

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

Reorganisation D'Un Bureau De Rendez-Vous: De Radiologie: Servir La Fluidité En Milieu Hospitalier

Auteurs

Elisabeth

Schouman-Claeys,

Gilles Pegon,

Sylvie

Decourdemanche

Service de Radiologie

Imagerie Médicale

Hôpital Bichat, Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP)

Paris, France

elisabeth.schoumanclaeys@bch.aphp.fr

François Richou

Chargé de projets MeaH

Paris, France

françois.richou@fr.oleane.com

Frédéric Gallois

Consultant

gallois@management-radiologie.fr

Un enjeu majeur d'un plateau technique hospitalier est de répondre à l'attente qu'en ont ses principaux commanditaires, à savoir les médecins hospitaliers. Ces derniers, pressés de diminuer la DMS (Durée Moyenne de Séjour) escomptent une réponse rapide et de qualité, et sollicitent de la radiologie une amélioration de son offre. L'objectif de servir la «flui dité hospitalière» doit constituer l'idée directrice de son organisation. Tout comme le ferait un tour-opérateur qui, pour mieux remplir ses moyens de transport et d'hébergement, optimiserait sa centrale de réservation, la radiologie, pour optimiser ses ressources en hommes et en équipements, se doit d'améliorer sa gestion des rendez-vous.

Le Volume d'Urgences à Traiter

L'exercice rencontre une première difficulté : le volume d'urgences à traiter. Cette problématique est marquée sur notre site (52 % des scanners, 27 % des IRM), ceci étant à mettre en relation avec le faible taux de consultants (représentant de l'ordre de 15 % des patients en scanner et de 30% en IRM). On connaît le caractère déstructurant de ces urgences. On peut toutefois faire l'hypothèse que plus le circuit de rendez-vous est réactif, moins il y a de risqué de dévoyer le circuit de l'urgence pour traiter des cas qui auraient du être pris en charge en programmé. Un volume d'urgence élevé n'est donc qu'un argument de plus pour améliorer son organisation.

La Définition Des Priorités

Une autre question porte sur la définition des priorités. À l'évidence il convient de prioriser les patients captifs de la structure, à savoir les patients adressés par le SAU et les patients hospitalisés. Mais il reste qu'il est indispensable de s'ouvrir aussi vers les patients ambulatoires. Cela non seulement car les modalités actuelles de financement incitent à réaliser l'imagerie en amont des hospitalisations, mais aussi car il faut aussi offrir aux ambulatoires la possibilité de bénéficier d'un circuit de référence, et que sous-traiter n'est pas sans risque ; en effet, un patient qui s'adresserait à la consultation d'un établissement mais se verrait refuser des prestations en imagerie pourrait être tenté d'avoir recours à un

autre circuit de soins. C'est donc bien l'offre globale d'imagerie qu'il convient d'améliorer et de développer à la hauteur des besoins de son établissement.

La réflexion sur l'organisation des rendez-vous entreprise par le site a été centrée sur les prestations offertes aux patients hospitalisés, qui constituent l'essentiel de notre patientèle. Elle a été conduite sans modifier, dans leur principe, les modalités de formulation des demandes, qui, en l'absence de prescription connectée, se font systématiquement par fax de façon à assurer une traçabilité.

Un Temps d'Observation Et De Questionnement

En préalable aux actions, la première étape est un temps d'observation et de questionnement, en se mettant à la place du clinicien et/ou du patient. Quelle réponse offrir aux demandeurs d'examen la structure dans laquelle nous travaillons ? Les horaires d'ouverture sont-ils adaptés ? Le service est-il continu ou interrompu certains jours ? L'accessibilité téléphonique est-elle satisfaisante ? La réponse est-elle de qualité ? Les plages machine sont-elles bien occupées ? Si l'exercice est intéressant, il est classique que le rendu, notamment dans un système hospitalier, pointe des possibilités d'amélioration notables. Ainsi avons-nous recensé 56% d'insatisfaction sur l'accueil téléphonique, 59% sur les délais de rendez-vous en scanner, 64% en IRM et 82% seulement de taux d'accessibilité téléphonique.

Trois Axes De Travail

Au vu de ces résultats nous avons, à moyens constants, centré notre travail sur trois objectifs : une réservation 1° plus accessible ; 2° plus efficiente ; 3° bénéficiant de plus de plages d'examen.

1er Axe d'Action: l'Accessibilité Des Réservations,

l'objectif étant d'étendre les heures d'ouverture du bureau des rendez-vous, de les harmoniser pour toutes les modalités, de limiter les journées à trop faible effectif, et de diminuer les délais de traitement des demandes. Pour cela plusieurs actions ont été entreprises :

- constitution d'une véritable centrale de réservation, en regroupant les zones d'attribution des rendez-vous, historiquement éparpillées sur trois postes éclatés au sein d'un service étendu sur 2 500 m²; ce regroupement a été organisé par étapes, compte tenu des contraintes architecturales, l'objectif final étant de disposer d'une seule zone distinguant une «front line» pour l'accueil des personnes physiques (patients ou personnel de l'établissement venant discuter de rendez-vous), et une «back line» pour le traitement des appels téléphoniques et des fax,
- augmentation du nombre de personnes formées (entre autres en intégrant au pool travaillant à l'affectation des rendez-vous des secrétaires antérieurement dévolues au traitement de comptes rendus, et cela en utilisant le temps de travail libéré par les outils de dictée numérique /reconnaissance vocale),
- amélioration de la formation avec l'objectif d'acquérir une polyvalence pour pouvoir attribuer des rendez-vous sur toutes les modalités d'imagerie,
- amélioration des outils de téléphonie avec l'installation d'un ministandard basculant sur d'autres postes les appels non décrochés.

2ème Axe: l'Efficience Du Bureau De Rendez-Vous, Approchée Par Les Actions Suivantes:

- formalisation d'un référentiel écrit, traitant de façon étendue des consignes d'attribution des rendez-vous (règles de préparation, formulation des questions à poser face aux patients et demandeurs d'examen, gestion des risques, habilitations spécifiques des différents radiologues compte tenu d'une sectorisation croissante en imagerie d'organe, listing des examens non réalisables avec solutions alternatives ...),
- amélioration de l'anticipation des fermetures de poste,
- aide à l'exploitation des demandes par un ajustement de leur présentation,
- passage à une prise en charge sans rendez-vous de certains examens courts en radiologie standard, pour alléger les tâches,
- administration centralisée de la gestion des différents protocoles de recherche,
- autorisation de rejeter les demandes administrativement non conformes.

3ème Axe: Une Amélioration De l'Utilisation Des Plages « Machines »

- révision des grilles horaires, des plages réservées aux urgences et des durées d'examen, en prenant en compte les évolutions (diminution du temps des examens multi-régions chainés du fait des améliorations technologiques, mais allongement des durées pour certains examens complexes comme le coroscanner, le coloscanner, l'entéroscanner),
- anticipation des horaires de convocation (30 minutes pour les examens scanner et IRM, pour tenir compte du temps de préparation et des aléas de brancardage),
- travail spécifique sur les horaires objectivement sous-utilisés (7-8h et 13-14h),
- repérage des services à fort taux de rendez-vous non honorés, et travail concerté sur leur organisation (oubli de commande du brancardage, de report des annulations...)

Une condition essentielle de ce travail était de disposer d'un Système d'Information Radiologique (RIS) interfacé avec un logiciel de rendez-vous.

Ces actions ont pu être portées en faisant du fonctionnement des rendez-vous un enjeu majeur, en nommant un référent de secteur en prise directe avec le chef de service et le cadre supérieur, par ailleurs fortement impliqués dans ces actions. L'opération a été accompagnée par un consultant dans le cadre d'une opération conduite avec la Meah (9 journées d'intervention sur 12 mois). Le bilan à mi parcours est positif avec une nette augmentation d'activité (+15% par exemple en scanner) et une diminution de moitié du nombre d'appels non aboutis alors même que le trafic sur le centre d'appel avait augmenté de l'ordre du tiers.

La Vigilance Est De Mise

Il reste des points difficiles, au premier rang desquels l'éducation des demandeurs, avec une non-conformité administrative des demandes trop fréquente, source de perte de temps et de tension (ex : demandeur mal identifié). Par ailleurs, le bureau des rendez-vous étant un maillon essentiel de la chaîne, il faut veiller à ce que son effectif soit pourvu, et se garder de la tentation de le délester pour pallier à d'autres absences. En effet tout défaut d'organisation en amont se solde par des places inoccupées et du temps perdu non rattrapable. La vigilance est donc de mise. Enfin la démarche, pour être pérennisée, intègre le recueil, le suivi et la restitution régulière d'indicateurs.

Reste la question essentielle de la pertinence des demandes et de leur validation médicale. Toutefois cette dernière étape coûte du temps, médical notamment. Pour l'économiser et éviter d'avoir à renvoyer des patients, il convient de développer des actions préventives : demandes structurées rappelant les indications/non indications, éducation des correspondants lors des staffs, définition des examens pour lesquels il n'est pas possible de se passer d'une validation médicale préalable. Ce type d'organisation ne peut toutefois pas être transposé pour traiter des demandes adressées par la ville, alors que c'est pourtant sur cette catégorie de patients que se pose plus particulièrement la question de la « juste prescription ». D'où pour nous la règle de ne gérer ces demandes - sauf circonstances particulières - que sur la base d'une demande écrite, complétée, quand la pertinence n'est pas évidente, d'un échange téléphonique avec le demandeur.

Published on : Fri, 18 Mar 2005