
Temps d'attente des résultats des prélèvements demandés	0	0	0h45	1h	3h	3h
Codification HDJ 322	oui	oui	non	non	non	non
Codification HDJ 320	non	non	non	non	non	non
Codification consultation	non	non	oui	oui	oui	oui



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@12-13**

TITRE DU MEMOIRE

**PILOTER ET MANAGER UN PROJET AU SEIN DU PÔLE FEMME ENFANT
L'enjeu de la modélisation du parcours de soins en Hôpital de Jour pédiatrique**

AUTEUR

Odile COURRET

MOTS-CLES

Hôpital de jour pédiatrique - la maladie chronique - l'attente - recommandations A.N.A.P. - restructuration - la programmation de l'activité - le travail des soignants - approche processus - la modélisation du parcours de soins - contrôle de gestion

KEYWORDS

Pediatric day hospital - chronic disease - waiting time - A.N.A.P. recommendations - activity programming- healthcare staff work- Process approach-standardised patient pathway design - management control

RESUME

Le fonctionnement par pôle a entraîné dans les hôpitaux de nombreux remaniements dans les organisations de soins. La loi H.P.S.T. répond à ces évolutions et attentes en plaçant le patient au centre du dispositif de soins et en confiant aux pôles d'activités plus d'autonomie pour initier des projets.

Le projet de restructuration de l'hospitalisation de jour (H.D.J.) pédiatrique est destiné à répondre aux objectifs d'optimisation de ces organisations et de recherche de l'équilibre socio-économique.

Le présent projet est basé sur une approche stratégique managériale. L'état des lieux de la situation actuelle de l'H.D.J. pédiatrique, une fois le diagnostic posé, sert de socle à une projection ultérieure sur de nouvelles organisations des parcours de soins. Il s'agit d'une approche par processus pour permettre l'amélioration continue de la qualité.

Cette démarche projet est conduite en lien avec les soignants et consiste à observer les activités de l'H.D.J. au travers des processus critiques de la programmation de l'activité, à en ajuster le déroulement en fonction des objectifs d'amélioration et à en évaluer la performance.

Tout au long de ce projet, je me situe dans un management participatif porté par des concepts philosophiques autour de la représentation de la santé et des temps d'attente pour des patients (enfants) atteints de pathologies chroniques.

ABSTRACT

The new organisation in platforms/departments in french hospitals has led to readjustements in care organization. The H.P.S.T. law meets these evolutions and places the patient at the center of the care system, entrusting to the activity departments more autonomy to initiate management projects.

The restructuring project of the pediatric day hospital (pediatric H.D.J.) aims to optimize the organisation and improve socioeconomical balance.

The present project relies on a strategic managerial approach. The present state of the pediatric H.D.J., once the diagnosis set, is the starting point for the organization of future health care pathways. It's a process approach aiming at permanent quality improvement.

This project is led with the care personnels and consists in watching the pediatric H.D.J. activities through the critical processes of the programming of the activity, in adjusting its progress with its objectives of improvement and in evaluating its performance.

Throughout this project, I positioned myself in a participative management based on philosophical concepts revolving around health representation and waiting time for the children suffering from chronic diseases.