

## Pôle d'appui à la qualité et à la performance

# Organisation des services d'imagerie

Bilan du dispositif d'accompagnement  
« Coaching » auprès de 8 services d'imagerie

Mars 2011



## 8 services d'imagerie franciliens s'engagent pour optimiser leurs organisations

Tout service d'imagerie se heurte à une double problématique : comment optimiser la productivité d'équipements lourds et coûteux (scanner, IRM), tout en assurant un accès rapide et exhaustif aux patients hospitalisés comme aux externes.

### Début 2010 a été menée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) une démarche nationale de benchmark des services d'imagerie (comparaison sur des indicateurs communs)

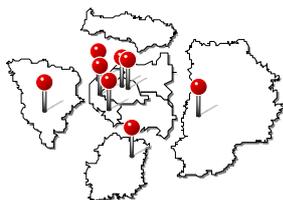
- 14 régions participantes, l'Île-de-France représentant 23% des équipements étudiés ;
- En moyenne, 75% des équipements de chaque région étudiés, soit 30% des équipements nationaux toutes régions confondues (dans et hors benchmark).

Les résultats ont fait l'objet d'une restitution régionale en Île-de-France le 30 juin 2010 :

- 54 établissements franciliens participants, représentant un total de 112 équipements (scanners et IRM) ;
- Une fiche synthétique individuelle adressée à chaque établissement participant, reprenant l'ensemble de ses indicateurs ;
- Une présentation des résultats non anonymisés en séance plénière.

Parmi les grands indicateurs étudiés : les délais d'obtention de rendez-vous, les taux d'occupations, etc. ■

### Devant ce constat, 8 services d'imagerie volontaires se sont engagés dans des actions de réorganisation



Le GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal (AP-HP)  
Le GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal (AP-HP)  
Le CH de Melun  
Le CH de Rambouillet  
Le CH du Sud Francilien  
L'hôpital Foch  
Le CC Marie Lannelongue  
Les hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine – Louis Mourier (AP-HP)

### 3 axes de travail ont été déterminés pour rythmer les travaux des établissements

- Installer le pilotage du service : quelles instances et quels indicateurs ;
- Modifier les pratiques internes : optimisation de la plage de programmation, gestion de l'agenda ;
- Fluidifier l'activité par la contractualisation avec les pôles/services demandeurs : stratégie de déploiement et engagements réciproques.

### Le présent document constitue le témoignage de ces travaux

Il s'articule autour de 4 points :

#### #1. Le principe

En Île-de-France, nous avons souhaité mettre en place un dispositif d'accompagnement innovant, aidant les professionnels de santé à se saisir de leurs propres problématiques d'organisation.

#### #2. Le soutien

Pour chaque axe d'amélioration, un soutien est apporté durant les points d'avancement mensuels sous la forme d'outils, d'ateliers de travail ou de retours d'expérience.

#### #3. Les résultats

Chaque équipe projet mène les actions de réorganisation au sein de sa propre structure, avec un accent prononcé sur la mesure des progrès accomplis et des résultats obtenus.

#### #4. L'évaluation

Ambitieuse, la présente démarche repose sur l'hypothèse que les professionnels hospitaliers sont parfaitement capables de prendre à bras le corps l'organisation de leur appareil de production, si tant est de s'inscrire dans une dynamique motivante et d'avoir quelques éléments de méthodologie.

### Pour toute information :

- [pierre-etienne.haas@ars.sante.fr](mailto:pierre-etienne.haas@ars.sante.fr) ;
- 01 44 02 05 96.

# #1. Le principe

## En Île-de-France, nous avons souhaité mettre en place un dispositif d'accompagnement innovant, aidant les professionnels de santé à se saisir de leurs propres problématiques d'organisation

Le dispositif francilien se singularise de la manière suivante :

- Une démarche basée sur le volontariat des participants ;
- Un démarrage rapide après le benchmark et un calendrier de mise en œuvre resserré ;
- La volonté de s'appuyer sur des référents de proximité en Délégations Territoriales (DT) pour porter la démarche au plus près du terrain.

### Un principe d'autonomie des participants

- Des propositions d'actions de réorganisation précises, formalisées et documentées ;
- Un calendrier de travail sur 5 mois prévu à l'avance, commun pour l'ensemble des établissements ;
- De fréquents points d'avancement en réunions plénières, avec l'ensemble des établissements, favorisant les échanges entre professionnels, et permettant à chacun de tirer profit des expériences des uns et des autres.

### Des axes de travail identifiés à l'avance

#### # Installer le pilotage du projet

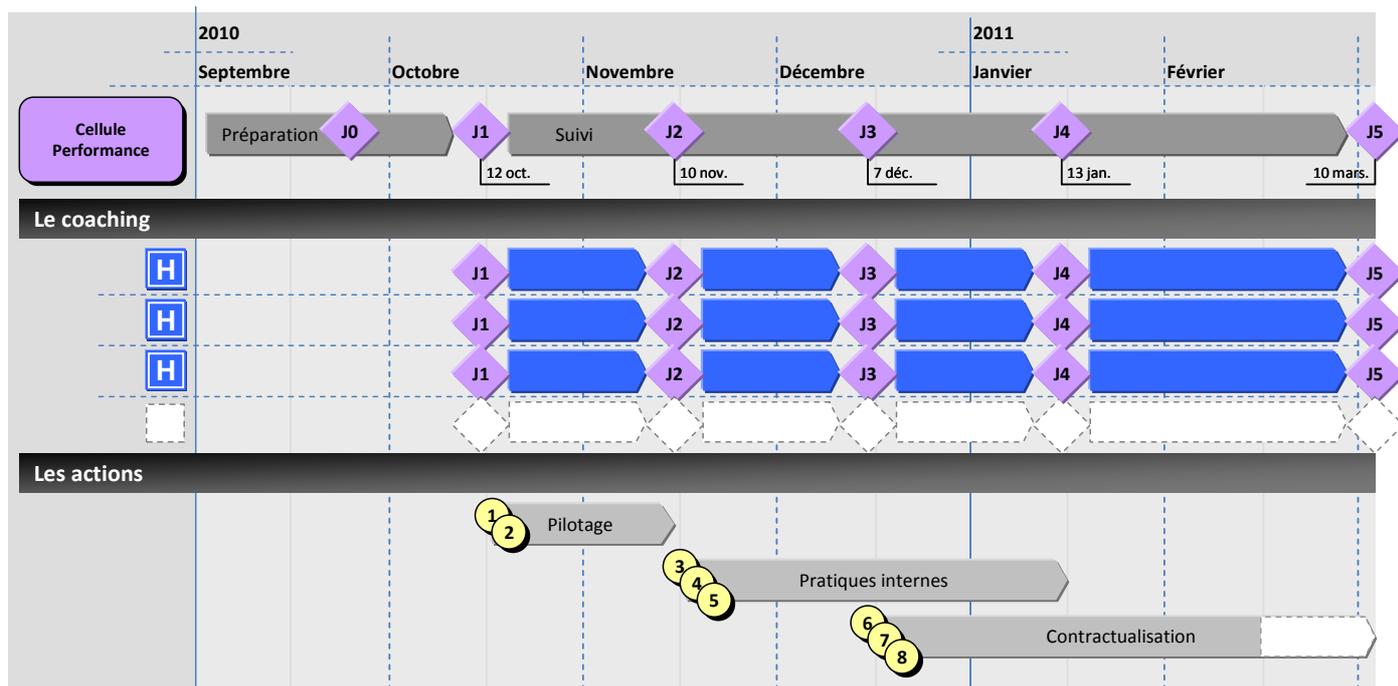
- 1 Mettre en place la gouvernance du projet : afin d'assurer le pilotage des actions suivantes ;
- 2 Mettre en œuvre un recueil d'indicateurs en routine : afin d'évaluer l'impact des actions qui seront mises en place.

#### # Modifier les pratiques en interne pour optimiser la plage de programmation existante

- 3 Lutter contre les rendez-vous non honorés : afin de minimiser les gaspillages de temps.
- 4 Affiner les durées prévisionnelles d'examens : afin d'avoir un agenda le plus ajusté possible ;
- 5 Repenser la gestion de l'agenda : comment programmer, à quels horaires programmer de façon pertinente

#### # Fluidifier l'activité en contractualisant avec les pôles/services demandeurs

- 6 Structurer le déploiement des contrats : quelle approche et quelle stratégie de déploiement ;
- 7 Négocier des créneaux pré-attribués : pour assurer l'activité « stable » et « récurrente » ;
- 8 Inciter aux demandes anticipées : pour avoir le temps de s'organiser et travailler sereinement.



## Pour chaque axe d'amélioration, un soutien est apporté durant les points d'avancement mensuels sous la forme d'outils, d'ateliers de travail ou de retours d'expérience

5 rendez-vous mensuels sont autant d'occasions d'aider les professionnels à mener à bien leurs propres actions :

- La diffusion d'outils clés en main, facilement adaptables aux problématiques et aux exigences locales, afin que chaque établissement ne perde pas de temps à recréer ce qui existe déjà ;
- L'organisation d'ateliers de travail en sous-groupes, pour mettre en commun les expériences et idées de tous sur des thèmes précis ;
- Les retours d'expérience par des témoignages de professionnels ayant d'ores et déjà mis en œuvre des actions, pour que les succès et échecs des uns puisse bénéficier aux autres.

### La gestion de projet

#### # Outil : la démarche en 1 page



Ce feuillet sur 1 page permet de présenter de manière très synthétique le principe de la démarche, ainsi que les principales dates de réunions et les contacts ARS pour de plus amples informations.

Il est le support idéal pour sensibiliser au projet des interlocuteurs qui n'ont pas à en connaître tous les détails mais qui doivent être informés du principe général et du calendrier. ■

#### # Outil : le document de cadrage



Dans ce document sont détaillés tous les éléments de méthodologie du projet :

- La genèse et le principe ;
- Les rôles de chacune des parties prenantes ;
- Les axes de travail et grandes actions à mettre en œuvre ;
- Le calendrier prévisionnel, avec dates de réunions et feuilles de route d'une réunion à l'autre.

Remis à chaque établissement en amont du démarrage, ce document constitue le fil rouge du dispositif et offre à chaque participant une visibilité sur les travaux des mois à venir. ■

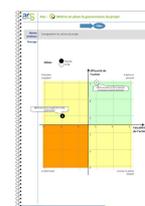
#### # Outil : une convention ARS / établissement



La participation de l'établissement au dispositif est conditionnée par la signature d'une convention, formalisant les engagements réciproques de l'ARS (siège et référent DT), direction d'établissement et professionnels hospitaliers.

Sans valeur opposable, cette convention n'a pour principal but que de conforter l'engagement des équipes projets, et de s'assurer du soutien des directions dans les démarches à venir. ■

#### # Outil : un support de cartographie des actions



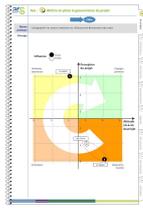
Parmi les actions définies dans le projet, toutes ne sont pas forcément à mettre sur le même plan. En effet :

- Mener trop d'actions de front peut être contre-productif ;
- Les actions à « résultat rapide » sont à privilégier dans un 1<sup>er</sup> temps afin de créer la dynamique ;
- Un objectif trop ambitieux peut mettre les équipes en situation d'échec ;
- Une action trop lourde peut être scindée en plusieurs actions plus abordables ;
- Etc.

Ainsi, le présent outil propose aux équipes projets d'évaluer l'efficacité et la faisabilité des actions à mener, ce afin de les hiérarchiser. ■

# #2. Le soutien

## # Outil : un support de cartographie des acteurs



Les acteurs impactés par le projet n'ont pas tous la même perception des travaux qui leur sont proposés. Parmi le groupe ainsi constitué au sein d'un établissement, certains sont-ils engagés ? Hésitants ? Sceptiques ? Hostiles ?

Quelques enseignements à retenir :

- L'équilibre des réunions est important. En effet, trop d'opposition dans un groupe est contre-productif, mais a contrario uniquement de l'adhésion peut s'avérer préjudiciable en termes de remise en cause, de création de « chapelles », de manque de « challenge » des solutions retenues ;
- L'animation est toujours préférable à la confrontation : cela permet de préserver le chef de projet et d'avancer malgré un faible leadership.

Le présent outil propose ainsi aux chefs de projet d'évaluer la perception et l'implication des acteurs du projet, afin de mieux cerner la manière de les faire évoluer. ■

## # Outil : un support de plan de communication



De multiples instances et catégories professionnelles sont en général concernées par le projet. Le manque d'information transmis aux uns et aux autres peut parfois être préjudiciable, de surcroît autour d'un projet de transformation qui peut impacter des habitudes bien établies.

Pourquoi communiquer ? A qui communiquer ? Quand communiquer ? Etc. sont autant de questions qu'il convient de se poser en amont, pour ainsi bâtir un plan de communication pertinent et réfléchi qui assurera la lisibilité des informations relatives au projet et leur bonne diffusion. ■

## # Outil : une fiche action type



Donner à une action toutes les chances de succès ne peut s'envisager sans en avoir déterminé le ou les objectifs, et également planifié le déroulement étapes après étapes.

Comme aide aux équipes projet, nous proposons donc une fiche action « type » comme support de description des actions à mener. Cette fiche s'articule en 2 temps :

- **Cible** : l'organisation cible vers laquelle on souhaite tendre ;
- **Action** : les étapes de la mise en œuvre, adossées à un calendrier.

## # Retour d'expérience : ARS / Mener un projet en milieu hospitalier



Gérer un projet de réorganisation est affaire de conviction et de tact : ne pas mettre maladroitemment les équipes en situation d'échec, savoir décliner des objectifs d'efficience en objectifs concrets et palpables, responsabiliser et légitimer l'encadrement intermédiaire sur la juste utilisation des ressources et des moyens de production, tels sont les leviers incontournables d'actions de réorganisation réussies et aux impacts pérennes.

Un retour d'expérience est donc proposé aux établissements sous la forme d'un état des lieux des facteurs de succès et d'échecs rencontrés au cours de démarches similaires en milieu hospitalier. ■

## 1 Mettre en place la gouvernance du projet

# Outil : une feuille d'équipe projet



En amont du lancement des travaux, il est essentiel de formaliser l'équipe projet ainsi que les ressources qui seront susceptibles d'être sollicitées ponctuellement.

Il est donc demandé à chaque établissement de remplir une fiche détaillant les noms :

- Du chef de projet ;
- Du comité de surveillance (qui sera garant du bon déroulement de la démarche) ;
- De l'équipe projet constituée ;
- Du référent « indicateurs ».

# Outil : un support de présentation en CME



Un certain nombre d'actions de réorganisation impacte directement le fonctionnement d'autres services de l'hôpital : il convient donc de prévenir en amont l'ensemble de la communauté que des travaux sont engagés par le service d'imagerie, dont l'équipe projet sera susceptible de solliciter les uns ou les autres au cours des mois à venir.

Dans cette optique, la CME est un rendez-vous incontournable : un support « standard » de présentation de la démarche est donc mis à disposition des équipes projets, ces dernières étant naturellement libres de l'adapter aux problématiques locales ou aux messages particuliers qu'elles souhaiteraient faire passer. ■

## 2 Mettre en œuvre un recueil d'indicateurs en routine

# Outil : la grille de recueil et de production d'indicateurs en routine



Afin d'évaluer en temps réel l'impact des actions qui sont mises en œuvre, il est nécessaire de mettre en place un recueil de données permettant de produire des indicateurs de performance.

Attention, il ne s'agit pas ici de reproduire le benchmark, opération très « chronophage », et qui visait l'exhaustivité et la parfaite représentativité sur un très grand nombre d'indicateurs. Il s'agit au contraire de produire de manière peu coûteuse pour les agents quelques indicateurs ciblés et pertinents, mais ayant l'avantage de pouvoir être suivi facilement en routine sur les 4 mois du coaching.

Une grille de recueil associée à un tableau de bord automatique est donc mis à disposition des équipes projets, permettant notamment de suivre en routine les taux de rendez-vous programmés, délais de rendez-vous et délais de compte-rendu. ■

# Retour d'expérience : ARS / Se comparer, les outils du contrôle de gestion



Au-delà des démarches de benchmark, par définition ponctuelles, les établissements ont la possibilité de se comparer régulièrement les uns les autres grâce à des outils institutionnels, notamment le compte administratif retraité.

Dans son intervention, Gaëlle Quily (ARS – Cellule performance) a rappelé au groupe de travail les principes du contrôle de gestion, ainsi que les différentes sources d'information et bases de données disponibles à l'ensemble de la communauté hospitalière. ■

# #2. Le soutien

## # Retour d'expérience : clinique du Val d'Or / Qualité et certification



Le service d'imagerie de la Clinique du Val d'Or est le premier service certifié iso 9001/9004.

Au cours d'une intervention, le Dr Yves-Martin Bouyer a présenté au groupe de travail le principe de la certification ainsi que le calendrier de mise en œuvre auquel lui-même s'est astreint dans le cadre de la démarche de son établissement :

- Se connaître : cartographie, architecture documentaire ;
- S'évaluer : indicateurs, audits, enquêtes satisfaction, suivi des non-conformités ;
- S'améliorer : formations, veille documentaire, traitement des non-conformités.

## 3 Lutter contre les rendez-vous non honorés

### # Ateliers de travail : remplissage de fiches actions types



Une session en ateliers de travail mixant les représentants des différents établissements fût l'occasion de mettre en commun les réflexions autour de la thématique « rendez-vous non honorés ». Ainsi, 4 fiches actions furent formalisées :

- Rappeler systématiquement les 2 premiers rendez-vous externes de la journée ;
- Envoi automatisé d'un SMS au patient ou à son « tuteur » ;
- Faciliter l'annulation des rendez-vous pour les externes ;
- Mettre en place une procédure simplifiée d'annulation / modification de rendez-vous pour les hospitalisés.

## 4 Affiner les durées prévisionnelles d'examen

### # Atelier de travail : lecture des fiches benchmark



Les établissements volontaires pour participer à la démarche de coaching ont tous pour la plupart participé en amont au benchmark imagerie organisé par l'ANAP : ils ont alors à leur disposition des fiches de restitution mentionnant les durées moyennes d'occupation des machines pour chaque catégorie d'examen.

L'atelier a donc consisté, en plénière, à identifier où se trouvent ces informations dans les fiches de restitution, afin que chaque établissement puisse comparer ces durées réelles aux durées théoriques utilisées dans l'agenda du service. ■

## 5 Repenser la gestion de l'agenda

### # Ateliers de travail : remplissage de fiches actions types



Une session en ateliers de travail mixant les représentants des différents établissements fût l'occasion de mettre en commun les réflexions autour de la thématique « repenser la gestion de l'agenda ». Ainsi, 3 fiches actions furent formalisées :

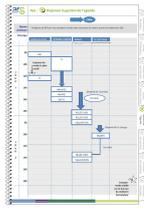
- Améliorer les délais de mise à disposition des comptes-rendus pour toutes modalités ;
- Convoquer les patients par créneaux horaires ;
- Améliorer le taux de comptes-rendus dictés.

## # Retour d'expérience : GH Lariboisière / Logiciel de gestion des demandes Anterad



Le service informatique de Lariboisière a développé en collaboration avec les équipes du service d'imagerie un outil réalisant l'interface avec les services demandeurs de l'établissement. Le logiciel Anterad fût alors présenté en situation (par connexion intranet) à l'ensemble du groupe de travail. ■

## # Atelier de travail : produire les comptes-rendus < 48h



Produire les comptes-rendus d'examens dans des délais raisonnable est une problématique commune à l'ensemble des établissements de la démarche. Dans cette optique, une méthode consiste à identifier et représenter sur un diagramme temporel les différentes étapes entre la fin de réalisation d'un l'examen et la validation + transmission du compte-rendu.

Cet exercice, proposé aux équipes projets en atelier de travail, n'est pas une finalité en soi : il a pour objectif de mettre en lumière les étapes critiques du processus sur lesquelles il conviendra d'agir pour obtenir des résultats tangibles. ■

## # Retour d'expérience : CH de Vichy / Améliorer la fonction planification et programmation

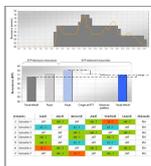


Dans le cadre de travaux menés avec l'ANAP, le service d'imagerie du CH de Vichy a mené de nombreuses actions de réorganisation. Parmi les actions, signalons :

- L'organisation de la prise en charge sur les consultations d'orthopédie ;
- La refonte des bons de demande d'examens ;
- La mise à plat du circuit des demandes d'examens.

Dominique Resson (ingénieur organisation et méthode) a présenté au groupe de travail la démarche menée avec succès par les équipes de l'hôpital. ■

## # Outils : gestion du temps soignant



Concevoir l'organisation des temps de travail des agents, c'est pour les cadres définir un consensus influencé par des critères légaux, de gestion, et de confort des agents.

Plusieurs outils d'aide à l'organisation des temps de travail sont alors présentés aux équipes projets. Ceux-ci s'articulent autour d'une démarche basée sur 4 points :

- Définir le profil d'activité du service ;
- Bâtir la maquette d'organisation la plus adaptée ;
- En valider les impacts ETP ;
- Définir les roulements, cycles et plannings les plus performants.

## 6 Structurer le déploiement des contrats

### # Outil : un modèle de contrat type à adapter



Le service d'imagerie peut être assimilé à un « prestataire » œuvrant pour un portefeuille de « pôles/services demandeurs » : principalement services d'hospitalisation, urgences, externes. Un grand nombre de dysfonctionnements n'est dû qu'à une simple méconnaissance des attentes et contraintes de chacun des acteurs, voire un non-respect des règles de collaboration entre les différents acteurs lorsque celles-ci ont été établies.

Il est ainsi nécessaire de coucher par écrit les procédures de fonctionnement et incluant les engagements réciproques de chacune des parties.

Un modèle de contrat, pouvant servir de base de travail, est fourni aux équipes projets. ■

### # Atelier de travail : structurer le déploiement des contrats / quels incitatifs ?



S'engager dans une relation contractuelle avec les services « clients » de l'imagerie nécessite d'avoir au préalable identifié les engagements réciproques que chacune des parties pourrait prendre.

Ainsi, un atelier de travail fut l'occasion de réfléchir sur la manière dont ces engagements pourraient voir le jour pour chaque étape du processus :

- Le bon de demande d'examen ;
- Le transfert / accueil et la remontée du patient ;
- Le format et la transmission du compte-rendu ;
- Etc.

## 7 Négocier des créneaux pré-attribués

# Atelier de travail : créneaux pré-attribués / quelle sectorisation possible ?



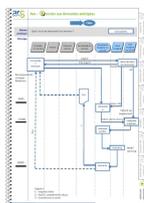
Les établissements souhaitant affiner un agenda prévisionnel, en affectant par avance des créneaux d'examens, sont confrontés à un dilemme originel : quelle est la sectorisation la plus pertinente ?

En tout état de causes, ce choix est largement dépendant des spécificités locales. Le groupe de travail a néanmoins dressé en atelier un comparatif avantages / inconvénients pour plusieurs options :

- Hospitalisés / externes / urgences ;
- Par service demandeur ;
- Par type d'examens.

## 8 Inciter aux demandes anticipées

# Atelier de travail : inciter aux demandes anticipées / circuit et check-list



Pour les services disposant de leur activité au préalable, les demandes d'examens d'imagerie doivent être transmises le plus en amont possible, afin de laisser la possibilité au service d'organiser au mieux son programme quotidien.

Dans cette optique, une méthode consiste à identifier et représenter sur un diagramme temporel les différentes étapes de la demande d'un examen, ainsi que les acteurs associés à chacune de ces étapes.

Cet exercice a été proposé aux équipes projets en atelier de travail. ■



## Chaque équipe projet mène les actions de réorganisation au sein de sa propre structure, avec un accent prononcé sur la mesure des progrès accomplis et des résultats obtenus

Les démarches entreprises au sein de chaque établissement ont, comme toute action de refonte des organisations, vocation à produire leurs effets dans la durée. Néanmoins, pour valoriser les résultats déjà obtenus et maintenir la dynamique du projet, il est essentiel de réaliser très régulièrement des évaluations qualitative et quantitative des actions menées.

Ainsi, à l'heure de la clôture de l'accompagnement ARS, chaque établissement est invité à réaliser le bilan de ses travaux des 5 derniers mois : ces bilans sont relatés ci-après.

### GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal (AP-HP)

Le service d'imagerie de l'hôpital Saint Louis dispose, entre autres, de 1,3 scanner de diagnostic, 0,3 scanner interventionnel (quote-part selon le temps machine disponible) et 1 IRM, accueillant principalement des activités d'oncologie, d'hématologie, de dermatologie, des échographies mammaires, etc. Si les comptes-rendus étaient transmis selon un délai tout-à-fait honorable de 48 heures, la prise de rendez-vous des patients constituait une préoccupation forte du service, avec les délais de rendez-vous allant de 2 à 4 semaines, et une part non négligeable de patients ne se présentant pas à leur examen.

Ces 2 dernières problématiques ont ainsi motivé une équipe pluridisciplinaire (soignants, représentants du corps médical, représentant de la direction), emmenée par le cadre du service, à participer au dispositif de coaching. 4 actions furent alors mises en œuvre :

**# La mise en place d'indicateurs en routine** : le ressenti des équipes a été objectivé grâce à un recueil de données, permettant alors de mesurer l'ampleur du problème et les marges de progression possibles. Ainsi, en début de dispositif, les taux de rendez-vous non honorés étaient de 10 à 15% en scanner, 15 à 20% pour l'IRM. Par ailleurs, les taux de rendez-vous non programmés étaient de 25% en scanner, contre 12% pour l'IRM.

**# L'optimisation de la gestion de l'agenda** : les temps d'examen ont été modifiés pour être au plus près de la réalité, les créneaux pré-attribués ont été réaménagés (urgences, semi-urgence, hôpital de jour, différenciation des flux des patients), et les externes sont dorénavant convoqués par créneaux horaires 30 minutes avant l'heure théorique d'examen afin de minimiser les temps-machine non utilisés et fluidifier les passages. A ce jour, de part ces actions, l'activité scanner a pu augmenter de +10%, les délais de rendez-vous scanner pour les hospitalisés ont été réduits à 1 semaine (contre 2 à 4 semaines initialement), et les rendez-vous scanner non honorés sont dorénavant de 2% (10 à 15% initialement).

**# La demande de confirmation des rendez-vous scanner** : une procédure de confirmation a été mise en place. Le personnel d'accueil appelle les services clinique et les patients externes la veille : en cas annulation, le créneau libéré est aussitôt remplacé par un patient hospitalisé (signalons que cette pratique, vertueuse, est chronophage : 2 heures y sont quotidiennement consacrées par le personnel d'accueil). A ce jour, après 1 mois de mise en application, les résultats sont significatifs en termes de plages non occupées : 4 patients non venus par jour en moyenne en début de dispositif, 0,5 patient non venu par jour aujourd'hui. Un transfert de tâches des manipulateurs vers le personnel d'accueil a également été observé (les manipulateurs ne contactent plus les services clinique).

**# La réorganisation des tâches** : un interne a été affecté entre 13h et 14h, pour assurer la permanence des soins. Par ailleurs, les demandes d'examen effectuées par le corps médical (urgences du jour/semi-urgences) sont dorénavant triées, les demandes semi-urgentes étant fléchées vers les créneaux réservés de l'agenda à 24h-48h.

Au moment de la clôture du dispositif d'accompagnement, les équipes sont satisfaites des résultats obtenus : le suivi des indicateurs en routine sera poursuivi et les travaux à venir se concentreront prioritairement sur l'agenda en IRM, pour lequel demeurent des marges de progression. ■

## Le GH Saint-Louis – Lariboisière – Fernand Widal (AP-HP)

L'hôpital Lariboisière dispose de 2 scanners et de 2 IRM ; un scanner et une IRM sont uniquement dédiées à la neuroradiologie (faisant l'objet d'un bilan à part). Les unités cliniques d'ostéoarticulaire et de viscérale / vasculaire exploitent conjointement un scanner et une IRM. Le benchmark de 2010 avait produit les indicateurs suivants : 80% de taux d'occupation de l'IRM pour une ouverture de 65 heures tandis que le scanner assure une permanence des soins. A l'instar de l'hôpital Saint-Louis, dont le rapprochement dans le cadre du futur pôle d'imagerie médicale était une des motivations de l'équipe projet, les rendez-vous non honorés et les délais d'obtention de rendez-vous étaient une problématique forte. La non-conformité des demandes d'examens étaient également un souci au quotidien.

Soutenus par la direction et par le corps médical, les cadres du services ont entrepris de mener des actions sur ces différentes problématiques, avec en perspective la certification v3 à horizon 2012.

**# La lutte contre les rendez-vous programmés non honorés** : les rendez-vous scanner et IRM pour les patients externes et hospitalisés sont dorénavant confirmés par un appel téléphonique 24 à 48 heures avant la date d'examen. Une réduction notable est aujourd'hui ressentie, même si au demeurant certains patients continuent de ne pas honorer leurs rendez-vous en dépit de tous les rappels.

**# La mise en place d'outils de suivi de l'activité** : les délais de rendez-vous sont suivis de manière hebdomadaire, et les taux d'examens non honorés et urgents tous les 15 jours, afin d'objectiver les avancées et valoriser le travail des équipes. Ainsi, à ce jour à titre d'exemple : un taux d'examens scanner non honorés passant de 5,7% (décembre 2010) à 3,2% (février 2011).

**# Le déploiement d'un logiciel d'interface avec les services demandeurs (ANTERAD)** : une étude prospective sur les délais de rendez vous initiée mi-2007 ainsi qu'une enquête de satisfaction avaient convaincu les équipes qu'un support informatique bien conçu pouvait se révéler grandement facilitant. L'objectif principal de cette démarche était d'optimiser la conformité de la demande d'examen ; la non conformité ainsi que le type d'acheminement retardait le délai de traitement de cette dernière. Un groupe de travail avait alors été créé, avec comme objectif de concevoir un bon de demande unique, d'abord testé en version papier, ayant vocation à être rapidement informatisé. Ce fût chose faite, avec test de l'outil informatique sur 2 services de médecine avant déploiement à l'ensemble de l'établissement. A ce jour, l'ensemble des services utilise l'application ANTERAD dans ses relations avec l'imagerie, et les résultats sont à la hauteur de l'engagement des équipes dans cette délicate démarche (qui signalons-le a été menée à ressources constantes) : les délais d'obtention de rendez vous pour le scanner et l'IRM ont été fortement réduits, et les demandes d'examens ont aujourd'hui un taux de conformité supérieur à 97%, ceux-ci plafonnant à 20% avant ANTERAD. A ces résultats tangibles s'ajoutent également une amélioration de la fluidité des relations entre les uns et les autres : meilleure communication entre les services prescripteurs et les services prestataires, traçabilité des demandes d'examens, etc.

Si la mise en place d'ANTERAD est une démarche longue, entamée depuis déjà plusieurs années, l'équipe projet de cet établissement dresse un bilan positif de sa participation au dispositif ces 5 derniers mois. Dans un futur proche, les équipes seront vraisemblablement sollicitées sur un possible déploiement de l'application sur l'ensemble des groupes hospitaliers AP-HP. La possibilité de développer un système de messagerie pour les confirmations de rendez vous scanner et IRM est également à l'étude. Bien entendu, le suivi de l'activité d'imagerie avec les outils mis en place se poursuivra.

### Le service de neuroradiologie

Le service de Neuroradiologie de l'hôpital Lariboisière se compose d'un secteur diagnostique et d'un bloc vasculaire interventionnel. La pratique d'une activité neuroradiologique d'urgence nécessite une permanence des soins les soirs, week-ends et nuits de grande garde de neurochirurgie sur l'ensemble des actes pratiqués. Les équipements se répartissent entre 1 scanner, 1 IRM et 2 salles d'angiographie interventionnelle.

Un certain nombre de problématiques avaient été identifiées, comme la prise en charge de patients externes sur l'IRM, les rendez-vous non honorés, la fluidité de l'agenda, le brancardage et les délais de production de compte-rendu. Devant ce constat, l'encadrement et l'ensemble de l'équipe, soutenu par la direction de la performance médicale, ont entrepris des actions, avec la perspective commune à l'établissement de la certification v3 en 2012.

**# La mise en place d'indicateurs en routine** : les dysfonctionnements sont aujourd'hui objectivés par des indicateurs mesurés : le délai de rendez-vous, la répartition catégorielle d'activité par modalité, les raisons d'annulation des examens, le taux d'occupation et le délai de production des comptes rendus sont analysés mensuellement.

Cette mesure a conduit aux actions suivantes :

**# Le déploiement du logiciel ANTERAD**, qui entérine une conformité et une traçabilité des demandes.

**# La modification de l'agenda de l'IRM**, pour optimiser la prise en charge de patients externes et garantir une fluidité de la programmation avec une réelle adéquation du planning des brancardiers.

**# L'amélioration et l'intensification de la reconnaissance vocale**, diminuant le temps de restitution des examens (production par reconnaissance vocale en temps réel corrélée avec le serveur d'images expérimentée depuis début mars).

L'accompagnement proposé a répondu pleinement aux attentes de l'ensemble de l'équipe, les outils d'évaluation étant amenés à être étendus sur la totalité des activités du service. Les objectifs à court terme concernent le maintien de l'analyse mensuelle des indicateurs, l'instauration d'un rappel automatique par SMS pour les patients programmés, et bien entendu l'évaluation du dispositif de reconnaissance vocale en temps réel, en cours d'expérimentation. ■

# #3. Les résultats

## Le CH de Melun

Le centre hospitalier dispose d'1 scanner, 1 IRM, 5 salle d'imagerie, et 2 salles d'échographie. Les taux d'occupation des équipements, mesurés dans le cadre du benchmark 2010, étaient de 59% pour le scanner, sur une ouverture de 63 heures par semaine, et 74% pour l'IRM sur une ouverture de 41 heures par semaine. En termes de dysfonctionnements, l'absence de mesure de l'activité et d'information des services cliniques étaient jugées préjudiciables. Le peu de programmation des demandes d'hospitalisés et l'absence de lutte contre les rendez-vous non honorés ont également été mentionnés.

Une équipe projet a ainsi été constituée, regroupant le chef du pôle médico-technique, le cadre supérieur du pôle ainsi que le cadre de proximité du service d'imagerie. L'appui de la DT a également été apprécié. 3 actions ont été menées au cours de la démarche :

**# La lutte contre les rendez vous non honorés** : les 4 1<sup>er</sup> rendez-vous de chaque modalité font désormais l'objet d'un appel de confirmation la veille, et un répondeur dédié a été mis en place pour permettre aux patients de confirmer leur présence à l'examen. A ce jour, une diminution de 3% du nombre de rendez-vous non honorés a été mesurée. Un projet d'envoi automatique et systématique de SMS de rappel aux patients est à l'étude.

**# L'information des services cliniques** : les demandes d'examens pour les hospitalisés sont désormais horodatées à réception, et les convocations envoyées dans les services au fil de l'eau, dans 100% des cas.

**# La contractualisation avec les hôpitaux de jour** : un groupe projet a été constitué afin de définir les éléments du contrat. Ce dernier a été présenté au service, et amendé en présence pour chaque pôle du chef et du cadre supérieur, ainsi que du cadre du service d'imagerie. Présenté également au conseil du pôle « médecine », ce contrat sera réévalué d'ici 4 mois.

A l'heure de la clôture du dispositif d'accompagnement, la cadre du service est très satisfaite de la dynamique qu'elle a su créer au sein de son établissement : l'implication et la prise en compte des avis de l'ensemble des catégories professionnelles ont été soulignées, et l'image du service d'imagerie au sein de l'institution s'en trouve renforcée. La feuille de route à venir verra le déploiement d'autres contrats mais également la révision du circuit des demandes d'examens. ■

## Le CH du Sud Francilien

Les équipements du service d'imagerie du centre hospitalier se répartissent de la manière suivante : 2 scanners, 1 IRM, 5 échographes, 1 mammographe, 2 vasculaires / interventionnelles, 8 salles de radiographie, 3 ampli bloc et 6 portatifs, le tout réparti sur 2 sites (Evry et Corbeil). Les taux d'occupation relevés au cours du benchmark de 2010 sont de 80% pour l'IRM, 57% pour le scanner d'Evry et 60% pour le scanner de Corbeil avec une ouverture hebdomadaire de 47 heures sur chaque scanner.

Les dysfonctionnements observés, à l'origine de la participation de cet établissement à la démarche, étaient principalement les délais moyens de rendez-vous pour les hospitalisés supérieurs à la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement, observés l'année précédente, la non-conformité d'une part non négligeable des demandes d'imagerie, ainsi qu'un taux de rendez-vous non honorés supérieur à 10%.

Une équipe pluridisciplinaire a ainsi été constituée, regroupant des représentants des médecins, de la direction, la cadre du service ainsi qu'un référent sur la production des indicateurs. 3 actions furent principalement menées :

**# L'amélioration des délais et des taux d'occupation** : les médecins prescripteurs ont été sensibilisés à l'utilisation du formulaire intranet dans le cadre de staffs et par e-mail, et notamment sur l'importance de l'annulation des rendez-vous des hospitalisés. Les causes de rendez-vous non honorés ont également été recherchées mais aucune cause majeure n'a été identifiée : dorénavant, les 3 1<sup>ers</sup> patients de chaque vacation scanner ainsi que tous les patients à l'IRM et à l'échographie sur les deux sites sont rappelés 48 heures avant la date de l'examen. A ce jour, les délais moyens de rendez-vous, initialement à 5 jours ouvrés, sont dorénavant de 2,8 jours. En revanche les rendez-vous non honorés restent non négligeables : un projet de ligne téléphonique dédiée et d'envoi automatique de SMS pour les externes est à l'étude.

**# La mise en conformité des demandes d'examens.** Sur la base d'une précédente étude menée pour la HAS sur les indicateurs IPAQSS de conformité des demandes d'imagerie, un certain nombre de mesure a été pris : sensibilisation par mail des prescripteurs, retour des demandes incomplètes arrivant au secrétariat pour toutes les modalités (échographie, radiographie, scanner, etc.) poursuite de la validation médicale de toutes les demandes d'IRM en routine. Une diminution du nombre de demandes non-conformes, principalement sur le plan administratif, est aujourd'hui constatée.

**# La réduction des délais de comptes-rendus** : une sensibilisation des secrétaires et radiologues à l'importance de la transmission rapide des comptes-rendus validés a été entreprise. Les processus de validation des comptes-rendus sur chacun des sites ont été remis à plat pour en identifier les points de blocage. Les attentes de validation sont vérifiées 2 fois par semaine afin de resoumettre à la signature le cas échéant. Une amélioration générale du délai de rendu a ainsi pu être observée (délais actuels de 2 jours) ainsi que la disparition en janvier 2011 des comptes-rendus non validés dans le RIS.

Au moment du bilan du dispositif d'accompagnement, les difficultés liées au travail sur 2 sites différents avec des pratiques non homogènes ont été soulignées. En outre, la gestion d'un déménagement prévu pour juin avec modification de l'organisation du service d'imagerie a été et demeure très chronophage pour les équipes. Néanmoins, des résultats significatifs ont pu être obtenus (délais de comptes-rendus et conformité des demandes), dans le cadre d'actions qui seront poursuivies au cours des mois à venir, tout en maintenant le recueil d'indicateurs en routine. ■

# #3. Les résultats

## L'hôpital Foch

L'activité de l'hôpital Foch se répartie sur 2 services d'imagerie générale et de neuroradiologie, l'établissement disposant de 2 scanners, 1 IRM, 3 échographes, 4 salles de radiologie générale et 2 salles d'angiographie, pour des activités principalement MCO et d'urgence. Les mesures effectuées dans le cadre du benchmark de 2010 indiquaient un taux d'occupation de 82% sur le 1<sup>er</sup> scanner, pour une ouverture de 39 heures par semaine (+10 heures d'urgence), 76% sur le 2<sup>nd</sup> scanner, pour une ouverture de 51 heures par semaine (+10 heures d'urgence), et enfin 75% sur l'IRM, pour une ouverture de 70 heures par semaine.

Parmi les principaux dysfonctionnements relevés par l'équipe : des délais de rendez-vous importants pour les patients externes sur l'IRM (de 25 à 49 jours), une programmation vraisemblablement à optimiser sur les scanners, et un circuit de restitution des clichés et des comptes-rendus à homogénéiser, tout en améliorant les délais.

Un groupe projet a alors été constitué, sous l'impulsion du chef et de la cadre de service, regroupant de multiples personnalités. Les travaux de ce groupe peuvent être synthétisés en 3 actions :

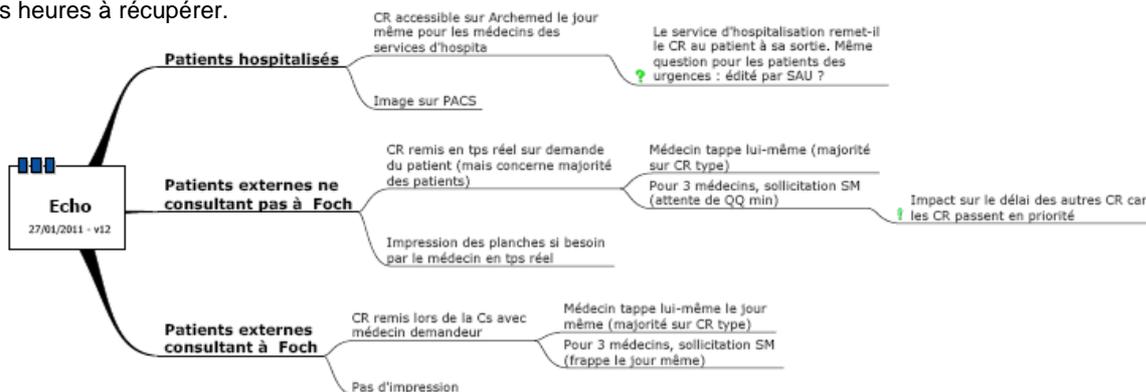
### # La mise en place d'un tableau de bord prospectif, articulé autour de plusieurs axes :

#### Axe activité et économique

- Activité par modalité en nombre de passages et en nombre de forfaits en ICR tous les mois (en cours) ;
- Activité par pôle demandeur ;
- Activité de nuit et de week-end vs activité de jour ;
- Taux de remplissage des salles (saisies des heures d'entrée et de sortie de patients à fiabiliser) ;
- Chiffre d'affaire : comptabilité analytique, tous les 4 mois.

#### Axe RH

- Suivi heures supplémentaires, taux d'absentéisme, cumul des heures à récupérer.

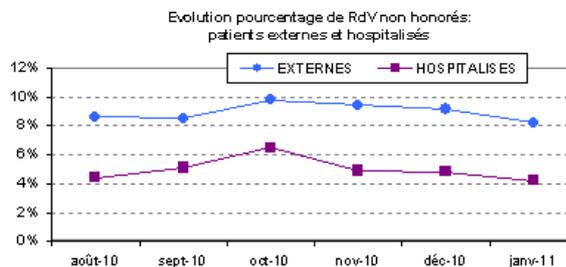


#### Axe maîtrise des processus

- Pourcentage de programmé par salle (production en routine à venir) ;
- Délai de rendez vous (de façon prospective) ;

Indicateur	Valeur	Tendance	Biométrique précédent
% RdV non honoré IRM	5,4%	↑	5,4%
% RdV non honoré SCANNER	4,9%	↓	4,9%
% RdV non honoré ECHO DOPPLER	8,6%	↓	8,6%
Délai médian tous RdV IRM (en jours)	42,8	↑	42,8
Délai médian tous RdV SCANNER	5,7	↑	5,7
Délai médian tous RdV ECHO DOPPLER	6,1	↑	6,1

- Pourcentage d'examen faisant l'objet de comptes-rendus par UF et par catégorie ;
- Délai médian (ou moyen) de validation de comptes-rendus ;
- Patients non venus.



#### Axe satisfaction client

- Résultats de l'enquête de satisfaction des services cliniques (en cours).

2 réunions d'analyse ont d'ores-et-déjà été organisées, et le regroupement des indicateurs à l'usage les plus pertinents est envisagé sur un seul tableau de bord synthétique.

### # La contractualisation avec les services clients : une

analyse des données d'activité et la hiérarchisation des clients par niveau d'activité et par impact organisationnel ont été réalisées. 8 services éligibles ont été ciblés (oncologie, pneumologie, SAU, réanimation, urologie, néphrologie, neurologie, médecine interne) : une enquête de satisfaction de ces clients est menée, qui débouchera sur des réunions avec médecins, cadres et secrétaires de ces différents services.

### # L'homogénéisation du circuit de restitution des

comptes-rendus et clichés : un état des lieux de l'organisation actuelle, par modalité, a été réalisé par un groupe de travail secrétaires + manipulateurs, avec projection vers une organisation cible.

Une nouvelle répartition des tâches entre médecins et secrétaires sera concrètement revue à partir de travaux de groupe qui débiteront en juin 2011.

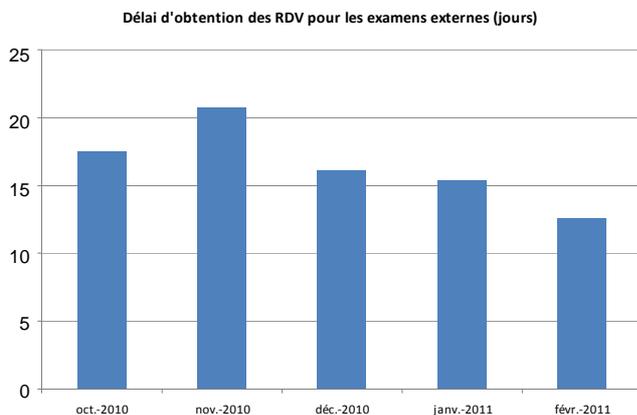
Le bilan que dressent les responsables du projet de leur participation est nuancé : le rythme imposé par le coaching est difficile à tenir, de surcroît lorsque d'autres projets internes de l'établissement viennent impacter le fonctionnement de l'imagerie. En revanche, des avancées notables ont pu être obtenues, et la démarche de contractualisation alors initiée est prometteuse. Cette dernière sera poursuivie dans les mois à venir, tout comme les autres actions engagées par l'équipe projet. ■

## Le centre chirurgical Marie Lannelongue

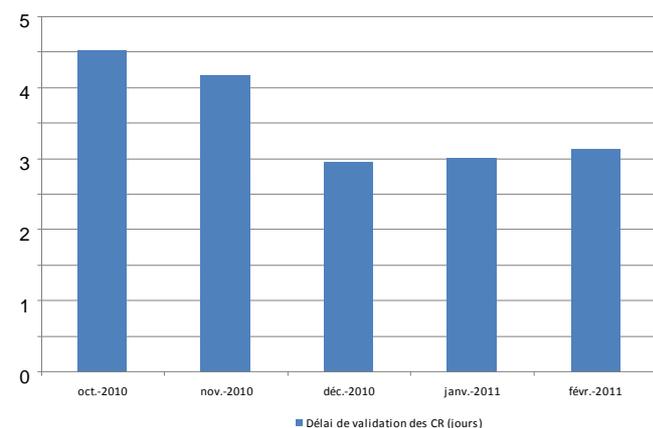
Les équipements du centre se composent d'1 radiologie conventionnelle, 1 scanner, 1 IRM, 4 salles d'échographie, 1 gamma-caméra et 3 salles cathétérisme pour des activités essentiellement centrées sur le cœur/poumons et la pédiatrie, fonctionnant de 8h à 18h du lundi au vendredi (+ urgences les nuits et week-ends). Parmi les éléments déclenchant à la participation au coaching, c'est principalement l'organisation autour du scanner qui a été déterminante : nombreux rendez-vous non programmés pour les hospitalisés comme pour les externes, nombreux appels du personnel du scanner vers les services pour disposer d'informations complémentaires pour planifier les rendez-vous (degré d'urgence, etc.), et a contrario nombreux appels des services de soins au scanner pour avoir des informations sur les examens (réception des bons de demandes d'examen, heure d'examen, etc.)

Une équipe pluridisciplinaire s'est alors formée (1 médecin, 3 cadres, 1 MER et 1 représentant de la direction), s'étant astreinte à mener les 4 actions suivantes :

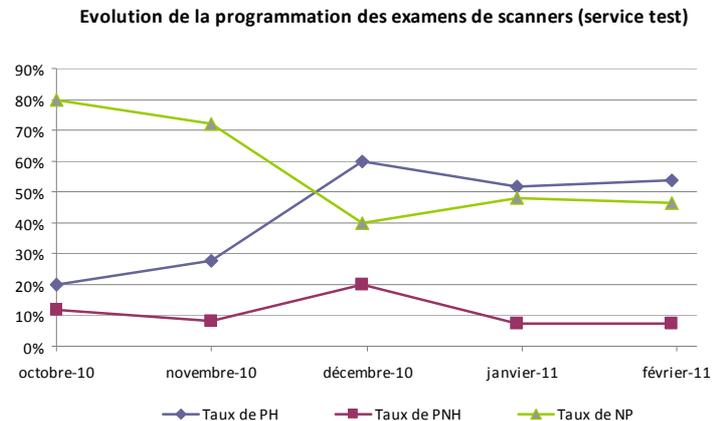
**# La refonte du circuit de la demande de scanner en consultation externe** : un nouveau bon d'examen, plus ergonomique, incitatif et plus précis, suscitant l'adhésion des prescripteurs, a été mis en circulation. La rédaction de la prescription est plus rapide, au cours de la consultation. Le circuit de transmission du bon a également été redéfini : il permet de programmer l'examen dès la consultation en prévision de la date d'hospitalisation future. L'ensemble des praticiens et personnels des consultations externes a été informé de ces changements. Une campagne d'évaluation « flash » a montré que 80% des bons, selon les nouvelles modalités, étaient dorénavant conformes.



Les délais de validation des comptes-rendus (en jours) ont également été réduits :



**# L'amélioration de la programmation des scanners des patients hospitalisés** : le nouveau bon d'examen a également été testé auprès d'un service d'hospitalisation, et les praticiens et personnels soignants informés des modalités de remplissage et de programmation des rendez-vous, notamment en fonction des priorités (urgence, date d'intervention, etc.). A ce jour, une amélioration de la programmation des rendez-vous des patients hospitalisés a pu être observée, mais elle demeure perfectible aux yeux des équipes.



PH : programmé honoré  
 PNH : programmé non honoré  
 NP : non programmé

**# L'amélioration de l'information des services sur l'activité du scanner**. La programmation des examens d'imagerie est désormais mise à disposition sur l'intranet : les soignants peuvent la visualiser et mieux en informer les patients. En parallèle, les services ont été sensibilisés à l'importance de la prise de rendez-vous et du remplissage en bonne et due forme de la demande d'examen. Le succès est aujourd'hui avéré : le personnel soignant, médical, mais aussi les brancardiers et les admissions utilisent régulièrement cet outil. Il a également été noté une diminution des appels à la console du scanner.

**# Le changement des pratiques de planification des rendez-vous scanners**. De nouvelles plages de réservation ont été définies : des créneaux du lundi et du mardi dédiés aux services d'hospitalisation, la programmation des patients externes étant privilégiés en fin de semaine, également une anticipation de certains examens préopératoires et contrôles post-valves et/ou endoprothèses. Cette action verra ses effets se concrétiser après déploiement du nouveau bon de demande d'examen à l'ensemble des services.

Les actions menées par l'équipe projet de l'établissement ont eu des retombées très positives : un bon de demande d'examen réalisé de façon concertée et plus adapté aux pratiques des praticiens, permettant de fait une meilleure programmation, une communication interservices améliorant globalement la prise en charge des patients. La feuille de route des mois à venir n'est pourtant pas en reste : le déploiement du nouveau bon se poursuivra sur les autres services d'hospitalisation, et également pour les autres modalités (IRM, échographies, radiographies, etc.), et un projet d'achat de logiciel de prise de rendez-vous viendra conforter les actions visant à mieux organiser l'activité externe pour impacter de façon positive l'activité hospitalisés. ■

# #3. Les résultats

## Les hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine – Louis Mourier (AP-HP)

L'hôpital Louis Mourier dispose d'1 scanner et d'1 IRM ouverte. Du benchmark 2010 avaient été identifiés les indicateurs de productivité suivants : 56% de taux d'occupation du scanner, assurant une permanence h24, 72% de taux d'occupation de l'IRM pour une ouverture 8h-18h hebdomadaire.

Parmi les motivations des professionnels de cet établissement à lancer une démarche de réorganisation, notons l'amélioration des flux, physique (circuit du brancardage) comme d'information (demande d'examen entre les services prescripteurs et l'imagerie), l'augmentation de l'activité (nombre d'actes par modalité et ouverture des équipements), ainsi que l'amélioration des conditions de travail des agents de l'accueil, des MER et des radiologues.

Une équipe projet pluridisciplinaire a alors été constituée, composée de représentants du corps médical, de cadres, avec un soutien appuyé de la direction dans le pilotage des travaux.

4 groupes de travail se sont formés, traitant respectivement des sujets suivants :

**# L'amélioration du circuit de demande d'examen**, avec pour objectif un retour des convocations le jour même si envoyées avant 12h00. Les préconisations du groupe sont :

- L'achat de 2 fax et la création de lignes téléphoniques au bureau des rendez-vous et à l'accueil ;
- La réorganisation des circuits dans les services et en imagerie médicale ;
- Une information auprès des différents intervenants de la nouvelle procédure.

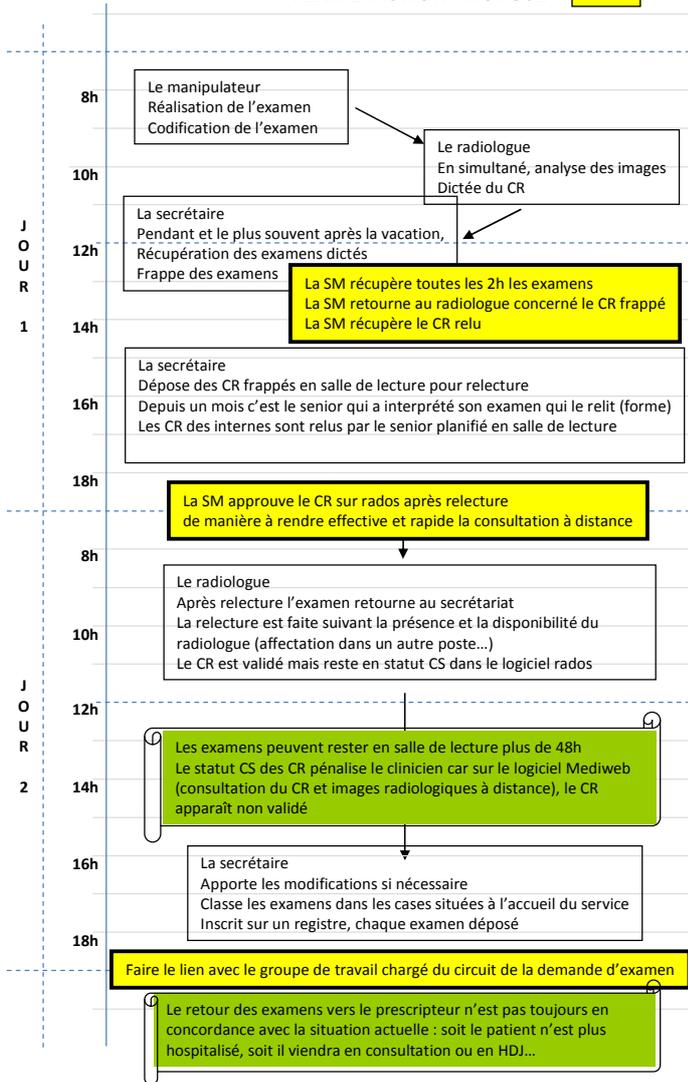
Une évaluation mi-mai permettra de mesurer l'impact de ces mesures.

**# L'optimisation du temps d'ouverture à l'IRM et au scanner.** L'amélioration de l'organisation du travail doit permettre d'augmenter le nombre d'actes réalisés. Dans ce sens, plusieurs pistes sont envisagées :

- L'occupation systématique du premier créneau horaire les jours de vacation de l'hôpital Max Fourestier, ou avancer l'heure de début de leur vacation ;
- Faire confirmer par les patients leur rendez-vous 3 jours à l'avance, celui-ci étant annulé par défaut en l'absence de confirmation (note intégrée aux convocations) ;
- Surbooker en début de matinée, et faire preuve d'une plus grande pédagogie et rigueur lorsque les patients arrivent en retard (affichage et note sur les convocations) ;
- Intégrer l'activité d'urgence en redéfinissant des plages horaires pour la prise en charge des urgences.

**# L'amélioration des délais de mise à disposition des comptes-rendus**, avec pour objectif de permettre la visualisation des comptes-rendus approuvés sur Mediweb. Pour ce faire, la procédure de validation a été revue : la lecture n'est plus systématique pour les examens interprétés par un « senior », son organisation est modifiée en salle de lecture, et, les secrétaires, après validation du compte-rendu saisi, mettent dans l'application Rados les examens en statut « approuvé ». Enfin, les agents d'accueil inscrivent sur les registres et classent dans les cases les examens dont les comptes-rendus sont édités.

### PLAN D'ACTION PROPOSE



**# L'amélioration du circuit du brancardage.** Les temps d'attente des patients acheminés par le brancardage désorganisant l'activité du service d'imagerie, il est prévu de déployer un logiciel de gestion des transports (« Mille pattes »), afin que toute demande soit honorée dans les 20 minutes, de l'appel à l'arrivée du patient au service d'imagerie.

Pour des questions d'agendas internes, les groupes de travail ont démarré leurs productions avec un calendrier décalé par rapport au reste du groupe du coaching. Ainsi, il est à l'heure de l'écriture de ce bilan trop tôt pour évaluer l'impact des actions préconisées. Néanmoins, la dynamique de travail interservices qui a vu le jour et qui est en œuvre actuellement est en elle-même un premier résultat très encourageant : les préconisations des 4 groupes de travail seront déployées durant les mois d'avril et de mai, et un bilan global sera réalisé à horizon mi-mai. ■

## **Ambitieuse, la présente démarche repose sur l'hypothèse que les professionnels hospitaliers sont parfaitement capables de prendre à bras le corps l'organisation de leur appareil de production, si tant est de s'inscrire dans une dynamique motivante et d'avoir quelques éléments de méthodologie**

Dans cet esprit, Le soutien de l'ARS ne se concrétise finalement que par :

- Un cadre de travail organisant une dynamique commune au sein de plusieurs établissements simultanément ;
- Les 5 rendez-vous mensuels ayant jalonné le dispositif, avec les éléments d'aide décrits dans l'onglet « actions de soutien » ;
- Le suivi assuré par des référents en délégations territoriales.

A l'heure de la clôture de ce coaching, un bilan « méthodologique » s'impose.

A noter, le CH de Rambouillet n'a pas formalisé de bilan, s'étant désengagé très tôt du dispositif en préférant concentrer ses efforts sur d'autres sujets en cours au sein de l'établissement.

### **Des ajustements sont à prévoir**

La démarche proposée aux établissements franciliens était ambitieuse, celle-ci consistant à accompagner le plus grand nombre avec un minimum de ressources. Le corollaire était donc de proposer un calendrier rigide, facilitant les points de rendez-vous entre établissements, et une trame d'actions établies à l'avance, et donc pas forcément adaptées aux problématiques locales de chacun.

Globalement, les équipes projets semblent satisfaites de leur participation, les réserves émises lors du bilan général pouvant être synthétisées comme suit :

- La place laissée aux tours de table lors des réunions plénières était peut-être trop importante. En effet, s'il est intéressant pour tout un chacun de connaître les avancées et difficultés des autres, cela a pu se faire au détriment du temps accordé aux ateliers de travail, qui eux devaient faire l'objet de réelles productions individuelles ou de groupe ;
- Certains sujets auraient pu être davantage préparés et anticipés : c'est notamment le cas de la problématique de l'émission de comptes-rendus, qui est apparue comme sous-documentée au cours du chantier, contrairement à d'autres sujets ;
- Les ateliers de travail proposés ne faisait pas l'objet d'une animation. En effet, ne disposant pas de ressources pour animer chaque atelier de travail, les groupes étaient parfois laissés seuls avec consignes et documents supports, mais sans l'aide externe d'un animateur garant de la productivité de l'atelier ;
- Par ailleurs, les ateliers auraient pu être préparés plus en amont par les participants : par exemple en présentant les supports et principes d'une réunion sur l'autre, pour permettre à chacun de préparer des productions individuelles assurant une meilleure efficacité en groupe de travail ;

- Enfin, le manque d'appui sur le terrain a été mentionné. Malheureusement inenvisageable pour l'ensemble des établissements dans la configuration actuelle et compte tenu des ressources dont nous disposons, certains rappellent qu'une intervention externe « sur site » peut parfois être grandement utile aux équipes.

### **Les participants sont globalement satisfaits**

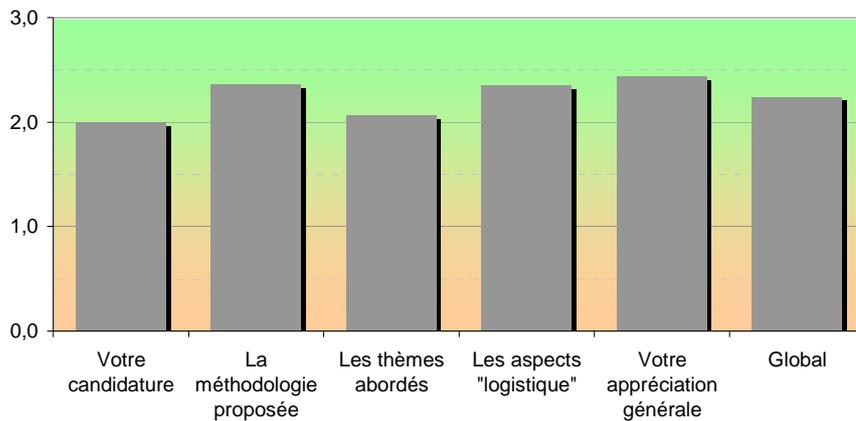
En guise de conclusion, la conception de tout dispositif se heurte toujours au dilemme suivant : un accompagnement fin et soutenu pour peu d'établissements, ou un accompagnement plus léger mais impactant un plus grand nombre d'établissements. Au regard des résultats exposés ci-avant, et compte-tenu des évaluations finales (page suivante), il nous semble que le format « coaching » tel que mis en œuvre entre octobre 2010 et mars 2011 est, hormis les réserves émises ci-avant, relativement pertinent : le meilleur soutien que l'on puisse offrir aux professionnels hospitaliers n'est pas de l'expertise supplémentaire, mais bel et bien une dynamique de changement, un cadre de travail et un espace d'échange inter-établissements.

Il va de soi que les prochains dispositifs qui pourront être déployés par la cellule performance tiendront naturellement compte des remarques formulées par le présent groupe, qui en un sens a « essuyé les plâtres »...

Ci-après la synthèse des réponses à un questionnaire d'évaluation anonyme rempli par les établissements partenaires (1 questionnaire par établissement). ■

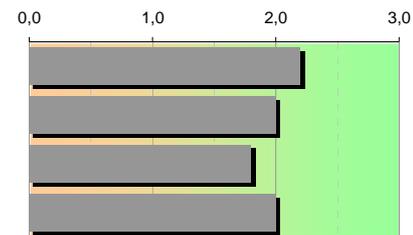
# #4. L'évaluation

## La synthèse



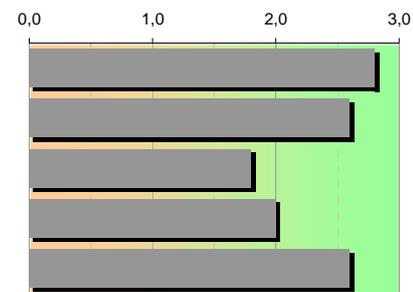
### Votre candidature

1	Votre candidature à ce chantier a été motivée par votre participation au précédent benchmark ANAP ?	
2	Votre candidature a été portée conjointement par la direction et les professionnels de santé ?	
3	Votre candidature a fait l'objet d'un large consensus auprès des personnes qui auraient à être impliquées dans le projet ?	
4	Votre candidature a fait l'objet d'une communication insitutionnelle en amont (CME, réunion de direction, réunion de pôle, etc.) ?	



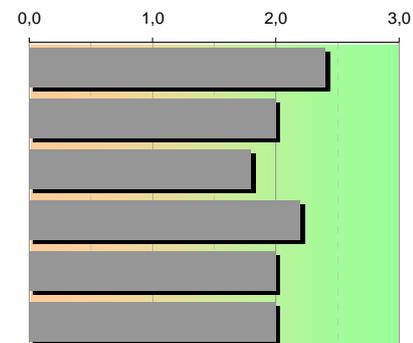
### La méthodologie proposée

1	Le principe de "coaching" (réunions plénières + autonomie sur site) vous paraît-il pertinent ?	
2	Le nombre de participants aux réunions plénières vous semble-t-il adéquat ?	
3	Les outils et supports délivrés vous semblent-ils une aide suffisante pour mener vos actions de manière autonome ?	
4	La durée du chantier (5 mois) vous semble-t-elle adaptée ?	
5	La fréquence des réunions plénières (1 / mois) vous semble-t-elle raisonnable ?	



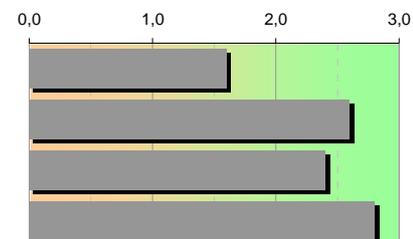
### Les thèmes abordés

1	Les axes de travail proposés ont-ils été pertinents au regard de vos propres problématiques ?	
2	Les tours de table et points d'avancement de chaque participant vous ont-ils apporté une aide dans votre propre démarche ?	
3	Les ateliers de travail (productions en petits groupes) ont-ils traités de sujets importants pour vous ?	
4	Les témoignages d'intervenants vous ont-ils apportés des éléments vous ayant servi pour vos propres travaux ?	
5	Estimez-vous que les supports "métiers" (grilles de recuei d'indicateurs, diagrammes vierges, matrices avantage / inconvénients, etc.) vous ont été utiles ?	
6	Estimez-vous que les supports "gestion de projet" (feuille équipes, fiches action vierges, cartographies, etc.) vous ont été utiles ?	



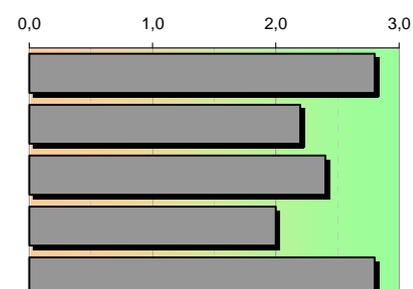
### Les aspects "logistique"

1	Les réunions plénières vous ont-elles parues équilibrées entre témoignages et travaux de groupe ?	
2	Les réunions plénières étaient-elles selon vous assez rythmées ?	
3	Les horaires et lieux des réunions étaient-ils adaptés à vos propres contraintes ?	
4	Les supports (diaporamas, outils délivrés) vous ont-ils semblé être de qualité ?	



### Votre appréciation générale

1	Etes-vous globalement satisfait de votre participation à ce dispositif ?	
2	Les journées étaient-elles globalement intéressantes et équilibrées ?	
3	Le dispositif vous a-t-il permis de progresser et d'obtenir des avancées significatives dans vos organisations ?	
4	A l'heure de la clôture, le dispositif vous a-t-il permis d'obtenir des résultats tangibles et chiffrés ?	
5	Recommanderiez-vous à un confrère / collègue de participer à un tel dispositif ?	





la santé en Île-de-France

[www.ars.iledefrance.sante.fr](http://www.ars.iledefrance.sante.fr)