

Volume 2 - Numéro 1 / 2009 - Dossier: Gestion Des Rendez-Vous

Planification Des Rendez-Vous: Une Expérience Multi-Equipements TDM & IRM

Auteurs

Prof. Fred E. AVNI,

Prof. Daniel VAN

GANSBEKE,

Mme Lisiane

ROSSIGNOL,

Service d'Imagerie Médicale

U.L.B Hôpital Érasme

BRUXELLES, Belgique

favni@ulb.ac.be

Dans un service de radiologie, la gestion des rendez-vous joue bien entendu un rôle capital, ce d'autant qu'il y a une multiplicité d'équipements à gérer simultanément.

Dans le Service de Radiologie de l'Hôpital Érasme, l'équipement lourd (3 TDM et 4 IRM dont une part de l'activité est consacrée à la recherche) est réparti sur deux étages différents (étage +1 pour le TDM et étage -2 pour l'IRM). Le service est structuré en 8 secteurs ou cliniques centrés autour d'organes (sauf l'IRM abdominale qui est un secteur en soi). Par conséquent, l'accès aux modalités est réparti en fonction de la demande des différents secteurs et de leur volume d'activité. En pratique, il y a au total 30 vacations TDM par semaine (10 dévolues à la clinique d'imagerie abdominale, 10 à la clinique de neuro - radiologie et les 10 autres réparties entre les examens ostéoarticulaires, thoraciques, cardiaques, vasculaires et gynécologiques). La clé de répartition pour les examens en IRM est calculée sur le même principe.

Tous les rendez-vous et examens radiologiques sont donnés directement par le service de radiologie au travers d'appels téléphoniques ou de fax, plus rarement de courriels.

Le RIS, Système Administratif Informatisé

En 2004, l'introduction d'un système administratif informatisé propre au service de radiologie a été l'occasion de redéfinir partiellement le système de rendez-vous.

Au départ, le paramétrage du système a été basé sur les tableaux des rendez-vous existants (un tableau pour une salle d'examen) en tenant compte des souhaits des responsables de chacun des secteurs cliniques. Il a été tenu compte de la possibilité d'ajout d'examens urgents, de rendez-vous multiples à la fois pour le jour même ou pour une série de dates différentes, d'examens réalisés dans le cadre d'expertises et d'études cliniques ou enfin de plages personnalisées. Les absences des médecins prestataires, du personnel paramédical ou encore les fermetures pour maintenance peuvent être indiquées dans le système. Le paramétrage permettait de différencier les plages de rendez-vous destinées aux patients hospitalisés de celles destinées aux patients ambulatoires. Lors de la prise des rendez-vous, les secrétaires avaient comme instruction de privilégier les demandes émanant des patients hospitalisés. Dans le système agenda du RIS, les rendez-vous sont donnés sur base de la recherche des premières plages disponibles.

Après quatre ans et demi d'utilisation, nous constatons bien heureusement que l'installation d'un système RIS a de multiples avantages. Comme prévu, le système gère les rendez-vous et produit des listes de travail transmises informatiquement aux salles d'examens. Il permet donc la gestion des salles, l'établissement de statistiques d'activité ou de non-présentation de patients aux examens et bien entendu l'accès à la suite de la chaîne administrative (interprétation des examens, facturation, lien avec le PACS, ...).

Les Améliorations Nécessaires

À l'usage, nous constatons que les éléments qui doivent être améliorés sont liés au système RIS lui-même, à l'évolution de l'hôpital, de la politique de la santé en général, et de la radiologie en particulier. Tout d'abord, l'efficacité d'un RIS nécessite une connexion efficace avec le HIS pour obtenir le transfert bidirectionnel des données administratives des patients. Cette interface doit être optimisée continuellement. De plus, les systèmes RIS sont des systèmes complexes demandant une grande habitude dans leur utilisation et une bonne connaissance des possibilités offertes. Le personnel d'accueil utilisant le RIS doit donc être formé et capable de l'utiliser de manière optimale et ses connaissances doivent être

régulièrement actualisées.

Au niveau de l'hôpital, la politique de la santé a provoqué de profonds bouleversements.

Les lits hospitaliers étaient définis par un agrément : l'hôpital avait un certain nombre de lits « agréés » ; ces lits doivent aujourd'hui être « justifiés » par type de pathologie et par durée d'hospitalisation. La durée des séjours en hospitalisation doit donc être limitée au maximum pour que l'hôpital ne soit pas pénalisé pour des dépassements de durées. Pour aider à

la circulation des patients, les examens radiologiques doivent être réalisés le plus rapidement possible, voire être effectués en ambulatoire.

De plus, le remboursement des examens radiologiques par l'organisme de Sécurité Sociale est partiellement forfaitisé pour les patients hospitalisés, ce qui n'est pas le cas pour les patients externes. Plutôt que prolonger l'hospitalisation d'un patient, il est plus indiqué aujourd'hui de réaliser ses examens en ambulatoire. On assiste donc depuis ces dernières années à un transfert de l'activité de la radiologie centrée sur l'hospitalisation vers la radiologie ambulatoire.

Enfin, les services de radiologie connaissent depuis quelques années une nette augmentation d'activité, en partie en IRM mais surtout en TDM. À l'hôpital Erasme, 30 % des examens CT réalisés par jour (sur un total d'environ 90 examens) correspondent à des urgences. Elles doivent absolument être insérées dans les programmes. Il faut en plus tenir compte du fait qu'environ 5 à 8 % des patients ne se présentent pas à leur rendez-vous.

Contourner Certaines Règles Rigides

Aujourd'hui, l'expérience montre que pour augmenter l'efficacité du RIS, il faut pouvoir contourner certaines règles rigides, comme par exemple une plage pour un rendez-vous.

Il y a plusieurs moyens pour y parvenir :

- Former le personnel d'accueil à une gestion plus souple des rendez-vous.
- Nommer, dans chaque secteur d'équipement lourd, un responsable/gestionnaire du flux des rendez-vous dont le rôle est de gérer les demandes d'examens au fur et à mesure de leur arrivée et de leur trouver rapidement une plage de rendez-vous.
- Créer une « salle d'attente virtuelle », c'est-à-dire un écran de rendez-vous supplémentaire en plus des trois programmes de TDM et des quatre programmes d'IRM. Toutes les demandes supplémentaires ou urgentes doivent y être préenregistrées. En conséquence, dans chacune des salles d'examens, le manipulateur et le médecin responsables du programme visualisent sur l'écran, à la fois leur propre plage de programme et la salle d'attente virtuelle où ils peuvent sélectionner des patients dès qu'une plage se libère dans leur programme initialement prévu.
- Favoriser l'intégration de la demande/prescription informatisée qui pourra être introduite par les médecins demandeurs et envoyée informatiquement.

Au total, pour être efficace, un système RIS doit être adaptable, évolutif et souple pour répondre au mieux aux évolutions en matière de radiologie et dans l'hôpital.

Published on : Fri, 18 Mar 2005