

### Manager l'optimisation des Consultations de chirurgie UE 3 - ECUE 3.2

CLERGUE  
FRANCOISE

# Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de ce parcours et à qui je témoigne toute ma reconnaissance pour leur patience et leur soutien.

# Sommaire

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>1 Le Centre Hospitalier de Versailles: un établissement en PRE .....</b>	<b>5</b>
1.1 <i>Son territoire.....</i>	5
1.1.1 Aspects socio-géodémographiques.....	6
1.1.2 Un peu d'histoire .....	8
1.1.3 De nombreuses transformations.....	8
1.1.4 De nos jours .....	9
1.2 <i>Ses caractéristiques.....</i>	9
1.2.1 L'aspect financier .....	9
1.2.2 L'activité du CHV .....	12
1.2.3 La démarche qualité au CHV .....	13
1.3 <i>La chirurgie au sein du CHV.....</i>	15
1.3.1 Le pôle de chirurgie et maternité.....	15
<b>2 Focus sur les consultations .....</b>	<b>18</b>
2.1 <i>Le contexte .....</i>	20
2.2 <i>Les différents acteurs des consultations.....</i>	21
2.2.1 Les patients.....	21
2.2.2 Les paramédicaux .....	22
2.2.3 Les administratifs.....	23
2.2.4 Les médecins.....	24
2.3 <i>Les différents secteurs d'activité.....</i>	25
2.3.1 L'architecture.....	25
2.3.2 L'occupation des salles .....	25
2.3.3 L'impact de l'activité de la consultation sur l'hospitalisation.....	26
2.4 <i>L'aspect médico-économique.....</i>	27
<b>3 L'émergence du projet: une réorganisation nécessaire .....</b>	<b>27</b>
3.1 <i>Analyse des acteurs du terrain.....</i>	29
3.1.1 Les consultants d'audit externes .....	29
3.1.2 Les paramédicaux .....	30
3.1.3 Les médecins.....	39

3.2	<i>L'occupation des salles</i> .....	42
3.2.1	La prise de rdv.....	42
3.2.2	La mutualisation des salles.....	43
3.3	<i>L'emplacement des consultations</i> .....	43
3.4	<i>Synthèse de l'analyse</i> .....	44
3.4.1	Emergence des activités communes.....	45
3.4.2	Des activités spécifiques présentes.....	45
3.4.3	La mobilité.....	46
<b>4</b>	<b>Un projet porté par le CSS</b> .....	<b>47</b>
4.1	<i>De la théorie à la pratique</i> .....	47
4.2	<i>Méthodologie étape par étape</i> .....	48
4.2.1	La communication aux CDS et aux médecins.....	48
4.2.2	L'analyse des activités.....	49
4.2.3	L'évaluation des compétences.....	50
4.2.4	L'accompagnement des nouvelles représentations.....	50
4.2.5	Les outils de pilotage.....	51
4.2.6	Les impacts de la réorganisation.....	52
4.2.7	Les indicateurs de réussite.....	52
4.2.8	L'expérience d'autres établissements.....	53
	<b>Conclusion</b> .....	<b>55</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>56</b>
	<b>Annexes</b> .....	<b>59</b>

## Liste des abréviations

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**AS** : Aide-soignant(e)

**ASH** : Agent de service hospitalier

**BCRV** : Bureau central des rendez vous

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**CDS** : Cadre de santé

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CHV** : centre hospitalier de Versailles

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**CSAPA** : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CSS** : Cadre supérieur de santé

**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins

**DMS** : Durée moyenne de Séjour

**DPC** : Développement professionnel continu

**DRH** : Direction des ressources humaines

**DRASS** : Direction régionale des affaires sanitaires sociales

**EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire

**GHT** : Groupement hospitalier de Territoire

**HAS** : Haute autorité de santé

**IDE** : Infirmière Diplômée D'état

**MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Médicaux

**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**PRE** : Plan de Retour à l'Equilibre

**PRS** : Plan Régional de Santé

**RDV** : Rendez vous

**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente

**SAU** : service d'accueil des urgences

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

**SSR** : Soins de Suites et de Rééducation

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation des Soins

## Introduction

Dans le contexte médico-économique actuel des établissements de santé, le rôle du Cadre Supérieur de Santé (CSS) est primordial pour faire évoluer les prises en charge des patients en gardant comme objectif immuable la qualité des soins. Les différentes réformes hospitalières notamment HPST<sup>1</sup> renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>2</sup>, ainsi que les lois de financement comme le plan ONDAM<sup>3</sup> nous amènent à construire des parcours patients<sup>4</sup>. Ces derniers sont également évalués dans la certification V2014 et demeure une étape incontournable du développement de la chirurgie ambulatoire.

Ainsi en tant que CSS, je dois accompagner ces changements organisationnels en guidant les cadres de santé (CDS), dans la réalisation de ces projets de réorganisation. Ces derniers amènent à modifier les représentations des soignants afin que l'hôpital puisse s'adapter à ces transformations de nouvelles prises en charges. Je vais plus particulièrement me centrer sur l'organisation des consultations de chirurgies afin de pouvoir répondre à l'évolution de ces parcours de soins et du développement de la chirurgie ambulatoire. En effet, réduire le temps d'hospitalisation conduit à envisager la prise en charge des patients de la consultation jusqu'à la sortie, une anticipation de chaque étape est nécessaire. Ce projet se situe dans le contexte économique actuel du centre hospitalier de Versailles (CHV), actuellement en plan de retour à l'équilibre (PRE), c'est à dire avec des réductions budgétaires importantes. Le choix réalisé, en analysant toutes les organisations, est de me centrer sur les consultations, un secteur souvent mis de côté mais point de départ des nouvelles prises en charge des patients en réponse aux demandes des tutelles de réduire la durée moyenne de séjours (DMS).

Dans un premier temps, je vais situer le territoire des Yvelines, le CHV puis les consultations de chirurgies. Dans un second temps, je vais présenter l'analyse du contexte et de l'organisation pour amener à l'élaboration de mon projet managérial. Enfin, c'est la mise en œuvre de ce dernier ainsi que son suivi à l'aide des indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins et à la gestion des ressources humaines.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 11/11/15

<sup>2</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/01/16

<sup>3</sup> Circulaire Plan ONDAM N° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé, sur hospimédia, consulté le 11/03/16

<sup>4</sup> Parcours coordonné du patient, 2009, disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf), consulté le 23/03/16

# 1 Le Centre Hospitalier de Versailles: un établissement en PRE

Le CHV fait partie des centres hospitaliers généraux les plus importants d'Ile de France. Il offre l'ensemble des soins nécessaires à la mère, l'enfant, l'adulte et la personne âgée.

## 1.1 Son territoire

Le CHV se situe sur la commune du Chesnay à l'est du département des Yvelines. Celle-ci est proche du triangle de Rocquencourt desservie par les autoroutes A12, A13, un accès favorisé par le tunnel duplex pour rejoindre l'A14 et l'A86. Le CHV est à seulement, quelques kilomètres des hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris dont deux du groupement hospitalier Ile de France ouest proposant une offre de soins similaire.

Le CHV se situe dans le territoire Sud Yvelines 78-1. Le département des Yvelines se situe au 4ème rang des départements franciliens et au 8e rang des départements de métropole pour sa population. Le territoire de santé 78-1 accueille 46 % de la population du département. Le territoire présente de façon générale des indicateurs de richesse favorables par rapport à la région Ile de France, avec toutefois, une zone sensible autour de Trappes<sup>5</sup>. Le sud yvelinois se caractérise par trois grandes zones : le secteur urbain versaillais, la ville nouvelle de St Quentin en Yvelines et une zone plus rurale et sous médicalisée autour de Rambouillet.

Le territoire est doté de deux centres hospitaliers d'importance inégale qui assurent l'accueil des urgences : le CHV (SAMU et SMUR), le centre hospitalier de Rambouillet (SMUR). Nous notons une offre privée concurrentielle sur le bassin versaillais et sur la ville nouvelle de St Quentin en Yvelines avec 4 établissements dont 3 sur l'accueil des urgences et de 4 hôpitaux locaux. Il est muni également d'une offre sectorisée en psychiatrie sur 3 sites, de 2 hôpitaux de jour, ainsi que d'une offre non sectorisée privée. Il existe une prise en charge sanitaire développée pour les personnes âgées, organisée autour de 15 établissements du territoire avec une forte densité de structures de soins de suite (13 établissements) essentiellement polyvalents ou à orientation gériatrique, de 3 structures de réadaptation fonctionnelle, des structures de soins de suites et de rééducation (SSR) pédiatriques. 2 structures d'hospitalisation à domicile interviennent sur le territoire, avec une présence de réseaux pour la

---

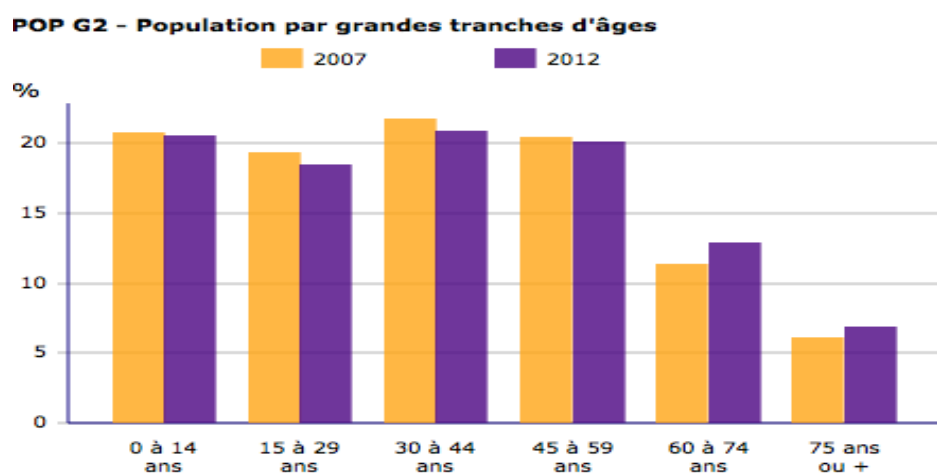
<sup>5</sup> Synthèse Projets médicaux territoire 78.1. Agence Régionale de l'Hospitalisation Ile de France, 2008, consulté le 11/11/15.

gérontologie, la maternité, les soins palliatifs, la cancérologie, la santé mentale, le SIDA et l'alcoologie.

Selon le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) composante du Projet du schéma Régional de Santé (PRS) de 2013-2017<sup>6</sup> (revisité en 2015) qui fait suite au 4ème SROS de 2006, des restructurations sur le département des Yvelines peuvent amener à la reconversion d'un site chirurgical. Ce SROS-PRS permet de répondre aux besoins de santé de la population francilienne et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique comme le précise l'article L.1434-7 du code de la santé publique<sup>7</sup> tout en prévoyant et suscitant les évolutions nécessaires de l'offre de soins.

### 1.1.1 Aspects socio-géodémographiques

L'évolution de la population des Yvelines dans le tableau ci dessous<sup>8</sup> nous montre le vieillissement de la population sur le département entre 2007 et 2012



Sources : Insee, RP2007 et RP2012 exploitations principales.

Comparativement, selon la pyramide des âges de l'INSEE<sup>9</sup>, la population de plus de 65 ans représente 15% de la population dans les Yvelines et est supérieure de 1% à l'ensemble de l'Île de France mais en deçà des chiffres de la France de 3,1%. Le département des Yvelines compte 1,42 millions d'habitants avec 57% de la population

<sup>6</sup> Projet Régional de Santé, 2015 sur le site PRS, disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/organisation-des-soins/>, consulté le 13/11/15.

<sup>7</sup> article L.1434-7 du CSP

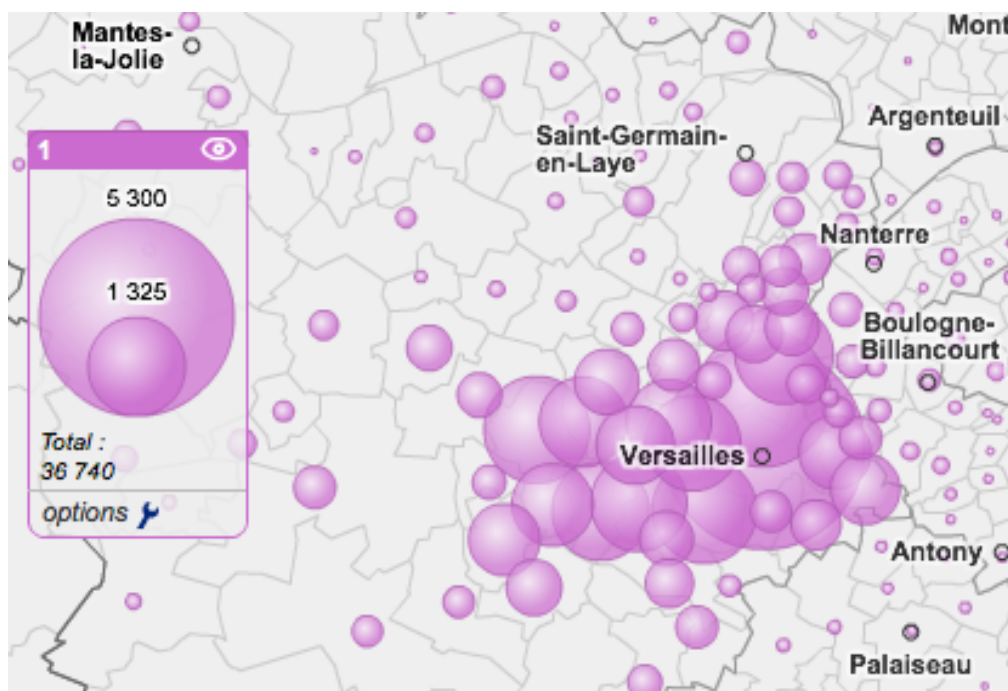
<sup>8</sup> chiffres clés, évolution et structure de la population, disponible sur [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=POP&millesime=2012&typgeo=DEP&search=78](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2012&typgeo=DEP&search=78), consulté le 01/03/16

<sup>9</sup> <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/estim-pop/pyramide/pyramide.htm?p1=d78&p2=rfe&annee=2015>, consulté le 01/03/16



ayant entre 20 et 64 ans comme l'ensemble de la France un peu en deçà des chiffres d'Ile de France qui représentent 60%.

Le CHV se situe à l'extrémité est des Yvelines, accueille une population du territoire Yvelines Sud mais également des départements voisins représentés dans le tableau ci dessous représentant la carte PMSI du lieu de résidence de 2014 concernant l'activité MCO<sup>10</sup>.



En terme d'activité, le territoire a pris en charge 45,6 % de la population du département en médecine, 45 % en chirurgie et 47,4 % en obstétrique et son activité MCO représente 75,9 % des séjours pour les résidents du territoire. Selon les flux PMSI 2013-2014, les structures de soins du territoire ont accueilli 78 % des résidents du 78-1 pour l'obstétrique, 77,3 % pour la médecine et 72,5 % pour la chirurgie. Toutefois, le territoire 78-1 enregistre un taux de fuite important pour la chirurgie d'environ 37 %, moindre pour la médecine d'environ 32 %, et plus faible pour l'obstétrique d'environ de 18 % au profit essentiellement des départements de Paris et des Hauts de Seine.

Néanmoins, avec la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016<sup>11</sup>, il faut prendre en compte les Groupements Hospitaliers de Territoire et donc les évolutions à venir des activités du territoire avec l'obligation pour les établissements publics d'intégrer un GHT.

<sup>10</sup> Tableau de lieu de résidence PMSI activité MCO Hospidiag.

<sup>11</sup> Art 107 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/01/16.

### **1.1.2 Un peu d'histoire**

Versailles, ville du roi soleil, est une ville historique. L'origine du CHV remonte à 1636, date à laquelle Louis XIII crée la maison de la charité, près de la place du marché au centre de Versailles. Rapidement trop petite, du fait de l'accroissement de la population lié à l'arrivée de Louis XIV, elle est transférée dans le site historique de Richaud. Le développement de son patrimoine ne cesse de s'accroître avec Napoléon Ier et continue jusqu'en 1908. Les administrateurs de l'hôpital civil au début de la 3<sup>ème</sup> république achètent les terrains aux alentours et construisent une maison de retraite grâce à des donateurs la famille Despagne de Versailles. L'évolution de l'hôpital de Versailles, se conforme aux grandes transformations des organisations de santé avec les espaces communautaires qui font place aux hôpitaux-tours des années 70-80.<sup>12</sup>

Ainsi, dans les années 80, le CHV va s'installer sur une propriété créée par Maignard de Bernières en 1650, comprenant un ancien château du XVIII<sup>ème</sup> siècle et les jardins dessinés par Le Notre. Cette dernière a été la propriété de Carruel De Saint Martin (ancien maire du Chesnay et député sous l'empire de Bonaparte). Il ne subsiste que le pavillon Aubert de cette propriété acquise en 1978 sur la commune du Chesnay. Le site André Mignot du CHV construit par les architectes Laborie et Paris, est inauguré en 1981. De nombreux services de médecine et de chirurgie déménagent donc au Chesnay. La maternité reste sur le site de Richaud ainsi que les consultations des spécialités chirurgicales : oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie (OPH) et stomatologie. Ils n'intègrent le site du Chesnay qu'en 1996 lors de l'extension de ce dernier.

### **1.1.3 De nombreuses transformations**

En 2002, le site historique est cédé à la ville de Versailles, les services de SSR et l'EHPAD se situent aux abords du site, en gardent le nom et se voient rénovés.

Après 30 ans d'existence, le site André Mignot s'agrandit avec un nouveau bâtiment qui accueille les urgences et le SAMU en 2012. De nombreux projets de restructurations et de modernisation se succèdent : un nouveau plateau technique de cardiologie, l'extension de la maternité avec la création d'une unité de soins intensifs de néonatalogie prévue fin 2016, un nouveau service de médecine nucléaire avec l'installation de deux gamma caméras et d'un TEP scan (scanner à tomographie par émission de positrons) couplé à un tomodensitomètre, le premier installé en établissement public dans le département. Ce dernier est inauguré en mai 2015. Le

---

<sup>12</sup> Dumond Jean-Paul Cours MOS, 2015-2016 p.11

nouveau plateau de cardiologie a emménagé en deux étapes, l'une en janvier 2016 concernant l'accueil des consultations de cardiologie et l'autre en mars 2106 concernant l'activité de coronarographie. L'extension du bâtiment de maternité avec l'ouverture d'une néonatalogie permettra au CHV d'être niveau 2B avec un objectif de 2500 naissances par an.

#### **1.1.4 De nos jours**

Actuellement, le CHV est en pleine restructuration comme nous avons pu le voir. Il se particularise donc par ses trois sites principaux :

L'hôpital André Mignot situé au Chesnay qui regroupe les secteurs médecine-chirurgie et obstétrique (MCO), la psychiatrie (les services d'hospitalisations), les urgences (adultes, enfants et psychiatriques), le SAMU, le plateau technique (Scanner, IRM, scintigraphie, laboratoires)

Le site de Richaud se situe à Versailles, accueille les personnes âgées sur le SSR, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que l'hôpital de jour de SSR et la consultation mémoire.

Le site de Maison Despaigne se trouve également à Versailles et accueille une crèche ainsi que les activités d'ambulatoire de psychiatrie : le centre médico-psychologique adultes et enfants, l'hôpital de jour et l'unité de recherche de psychiatrie ainsi que les services de santé publique : le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et l'Unité Médico-Judiciaire des Yvelines (UMJ 78).

L'institut de formation en soins infirmiers se situe sur un 4ème site à égale distance de l'hôpital André Mignot et du site de Richaud et accueille les étudiants infirmiers et aide soignants.

Le CHV est lié avec 350 conventions de coopération, il est membre fondateur du Groupement de Coopération Sanitaire Yvelines Sud (GCS), membre actif de 15 réseaux de santé dont le réseau de promotion de la santé mentale.

## **1.2 Ses caractéristiques**

### **1.2.1 L'aspect financier**

Depuis 2013, après 6 années d'équilibre financier, le CHV connaît, des difficultés financières avec un déficit qui s'accroît en 2014. L'établissement est PRE depuis juillet 2015. Le bilan financier du résultat d'exploitation en 2013 met en exergue un déficit de 0,9 M d'euros en 2013 qui s'accroît à -4,5 M d'euros en 2014. L'année 2015 se clôture en

négalif en deçà de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses prévisionnel (EPRD). Selon les hypothèses, il devrait continuer de se creuser avec un résultat d'exploitation prévu à -6,4 M d'euros qui continuerait de s'accroître jusqu'à -20, 9 M d'euros en 2019 d'après les études effectués par le consultant nommé par l'ARS pour accompagner ce PRE. Cette évolution s'explique notamment par l'accroissement naturel de la masse salariale, par la révision des tarifs des séjours à la baisse et au retard des travaux d'extension du CHV. Ce dernier implique le remboursement des crédits engagés pour financer les travaux sans augmentation de l'activité prévue. De plus, s'ajoute à cette situation, la mise en place du plan ONDAM 2015-2017<sup>13</sup> qui vise une évolution structurelle de notre système de santé en alliant une qualité de soins à une maîtrise des dépenses de santé. Ce dernier a 4 grands objectifs dont l'amélioration de la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission, l'accélération du développement de la chirurgie ambulatoire et une meilleure adaptation des prises en charges dans les établissements, la poursuite des efforts sur les prix des médicaments avec l'adoption des génériques et, pour finir, l'amélioration de la pertinence et du bon usage des soins.

L'état des lieux réalisé par un consultant et présenté en septembre 2015, montre que le CHV conscient de la situation, a débuté des actions de redressement dès 2015 comme la négociation de mesures de gestion des ressources humaines avec la suppression des jours de présentisme et la réduction du nombre de remplacements d'été ainsi que la réalisation des plans d'actions d'achats (logistique et biomédical). Ces actions révèlent un impact de réduction des dépenses peu important au regard du volume total. L'ouverture de lits de médecine et de gériatrie aigue, du service de médecine nucléaire qui devait dégager des recettes supplémentaires ne permet cependant pas un retour à l'équilibre d'ici à 2019.

En parallèle, la loi de modernisation de notre système de santé<sup>14</sup> impose la mise en place des GHT le projet médical de territoire qui va se décliner au plus tard en juillet 2016. Différentes mesures ne sont pas incluses dans une réflexion globale à 4 ans et n'intègrent pas encore tout le potentiel sur les organisations et les modes de fonctionnement.

Par conséquent, 6 actions proposées restent à développer avec la mise en place d'un pilotage opérationnel au service de la performance des pôles :

1. Optimiser les organisations médicales et soignantes en consolidant l'organisation du temps médical pour mieux la coordonner, en maîtrisant les coûts liés au

---

<sup>13</sup> Circulaire Plan ONDAM N° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé, consulté le 13/03/16.

<sup>14</sup> art. 107 loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016 disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/01/16.

compte épargne temps et temps additionnel du personnel médical. Cette optimisation passe également par le renforcement de l'organisation et de la planification soignante à capacités constantes avec une maîtrise des coûts de remplacement.

2. Améliorer la gestion des flux de patients en tirant bénéfice de son impact capacitaire, en optimisant l'utilisation des capacités du CHV par une réduction de lits tout en ciblant une croissance d'activité dans certains secteurs d'activité selon des critères définis et une mutualisation des unités comme par exemple les soins intensifs de certaines spécialités de médecine ou hôpitaux de jour de médecine. Cette action est en lien avec le schéma directeur et avec le projet médical de territoire.
3. Opérer un recentrage de la stratégie médicale sur des développements d'activités génératrices de revenus et sur des coopérations structurantes en développant l'activité pour remplir les nouvelles capacités déjà prévues par le CHV et accroître des synergies par des coopérations territoriales en lien avec le GHT.
4. Améliorer la performance des fonctions logistiques et techniques avec la réorganisation des fonctions des agents de service hospitalier (ASH) pour gagner en productivité. Cette action a débuté mi janvier 2016 et doit se poursuivre sur les fonctions des brancardiers. Améliorer la productivité de la direction des systèmes d'informations informatisées (DSII) ainsi que des directions logistiques et techniques par une réflexion sur les missions et sur les processus
5. Améliorer la performance des fonctions administratives en réorganisant la fonction des secrétariats médicaux pour réduire le coût et optimiser les conditions de travail. De plus, l'optimisation du codage des actes est un élément essentiel de cette action ainsi que le perfectionnement de la chaîne de facturation et d'encaissement. Le développement de la facturation des chambres particulières reste également à optimiser.
6. Améliorer la performance des plateaux médico-techniques au service de la production de soins en optimisant les prescriptions des médicaments, des examens d'imagerie ou de laboratoires. En parallèle, il est important de conduire un travail d'approfondissement sur la performance du laboratoire pour identifier d'éventuels gisements de productivité ainsi que sur la performance du circuit du médicament.

L'ensemble de ces actions ne peut s'effectuer qu'avec une implication forte des pôles, pouvant réaliser un suivi médico économique à l'aide d'une comptabilité analytique fiable et régulière qui permettra de prendre des décisions éclairées et de les prioriser afin d'accompagner le PRE sans oublier les objectifs des activités médicales.

## 1.2.2 L'activité du CHV

Le CHV emploie 2758 équivalents temps plein dont 363 médicaux comprenant 14 universitaires. Il dispose de 762 lits dont 60 places d'hôpital de jour au total. Le secteur MCO occupe 468 lits et 44 places en hôpital de jour.

Le CHV qui a une forte implication dans la recherche clinique, est labellisé délégation à la recherche clinique et l'innovation. Il participe à de nombreuses activités d'intérêt général avec le SAMU-SMUR, les CSAPA, leurs antennes sur tout le département, l'unité de médico-judiciaire, les unités de consultations et de soins ambulatoires à la maison d'arrêt de Bois D'arcy et de Versailles, le centre de rétention administrative à Plaisir, le centre d'action médico-sociale précoce à Versailles et à Trappes ainsi que le centre de dépistage anonyme et gratuit.

Le centre hospitalier est impliqué par ses activités de référence notamment les infections ostéo-articulaires. Le CHV s'inscrit totalement dans le Projet Régional de Santé<sup>15</sup>. Il est constitué en 7 pôles, modifiés depuis juillet 2015:

- ABCDO : Anesthésie, Blocs, chirurgies et obstétrique dont je vais plus particulièrement étudier les consultations.
- SAU et SAMU.
- CANDEUR : cardiologie, neurologie, unités de soins intensifs de ces spécialités, diabétologie-endocrinologie, réanimation et activités transversales.
- POMS : pédiatrie, oncologie et médecines spécialisées (pneumologie, médecine interne et des maladies infectieuses et tropicales, hépato-gastroentérologie, hôpitaux de jour de pneumologie et d'hémato-oncologie).
- Psychiatrie y compris les CSAPA.
- le pôle transversal qui comprend les laboratoires, l'imagerie et la pharmacie.
- Et le hors pôle qui inclus les services logistiques et les différentes directions : financières, ressources humaines, soins.

Quelques chiffres concernant l'activité des séjours de MCO où nous pouvons constater une augmentation du nombre de séjours de 5,84 % de 2014 à 2015, 45916 séjours en 2014 et 48597 séjours en 2015. Depuis le nouveau bâtiment du SAU en 2012, nous notons une forte évolution des passages de plus de 20% fin 2015.

L'année 2016 démarre pour le CHV avec plusieurs chantiers à mener comme tout d'abord la poursuite de la mise en œuvre du PRE dont la trajectoire financière pluriannuelle doit être validée prochainement par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). En parallèle, s'ajoutent les

---

<sup>15</sup> Projet Régional de Santé, 2015 sur le site PRS, disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/organisation-des-soins/>, consulté le 13/11/15.

réflexions qui vont conduire à l'adoption d'un schéma directeur immobilier et technique. Enfin, la mise en œuvre du GHT Yvelines Sud qui regroupera 11 établissements dont le CHV pressenti pour être l'établissement support. Celle-ci impactera à la fois la gouvernance hospitalière et le projet médical de l'établissement en cours d'élaboration. En effet, le GHT<sup>16</sup> s'appuiera sur un projet médical partagé à l'échelon territorial et supposera des instances territoriales de gouvernance nouvelles à l'exemple d'une commission médicale d'établissement de groupement, d'un département d'information médicale mutualisé, d'un comité territorial des élus locaux, d'un système d'information convergent, d'une fonction achat portée par l'établissement support et d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de groupement.

### **1.2.3 La démarche qualité au CHV**

Le CHV est toujours très impliqué depuis le début de la mise du dispositif de certification des établissements selon l'ordonnance Juppé<sup>17</sup> avec la première certification en 2000. La dernière certification V2014 dont la procédure a évolué<sup>18</sup> a été effectuée en juin 2015. Nous sommes en attente du rapport définitif de l'Haute Autorité de Santé (HAS). En effet, le premier rapport réalisé dès la fin de la visite des experts a mis l'accent sur 3 points difficiles : la vétusté des blocs opératoires, la multiplicité des lieux de désinfection des endoscopes (en consultations d'ORL, d'urologie et de gynécologie, de pneumologie, d'entéro-gastrologie, et dans le service de réanimation), et la gestion des déchets dans des locaux centralisés ne répondant pas aux normes. L'ensemble de ces points a été argumenté lors de la visite des experts, cependant au cours de la synthèse, cela n'a pas été pris en compte. De ce fait, la direction du CHV a été soutenir les arguments auprès de l'HAS après la visite des experts. La V2010 avait eu lieu en février 2010 avec une certification avec recommandations notamment sur 2 critères : la gestion des mesures de restriction de liberté et l'éducation thérapeutique du patient en SSR et une demande de suivi par un de rapport avec une échéance de 9 mois qui s'est soldé avec une certification sans recommandation en avril 2011.

---

<sup>16</sup> art. 107 loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/01/16.

<sup>17</sup> ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/01/16.

<sup>18</sup> Décision n°2015.0151/DC/SCES du 10 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique, consulté le 30/01/16.

L'appropriation de cette nouvelle méthodologie n'a pas été aisée. La collaboration avec la direction de la qualité et de gestion des risques demeure primordiale. En effet, l'implication des CDS, et des équipes soignantes dans l'évaluation du patient traceur, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les revues de mortalité et morbidité (RMM), les comités de retours d'expériences (CREX) est essentielle, comme pour la réalisation d'audit dans l'objectif de la mise à jour du compte qualité.

Divers groupes transversaux existent depuis le début des certifications au sein du CHV comme le dossier patient (DPA), l'organisation de la prise en charge (OPC), le droit et information au patient (DIP). Cette pérennité démontre l'appropriation de la démarche qualité de l'institution. En outre, les différents comités médicaux comme le comité de lutte contre la douleur (CLUD), le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), la commission du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS), le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH), la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ainsi que l'existence du comité éthique et du comité du développement durable soutiennent la démarche qualité présente au CHV.

Le CHV a été récompensé suite à l'appel à candidature lancé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Haute Autorité de Santé (HAS), qui s'appuyait sur les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPQASS) et aux indicateurs composites des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) et les résultats obtenus lors de la certification V2010. Ainsi, au vu des résultats satisfaisants et répondant favorablement aux critères, une enveloppe de 400 000 euros, fin 2015 a été perçue et démontre la forte dynamique et implication du CHV dans la démarche qualité et sécurité des soins.

La démarche qualité s'évalue également au moyen du questionnaire de satisfaction remis au patient lors de son hospitalisation. Le taux de retour sur l'ensemble du pôle s'élève à 11% et reste stable sur les 2 dernières années. L'indicateur concernant le taux de satisfaction global des patients fait partie depuis 2009 des indicateurs de pôle calculés trimestriellement. L'objectif fixé à 95% de satisfaction est systématiquement atteint avec une moyenne de 97% pour le pôle ABCDO ainsi que pour l'ensemble du CHV pour l'année 2015. Toutefois la consultation n'apparaît pas dans le questionnaire d'hospitalisation ni dans celui de la chirurgie ambulatoire. De plus, il n'existe pas de questionnaire spécifique à la consultation.



## **1.3 La chirurgie au sein du CHV**

L'activité du CHV est soumise aux autorisations de l'ARS dont le renouvellement a été effectué en juin 2015, et est liée par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de 2013 en lien avec les objectifs du SROS de 2013 pour exercer la chirurgie des 7 spécialités retenues : digestif, gynécologie, OPH, ORL, orthopédie, stomatologie et urologie. Elles s'inscrivent au sein du pôle nommé ABCDO, centré sur le circuit de patient en chirurgie et maternité et comprend les blocs, la maternité, les services d'hospitalisations complètes, l'ambulatoire et les consultations de chirurgies.

### ➤ Son attractivité :

Le CHV se distingue par ses activités de références et d'intérêt général citées ci dessus. Son activité est proche de celle d'un centre hospitalier universitaire (CHU) avec notamment l'accueil des universitaires, la présence de praticiens universitaires-praticiens hospitaliers (PU-PH) au sein de certaines spécialités comme l'hématologie, oncologie, la psychiatrie. Le CHV, notamment la chirurgie dans différentes pathologies est cité à plusieurs reprises dans les 15 premiers dans le classement des hôpitaux que l'on retrouve dans certaines revues destinées au grand public en novembre 2015. De plus, les médicaux et paramédicaux participent activement à la recherche médicale et paramédicale. Les récentes restructurations du SAU, du service de médecine nucléaire, du plateau de cardiologie (les consultations et le service de coronarographie) et de l'extension du bâtiment de maternité avec l'ouverture du service de néonatalogie font du CHV un établissement à la pointe sur le territoire aux portes de Paris.

### ➤ La concurrence :

Sur le territoire, les deux centres hospitaliers sont séparés d'une cinquantaine de kilomètres, cependant ils n'accueillent pas le même bassin de population. Toutefois, plusieurs établissements privés sont présents à proximité du CHV au Chesnay ou Versailles ou la ville nouvelle et se situent seulement dans un rayon d'une quinzaine de kilomètres avec les activités chirurgicales similaires au CHV. Le CHV, se situe seulement à 20 kilomètres de Paris, à proximité des CHU de Paris et à proximité d'une dizaine de kilomètres des hôpitaux de l'AP-HP.

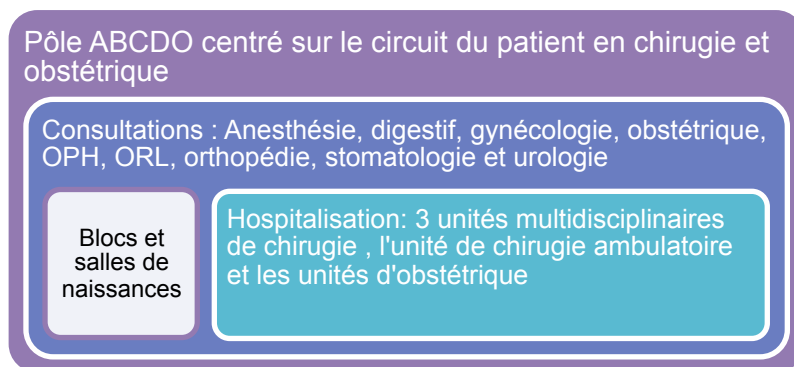
### **1.3.1 Le pôle de chirurgie et maternité**

#### La dimension du pôle :

La nouvelle gouvernance mise en place depuis 2005 au sein de l'hôpital paraît déjà lointaine. Cependant, le redécoupage des pôles et le changement de certains chefs de

pôle en juillet 2015, font apparaître des jeux de pouvoir tels que décrits par Crozet, Kaaniche et Liénard<sup>19</sup> « Cette dimension très humaine de la recomposition de l'hôpital recèle aussi une dimension symbolique et peut donner lieu à des luttes de pouvoir. ». De même « le découpage de l'hôpital en pôles comporte une dimension très opérationnelle et recèle un caractère fortement symbolique. »<sup>20</sup> En effet, nous pouvons observer au sein du pôle, un jeu de pouvoir entre les chirurgiens depuis le changement de chefferie de pôle, dirigé alors par la même personne durant 8 ans. Ce jeu de pouvoir peut se révéler important pour organiser et coordonner les paramédicaux et médicaux des consultations car elles sont sectorisées par spécialités. De plus, depuis le changement en juillet 2015, du contour des pôles et des trios de pôle, les jeux de pouvoir évoluent, Crozet, Kaaniche et Liénard concèdent<sup>21</sup> « il faut aussi tenir compte des individualités, de la hiérarchie formelle ou informelle de l'hôpital, de la nature des relations personnelles entre les chefs de service et avec le coordonnateur de pôle, des relations de pouvoir... », Ils rajoutent « ils renvoient plus fondamentalement à la nature des rapports hiérarchiques entre le chef de service et son coordonnateur de pôle ». Aussi, il est important de rajouter que les consultations sont le seul lieu où la dimension de territoire est toujours présente.

Comme décrit auparavant, le pôle ABCDO comprend les blocs de chirurgie et de maternité, les services d'hospitalisation de maternité et de chirurgie et les consultations. Nous pourrions le représenter ainsi :



Les unités d'hospitalisation de chirurgie se situent au 6e et 7e étage de l'établissement. Elles se différencient des autres services de l'hôpital par leur accueil multidisciplinaire excepté l'orthopédie. Elles sont plutôt basées sur la durée moyenne de séjour (DMS). Ainsi, une unité de court séjour chirurgical accueille les 7 spécialités de chirurgies réalisées au CHV ayant une DMS inférieure à 5 jours et se situe à proximité de

<sup>19</sup> article Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. Politique et management public. Volume 26/2. p. 41

<sup>20</sup> Ibid, p.41

<sup>21</sup> Ibid, p.39

la chirurgie ambulatoire. Toutefois, l'unité d'orthopédie possède des secteurs différenciés et accueille le programmé ainsi que la traumatologie ayant une DMS supérieure à 5 jours, l'unité péri-opératoire d'orthopédie gériatrique, et la chirurgie septique. La dernière unité est multidisciplinaire et accueille le digestif, la gynécologie et l'urologie. Ces unités multidisciplinaires permettent une polyvalence des équipes paramédicales et un parcours professionnalisant afin de les accompagner à développer leurs compétences.

Le bloc opératoire représentant 11 salles d'interventions, se situe au 2e étage ainsi que les 4 salles de naissances. Celles ci ont été délocalisées depuis octobre 2015, cependant elles restent toujours situées à proximité du bloc opératoire, en attendant la fin de l'extension du bâtiment de maternité prévu fin 2016. En effet, les travaux impactent aussi les services de maternité en les scindant en 3 unités à la place des 2 auparavant situées dans le bâtiment maternité. La 3e unité se situe ainsi à proximité du bloc maternité et les 2 restantes à leur endroit initial.

#### Quelques chiffres représentant la chirurgie au CHV :

Le pôle a une capacité de 108 lits d'hospitalisation de chirurgie complète, 18 places de chirurgie ambulatoire et 34 lits de maternité. Une diminution de 7 lits a été effectuée en septembre 2015 dans l'unité d'orthopédie.

La répartition des séjours reflète le virage ambulatoire amorcé par le CHV. En effet, 15161 séjours en hospitalisation complète ont été effectués en 2015 avec une légère baisse comparativement à 2014 de - 0,32%. En parallèle, nous observons une augmentation de 3,67% de l'activité en chirurgie ambulatoire par rapport à 2014 avec 3361 séjours réalisés. La maternité voit une évolution de 5,77% avec 2163 naissances en 2015 et avec l'objectif d'atteindre les 2500 naissances progressivement à horizon 2018 dans les nouveaux locaux qui accueilleront également la néonatalogie.

L'enjeu du pôle est de continuer à développer la chirurgie ambulatoire en 2016 comme le demande les tutelles.

Cette activité nécessite une organisation en amont de l'acte chirurgical avec anticipation de la prise en charge du patient programmé dès la consultation, comme le souligne le rapport perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire<sup>22</sup> qui envisage des perspectives de prise en charge en ambulatoire de 54 à 65% d'ici à 2018. Le pôle a également ciblé une augmentation de 0,5% des séjours sur l'ensemble des spécialités avec en parallèle le projet de diminution de lits de chirurgie qui est en attente de validation pour juin 2016.

---

<sup>22</sup> Rapport : Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, 2014, disponible sur [http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp\\_chirurgie-ambulatoire\\_rapport.pdf](http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgie-ambulatoire_rapport.pdf), consulté le 13/03/16.

### La gestion RH au sein du pôle :

Je collabore avec le trio de pôle représenté par une CSS cadre de pôle, la chef de pôle médical et la cadre administratif, une sage femme collaboratrice du trio du pôle et un CSS responsable des blocs opératoires<sup>23</sup>. La cadre de pôle supervise l'ensemble des 12 Cadres du pôle en collaboration avec le CSS du bloc et moi même.

Au total, le pôle compte 405 d'ETP représenté de différents métiers, infirmiers (IDE), aide soignants (AS), Infirmiers anesthésistes (IADE), infirmiers bloc opératoire (IBODE), Sage Femme, kinésithérapeutes, brancardiers.

Je supervise 6 CDS : 5 sont affectées aux unités d'hospitalisations et 1 qui est responsable de l'ensemble des consultations de chirurgies exceptée la gynécologie. Cette dernière est sous la responsabilité d'une cadre sage femme qui gère également les consultations d'obstétrique. L'ensemble des secteurs d'hospitalisations et des consultations de chirurgies représentent au total 118,8 ETP de paramédicaux dont 28,8 ETP sur le secteur des consultations. S'ajoute à cette organisation, la gestion des personnels administratifs, essentiellement des AMA (aide médicale administrative) au nombre de 22,8 ETP qui sont sous ma responsabilité. Cette gestion se fait en collaboration avec la responsable des assistantes médicales administratives qui a un rôle de coordination transversal au sein de l'institution.

Le périmètre de mes responsabilités se situe sur plusieurs étages : rez-de-chaussée, le 1<sup>er</sup>, les 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> étage, il comporte au total 141,2 ETP de 4 métiers différents, encadré par les 6 cadres de santé, et porte sur des activités diverses : l'hospitalisation et les consultations de spécialités spécifiques.

## **2 Focus sur les consultations**

Les consultations sont sectorisées en deux secteurs, les consultations de médecine et les consultations de chirurgies. Elles sont sous la responsabilité hiérarchique et fonctionnelle des CSS de chaque secteur avec la présence d'1 CSS positionné en transversal pour la supervision fonctionnelle responsable également du Bureau central des rendez vous (BCRV). Elle anime en collaboration le conseil des consultations avec le médecin élu par les membres de la commission médicale d'établissement. Le secteur des consultations de pédiatrie reste autonome et sous la responsabilité du CSS de pédiatrie.

Le secteur de médecine comprend plusieurs spécialités, est géré principalement par 1 CDS. Cependant certaines spécialités (oncologie, pneumologie) demeurent sous la

---

<sup>23</sup> cf annexe 1 : organigramme du pôle.

responsabilité des CDS des secteurs d'hospitalisations. Le secteur de chirurgie, comme dit précédemment est sous ma responsabilité en lien permanent avec la CSS responsable en fonctionnel de l'ensemble des consultations.

Le diagnostic des consultants présents qui accompagnent le PRE met en avant plusieurs actions déclinées dans le chapitre précédent notamment optimiser les organisations médicales et soignantes en consolidant l'organisation du temps médical pour mieux la coordonner, en maîtrisant les coûts liés au compte épargne temps et temps additionnel du personnel médical.

Les consultations sont un lieu, tout comme le bloc opératoire, où l'organisation soignante et administrative est en corrélation directe avec la présence des médecins. En tant que CSS, responsable des consultations de chirurgie et des services d'hospitalisation au sein du pôle de chirurgie, il est fondamental de me centrer sur cette organisation des consultations comme plateau technique, afin d'optimiser l'ensemble de cette activité, que nous pourrions concevoir comme la gestion du bloc opératoire. En effet, l'optimisation des organisations soignantes aux consultations doit s'effectuer par un renforcement de l'organisation et de la planification soignante à capacités constantes avec une maîtrise des coûts de remplacement au regard de l'activité réelle.

Les consultations de l'hôpital restent un point clé et représentent le service d'entrée vers l'hospitalisation en passant par la programmation de chirurgie, la consultation est une des vitrines de l'hôpital. Le parcours patient reste un point important mis en avant par la loi relative à l'assurance maladie<sup>24</sup>, le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant et l'amélioration des liens entre hôpitaux et médecine de ville. En effet, la coordination médecin généraliste à l'extérieur de l'hôpital et spécialiste à l'intérieur de l'hôpital est fondamentale. Les cotations des actes effectués sont essentielles pour une bonne valorisation du parcours patient. Le point de départ est donc la prise de rendez vous qui reste le point névralgique permettant l'arrivée à la consultation. Le service de prise de rendez-vous, le BCRV (bureau central de rendez-vous) est un service distinct des consultations, il travaille en étroite collaboration avec les consultations pour la planification des ouvertures et fermetures en fonction des présences médicales.

Le BCRV, qui reçoit une grande partie des demandes de rendez vous a pour second rôle le paramétrage du logiciel spécifique Safran, qui détermine les plages d'ouvertures des consultations. C'est pourquoi le lien avec la CDS des consultations est essentiel pour un bon fonctionnement quotidien, cette dernière transmet les présences

---

<sup>24</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : art 2, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 11/11/15.

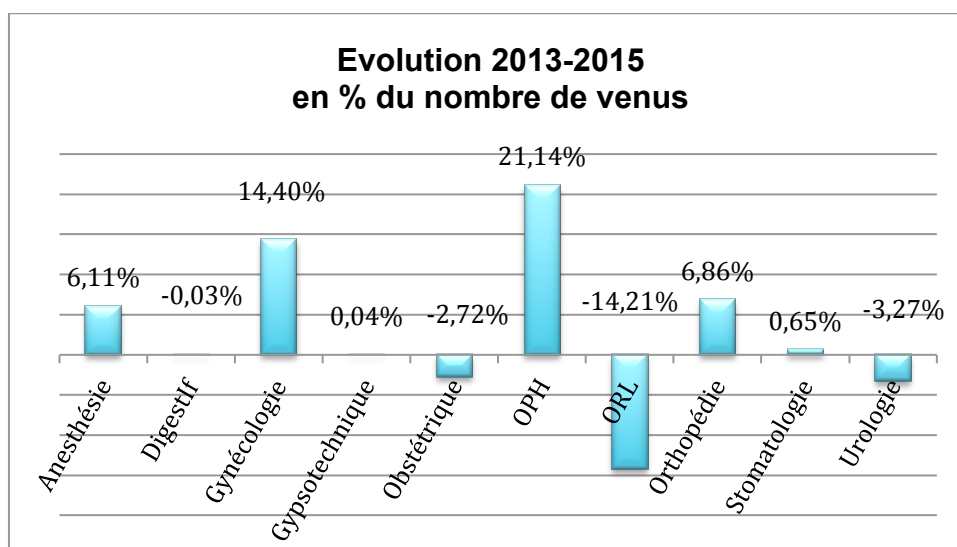
des médecins et ajuste le personnel en regard. La complexité de cette organisation est due au nombre important de médecins consultants (55 personnes différentes), à leurs présences fluctuantes, au caractère privé ou public des consultations, aux différents types d'actes réalisés, aux variations saisonnières.

## 2.1 Le contexte

Le CHV comptabilise un passage de 87477 consultations de chirurgies et de 77 270 consultations de médecine en 2015.

Je vais plus particulièrement me centrer sur les consultations de chirurgies qui relèvent de ma responsabilité en décrivant leurs organisations et leurs activités. Les consultations chirurgicales sont sectorisées et accueillent les patients de huit spécialités différentes : l'anesthésie, le digestif, la gynécologie, l'obstétrique, l'OPH, l'ORL, l'orthopédie, la stomatologie et l'urologie. La consultation d'obstétrique, sous la responsabilité de ma collègue CSS Cadre de pôle, est hors du périmètre décrit. Néanmoins, l'évolution de leur activité apparaît dans les tableaux car elle reste importante pour le projet parallèle d'extension de la maternité. En effet ce projet vient impacter les organisations par la réunification des consultations de gynécologie et obstétriques dans le nouveau bâtiment, modifiant le périmètre du projet que je présente.

L'évolution du nombre de patients venus depuis 2013 nous montre une augmentation sur l'ensemble des consultations au total de 2,64%. Cependant certaines spécialités évoluent différemment comme le montre le tableau ci dessous :



Cette augmentation d'activité depuis 2013, a été absorbée par la présence des effectifs présents, malgré les demandes effectuées lors des différentes conférences

budgétaires. Lors de la dernière, en janvier 2016, le CHV étant en PRE, aucune demande spécifique n'a été évoquée excepté dans la spécialité d'OPH qui souhaite toujours développer sa spécialité.

Les consultations sont organisées par spécialités, cependant pour pallier à ces pics d'activités, une mobilité du personnel s'effectue entre certaines spécialités de manière non formalisée mais initiée par le CDS.

## **2.2 Les différents acteurs des consultations**

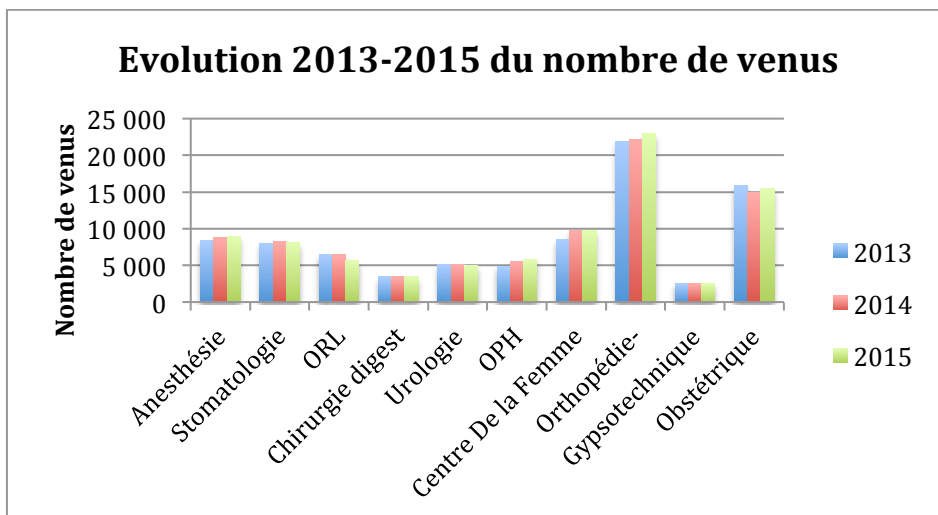
Afin de prendre en charge les patients accueillis en consultation de chirurgie, plusieurs métiers cohabitent au sein des consultations les soignants (IDE et AS), les administratifs (AMA) et les médecins. Ils collaborent au sein de chaque consultation, avec une notion d'appartenance à ces spécialités décrit dans l'article Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines<sup>25</sup> « *de nombreux agents hospitaliers valorisent, voire survalorisent leur appartenance à un service qui, plus que l'hôpital, constitue leur cadre de référence identitaire* ». ». Ceci est d'autant plus vrai que les pratiques professionnelles diffèrent selon les spécialités.

### **2.2.1 Les patients**

Le principal acteur des consultations est le patient, c'est pourquoi le suivi de nombre de venus en consultations se réalise en bureau de pôle mensuellement, a posteriori. Cependant, il n'a pas été défini de cibles d'objectifs comme cela se réalise pour le suivi des séjours. L'évolution des consultations est de 2,64% pour l'ensemble des consultations dont voici le détail depuis 2013 :

---

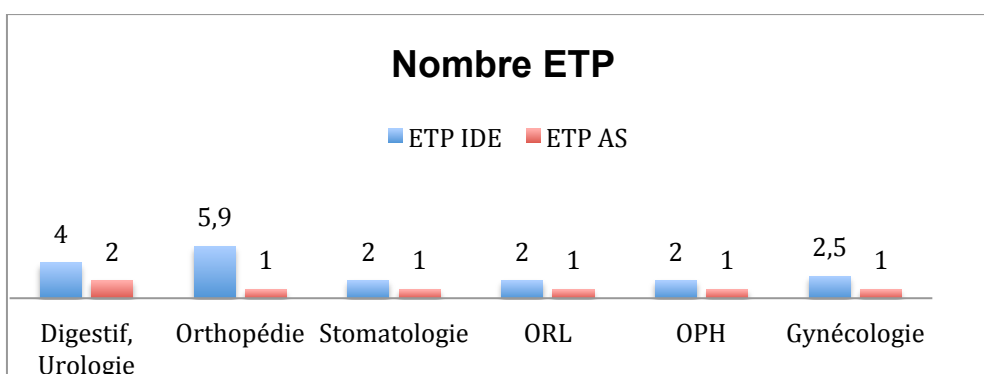
<sup>25</sup>CROZET, P ; KAANICHE, A ; LIENARD, J. Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. Politique et management public. Volume 26/2, 2008, disponible sur <http://pmp.revues.org/1366>, consulté le 11/11/15



Une analyse mensuelle s'argumente avec les chefs de services et en fin d'année le bilan, la rétrospective par comparaison avec les années précédentes. Ainsi, la baisse dans certaines spécialités comme l'ORL s'expliquent par un changement de chef de service en 2013, puis son départ en début 2015, une chefferie par intérim est reprise par un praticien hospitalier mais accompagnée d'une absence pour congés maternité. Depuis février 2016, l'ensemble de l'équipe est au complet avec le projet de déménagement de la consultation au 1er étage prévu pour juin 2016. L'objectif est l'augmentation de leur activité en consultation ainsi qu'en hospitalisation de 4%. D'autres spécialités comme la stomatologie et l'urologie argumentent leur baisse par le départ respectif d'un PH temps plein. Cette analyse lors des bureaux de pôle permet de démontrer l'impact des mobilités médicales.

## 2.2.2 Les paramédicaux

Les équipes paramédicales dédiées aux consultations de chirurgie sont actuellement définies en Equivalent Temps Plein et réparties selon les différentes spécialités :





L'effectif paramédical, au total est de 18,4 ETP IDE et 7 ETP AS. L'évolution, depuis fin 2013, est de 0,5 ETP IDE supplémentaire en consultation d'OPH.

Les activités IDE diffèrent selon les spécialités, elles accomplissent l'aide aux consultants, l'accueil, la programmation, la prise de RDV, l'aide aux examens spécifiques comme les cystoscopies, débimétrie, hystéroscopies, endoscopies ORL, l'aide aux soins spécifiques en OPH et stomatologie. Elles sont amenées à changer de spécialités afin de répondre à l'absentéisme.

Les AS effectuent très souvent des activités de gestion de dossier notamment dans les consultations d'orthopédie, de digestif et d'urologie, dans les autres spécialités, elles effectuent également une activité d'accueil et de prises de rendez vous comme en OPH, ORL et stomatologie.

Cette description se complète par 3,4 ETP dont 1 ETP pour la gypsothérapie, 1 ETP IDE pour la stomathérapie, 0,4 à l'audioprothésiste et 1 ETP à l'orthoptie qui exécutent des activités spécifiques par rapport à leurs compétences (cf leurs fiches métiers<sup>26</sup>).

Le descriptif des activités réalisées par les paramédicaux montre bien que certaines d'entre elles sont les mêmes que celles réalisées par les administratifs (AMA).

L'ensemble des paramédicaux représente 67,6% des agents des consultations dont 16,4% montre des restrictions médicales les empêchant de travailler dans les unités de soins.

### **2.2.3 Les administratifs**

Les consultations s'appuient sur une collaboration des soignants et des AMA qui sont également identifiées par secteur, excepté 1 AMA qui est polyvalente sur 2 secteurs et qui effectue des tâches d'appui aux consultants comme les IDE. Elles effectuent des activités en lien avec leur fiche métier<sup>27</sup> comme la tenue des dossiers, le traitement des courriers, l'accueil, la gestion des RDV, le traitement et la coordination des programmations liées à la prise en charge médicale (consultation, hospitalisation, chirurgie, examens...). Cette dernière se réalise surtout lors activités libérales des chirurgiens. La vérification des informations administratives concernant le patient dans le cadre de l'identitovigilance. Elles sont au total 13,8 ETP en prenant compte l'augmentation en OPH de 0,5 ETP depuis 2013 et représentent 32,4% des agents des consultations :

---

<sup>26</sup> <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

<sup>27</sup> Ibid

	Digestif, Urologie	Orthopédie	Stomatologie	ORL	OPH	Gynécologie	Anesthésie	Total ETP
ETP AMA	2	4	3	1	1	2	0,8	13,8

L'AMA affectée au secteur d'anesthésie a un rôle spécifique dans la tenue et la gestion des dossiers. Elle réalise très peu de frappe et de mise en forme de documents.

La gestion des AMA s'effectue en collaboration avec le cadre responsable des AMA au niveau transversal de l'institution, je coordonne donc avec elle les AMA au sein des consultations de chirurgies et des unités d'hospitalisations. Nous évaluons donc ensemble leurs compétences et organisons leurs besoins en formation.

En effet, les AMA sont en lien permanent entre paramédicaux et médicaux. Elles gèrent parfois des activités communes aux IDE ou AS. Cependant elles restent les acteurs principaux dans la gestion des RDV sur l'ensemble des consultations en collaboration avec le BCRV qui coordonne les RDV complexes notamment avec l'imagerie.

#### **2.2.4 Les médecins**

Les médecins restent les acteurs principaux des consultations puisque l'activité résulte principalement de leurs présences. Ils sont identifiés inéluctablement par spécialité, en revanche la majeure partie des médecins présents en consultations intervient dans d'autres secteurs comme le bloc opératoire sans oublier les unités d'hospitalisation. De plus, certains ont des activités dans des établissements du GCS, c'est-à-dire dans d'autres établissements du département, les activités doivent donc être bien planifiées.

Selon les disciplines, les internes réalisent des consultations comme en orthopédie, ORL, OPH, et bénéficient des créneaux de vacations au même titre que les seniors. Cependant, ces consultations identifiées n'engendrent pas le même impact sur la programmation opératoire, elles sont moindres mais ils assurent des suivis post-opératoires et d'urgences, avec une cadence importante notamment en orthopédie. Les consultations, accueillent, en outre des praticiens hospitaliers vacataires<sup>28</sup> qui apportent des compétences spécifiques nécessaires à la spécialité dont ils dépendent. Ils ont la particularité d'intervenir sur un temps court parfois seulement sur une ou deux vacations,

<sup>28</sup> Cours WINLING Célia « Droit au travail » MOS 2015-16

surtout dans certaines spécialités notamment en stomatologie. Ainsi, leur nombre peut paraître important dans certaines spécialités s'ajoute au nombre conséquent de consultants.

## **2.3 Les différents secteurs d'activité**

### **2.3.1 L'architecture**

La configuration des consultations se décrit sur deux niveaux. Au rez-de-chaussée se situent 3 spécialités ORL, stomatologie et OPH. Le 1er étage accueille les 4 autres spécialités (orthopédie, digestif, urologie et gynécologie) se trouvent à proximité les unes des autres excepté, pour les consultations d'anesthésie plus éloignées.

Le projet d'extension du bâtiment de maternité implique le déménagement de la consultation ORL, du rez-de-chaussée vers le 1er étage. Cette consultation va se situer proche des consultations d'anesthésies, mais cependant assez éloigné des autres consultations. La consultation de gynécologie va, elle, intégrer les nouveaux locaux de la maternité et sera regroupée avec les consultations d'obstétrique<sup>29</sup>. Une telle configuration des locaux et des activités peut s'avérer comme un frein à une mobilité des équipes paramédicales.

### **2.3.2 L'occupation des salles**

Début février 2016, un audit a été réalisé, par les consultants présents en appui pour le schéma directeur sur l'ensemble des consultations de médecine et de chirurgie, le retour de l'audit n'a pas été fait au comité de pilotage mais quelques données sont disponibles. Le taux d'occupation par salle est déterminé par l'amplitude des plages et le nombre de vacations offertes dans la spécialité, il met en regard le taux de débordement. Ainsi, nous retrouvons sur l'ensemble des consultations, un taux de vacation en moyenne de 80% et un taux de débordement de 15%.

D'autre part, il a été calculé le taux d'ouverture des salles défini par le ratio entre le temps de vacations offertes à l'activité de consultations et un temps conventionnel basé sur 8h d'ouverture par jour et par salle. Ce taux d'ouverture permet d'identifier l'utilisation des salles de consultations et le potentiel d'augmentation de l'activité, il représente seulement 55% pour les salles déterminées polyvalentes et 41% pour les salles dites « dédiées ».

---

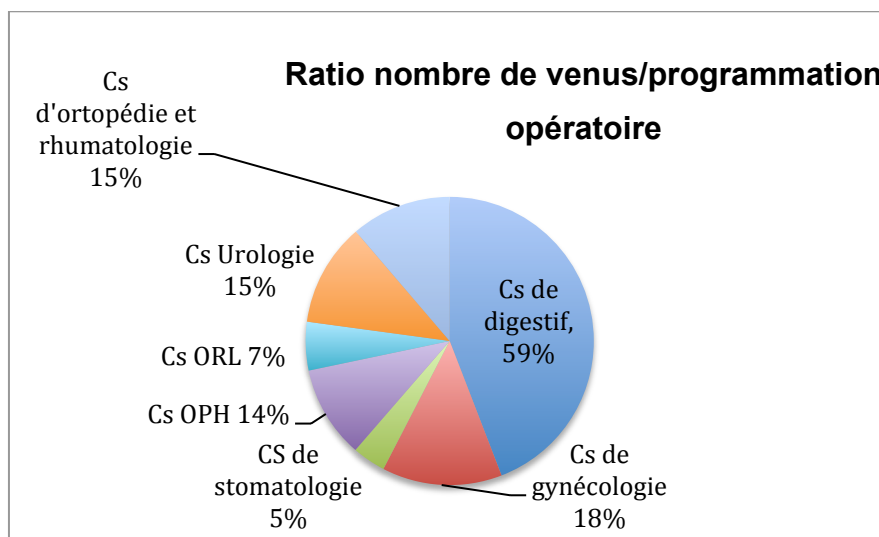
<sup>29</sup> plans en annexe n°2

Ces chiffres permettent d'ores et déjà de déterminer des marges de manœuvres tant sur l'optimisation du temps de vacation par un meilleur taux d'occupation et une diminution du débordement, puis un travail sur le taux d'ouverture de vacation doit être réalisé.

### 2.3.3 L'impact de l'activité de la consultation sur l'hospitalisation

Le nombre des consultations varient selon la spécialité, cependant nous pouvons retrouver un impact différent selon les spécialités en terme de programmation opératoire et donc d'hospitalisation que ce soit en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

Certaines spécialités effectuent des consultations de spécialisation avant un avis chirurgical, certaines effectuent des consultations dirons nous plutôt médicales telles que l'urologie, l'ORL, ces consultations n'aboutissent pas nécessairement à une programmation chirurgicale comme l'indique le tableau ci dessous :



En effet, le nombre de venus en consultations impacte la programmation opératoire et représente une moyenne de 20% sur l'ensemble des spécialités chirurgicales. Nous constatons également que le pourcentage de programmation de la consultation d'orthopédie est bas, ce qui s'explique par de nombreux suivis post-opératoires ou des suivis de post-urgence comme la consultation de stomatologie. Les consultations de digestif se distinguent par une part élevée de programmation.

## 2.4 L'aspect médico-économique

Les actes des consultations sont définis par nomenclature des actes professionnels<sup>30</sup>, qui permettent une prise en charge par l'assurance maladie. La classification commune des actes médicaux (CCAM) et la nomenclature générale des actes médicaux (NGAP) composent cette classification notamment avec des codifications nommées C, Cs, C2, CF pour les consultations de sage femme.

L'importance de ce codage est primordiale afin d'assurer la valorisation des consultations. Depuis début 2013, un groupe de travail sur l'optimisation des recettes des passages programmés en soins externes, dirigé par la direction des finances a été mis en place afin que le codage s'effectue en temps réel, ce qui suppose que le médecin doit le réaliser lors de la consultation du patient. Cette démarche a pour but une facturation immédiate après la consultation. C'est ainsi que depuis début 2013, un mailing hebdomadaire de rappel est envoyé aux CDS et chefs de services pour répertorier les codages non faits, et ainsi réajuster le plus rapidement possible. En effet, l'aspect financier des consultations est rarement mis en avant puisque très souvent leur fonctionnement seul reste déficitaire. Cependant, dans le contexte actuel de PRE, les demandes d'augmentation d'effectifs médicaux ne s'effectuent qu'après un bilan des consultations avec le nombre de médecins, le nombre de venus, le nombre d'actes, les coûts des effectifs PNM et les recettes.

Depuis janvier 2016, dans les tableaux de bords institutionnels, est intégré le suivi global des venus et des recettes en consultations par pôle que nous allons pouvoir intégrer dans nos bureaux de pôle en sus du suivi des actes CCAM et NGAP et du nombre de venus.

## 3 L'émergence du projet: une réorganisation nécessaire

Le contexte actuel du CHV se situe dans le cadre du PRE et la définition d'un schéma directeur qui sera restitué fin juin 2016.

Le secteur des consultations fait partie d'un des axes d'amélioration et d'optimisation des organisations prévus par le PRE.

L'ensemble des consultations de médecine et de chirurgie a déjà été accompagné par un consultant externe en 2010 avec des actions mises en place tel qu'un outil

---

<sup>30</sup> Liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie(classification commune des actes médicaux(CCAM), nomenclature générale des actes médicaux(NGAP))Arrêté du 27 mars 1972 modifiant l'arrêté du 4 juillet 1960.

commun et une gestion commune des salles de consultations et leurs amplitudes horaires afin d'améliorer le taux d'occupation des salles.

Depuis 2010, ce logiciel commun, offrant les disponibilités des salles est en place, cependant il est très souvent non renseigné. Lors de cette analyse, il est mis en avant des difficultés de prises de RDV que nous rencontrons toujours malgré le suivi du taux de décroché téléphonique qui reste faible dû à l'absentéisme important au bureau des RDV. Les arbres décisionnels élaborés afin d'améliorer la prise de RDV et l'orientation des patients restent encore à affiner ainsi que le suivi des délais de RDV. Ce dernier reste une contrainte car la CDS l'effectue manuellement car le logiciel des RDV ne le rend pas faisable. Le logiciel reste un frein à l'analyse et l'utilisation des données pour suivre cette activité. Or la situation économique du CHV ne nous permet pas de modifier ce logiciel, il est donc nécessaire de trouver d'autres axes d'amélioration.

En parallèle, le Pôle ABCDO a mis en place, pour améliorer l'organisation de la consultation d'anesthésie, une organisation définie par spécialité avec la création d'une vacations par spécialités chirurgicales et gérée par 1 IDE de la spécialité de l'intervention prévue. Cependant ces vacations restent polyvalentes en cas de programmation d'urgences.

L'analyse de l'activité et de l'organisation des consultations réalisée précédemment montre que, corrélés les activités avec la présence de paramédicaux et des médicaux permettrait d'optimiser l'organisation des consultations et de prendre en compte les évolutions de prise en charge des patients à l'hôpital notamment avec l'évolution de la chirurgie ambulatoire

Le rôle du CSS dans la conduite du changement est primordiale, en effet il est le pilote du projet comme le souligne D.Autissier et de J-M.Moutot<sup>31</sup> qui distinguent trois étapes dans la conduite du changement avec comme première étape le diagnostic du changement puis le cycle d'accompagnement et enfin le cycle de pilotage.

En effet, mon rôle est de manager l'optimisation des consultations, notamment par l'adéquation entre le personnel paramédical et l'activité, souvent liée à la présence des médecins. Mon objectif est de répondre au contexte actuel au regard du PRE en mutualisant certaines activités comme l'accueil et la programmation et ainsi créer un parcours professionnalisant pour les IDE et AS afin de faire face à un non remplacement des agents. Nous attendons un gain d'au moins 1 ETP après la mise en place de l'accueil et la mise en place d'une programmation renforcée afin de répondre de pouvoir optimiser le temps en ambulatoire et de diminuer la DMS des unités d'hospitalisations de chirurgies.

---

<sup>31</sup> AUTISSIER D., MOUTOT J-M. Méthode de conduite du changement : *Diagnostic Accompagnement Pilotage*, 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2013, p 26.

Comme méthodologie adoptée pour ce projet managérial, je me suis centrée tout d'abord en effectuant une analyse des activités des paramédicaux en collaboration avec les consultants présents sur l'établissement ayant comme objectifs de travailler sur les maquettes organisationnelles des différentes unités sur l'ensemble de l'hôpital. J'ai mis de côté l'analyse des activités des AMA qui est une action transversale du PRE sur toutes les unités de l'institution afin d'optimiser leurs activités. Puis j'ai opté pour des entretiens avec les différents chefs de services de chirurgie et d'anesthésie afin d'avoir leur vision actuelle de l'organisation de leur consultation avec l'objectif d'amélioration de l'adéquation paramédicale liée à l'activité. Cela m'a également permis de connaître leurs besoins minimums au regard du contexte actuel.

Le premier enjeu de ce projet est d'améliorer l'hospitalisation du patient en commençant dès les consultations de chirurgie. C'est à dire de formaliser le parcours patient. Le second enjeu est de favoriser une mobilité des soignants grâce à un parcours professionnalisant puis un troisième enjeu est de mutualiser des activités au sein des consultations pour optimiser le personnel mais aussi fluidifier le parcours patient pour qu'il soit le plus court possible. Ce projet s'intègre dans la continuité du projet d'établissement 2011-2015. Le prochain, en cours d'élaboration, tient compte du PRE et de la constitution du GHT, et intègre la réalisation de parcours patients et du virage ambulatoire. Le projet que je présente ici, a ainsi la validation et le soutien de la direction des soins paramédicaux, de la DRH, ainsi que de la direction des travaux et de la performance.

### **3.1 Analyse des acteurs du terrain**

#### **3.1.1 Les consultants d'audit externes**

Actuellement, le CHV est accompagné de plusieurs consultants désignés par l'ARS. L'un d'entre eux est en place depuis juillet 2015, il a été missionné dans le cadre du PRE avec l'objectif principal d'analyser les maquettes organisationnelles RH et ainsi de vérifier l'adéquation paramédicale à l'activité au sein des unités et des plateaux techniques. Un second consultant est missionné pour une aide à l'élaboration du schéma directeur. Ce dernier est un outil de pilotage stratégique de l'établissement, qui a pour objectifs de prendre en compte les orientations validées dans le cadre du PRE, pour déterminer une politique immobilière à moyen et long terme et de fixer les grandes orientations de la politique d'investissement. Il va permettre de disposer d'un cadre qui garantisse la cohérence des opérations immobilières futures avec la stratégie du CHV et de garantir la pérennité des investissements.

Ces deux grands axes qui sont travaillés à différents niveaux, d'une part un niveau stratégique et d'autre part un niveau plus fonctionnel que sont les services de soins et par chacun des acteurs de l'hôpital, sont orientés vers des objectifs différents.

Ces objectifs qui s'interfèrent avec les points de vue différents des soignants, administratifs et médicaux peuvent entraîner des incertitudes avec une atteinte de l'autonomie comme le définit P. Bernoux<sup>32</sup> : « *Dans l'analyse stratégique, l'incertitude est définie par rapport au renforcement du jeu de l'acteur, c'est à dire comme une autonomie.* » Identifier cette incertitude est essentiel pour aborder ces changements. La présence des consultants est ponctuelle et prévue jusqu'au mois de juillet 2016 avec les objectifs à réaliser qu'ils transmettront à la direction et à l'ARS. Leur présence est un soutien dans mon projet pour l'analyse d'activité, du taux d'occupation des salles, cependant il demeure des contraintes pour les délais de retour aux équipes paramédicales et médicales, ainsi que pour le choix partagé des axes de travail et des objectifs à atteindre.

### **3.1.2 Les paramédicaux**

#### **3.1.2.1 L'analyse des activités**

Les paramédicaux sont les premiers témoins des problèmes rencontrés et souvent les rappellent au CDS. Devant le contexte financier actuel et des incertitudes à venir, il paraissait essentiel de réaliser un audit de l'activité précise des différentes catégories de personnel travaillant en consultations. Une analyse complexe de ces éléments s'est effectuée en partenariat avec le consultant présent au CHV dans le cadre du PRE ayant comme action d'optimiser les organisations médicales et soignantes en consolidant l'organisation du temps médical.

Tout d'abord, un recensement des différents horaires des agents de consultations a été relevé démontrant un nombre important d'amplitude horaire (une quarantaine), ce qui nous amène à penser que ce nombre important dépend de la présence médicale et ainsi les paramédicaux s'accoutument et s'adaptent à une organisation médicale parfois imprévisible à court terme. En outre la prévisibilité des absences, la diminution du nombre de venus en consultations sur des périodes définies comme les vacances scolaires n'apparaissent pas, les outils informatiques du CHV sont déficients et ne permettent pas la lisibilité prospective des vacances ouvertes, des salles, et les liens avec le logiciel de RH.

---

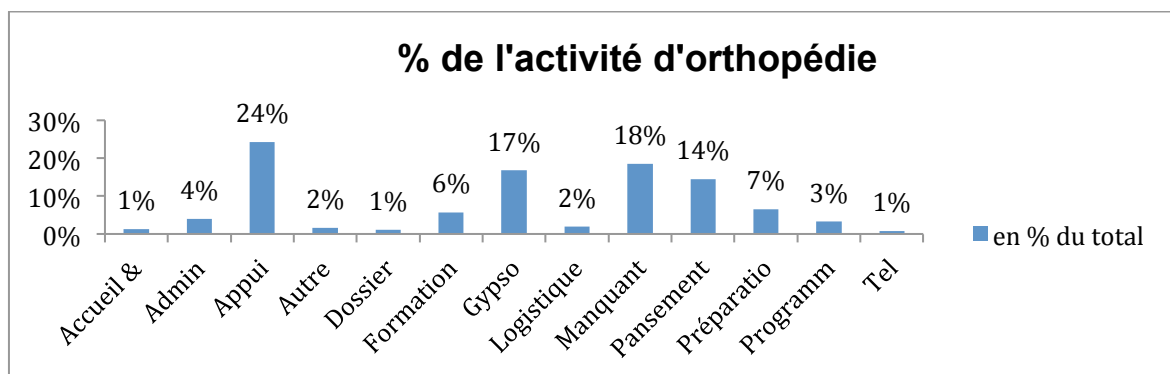
<sup>32</sup> BERNOUX P. *Sociologie du changement, Dans les entreprises et les organisations*, Points essais, Editions du seuil, 2009, p.169.



Puis, nous avons réalisé un audit des activités début novembre 2015 avec un recueil de données élaboré avec le consultant. Cet outil est construit afin d'obtenir la représentation réelle de l'activité des soignants. Il consiste à dérouler leur journée de travail en détaillant le temps passé par activité, le degré de priorité ou de report et si la tâche pouvait être effectuée par un autre agent. Nous avons fait le choix avec le consultant, au regard du temps imparti, de restreindre le recueil aux consultations du 1er étage : orthopédie, urologie, digestif et gynécologie.

Le dépouillement de cette analyse fut long et complexe. Nous nous sommes aperçus que la limite de ce recueil était qu'il était trop ouvert, ainsi les soignants n'ont pas employé les mêmes termes pour définir une activité. C'est pourquoi, un temps d'échanges avec les soignants et la CDS s'est imposé afin de pouvoir regrouper des activités et simplifier l'analyse.

Ainsi, pour l'analyse des consultations d'orthopédie, le relevé effectué montre que l'on peut regrouper les activités IDE en trois catégories principales

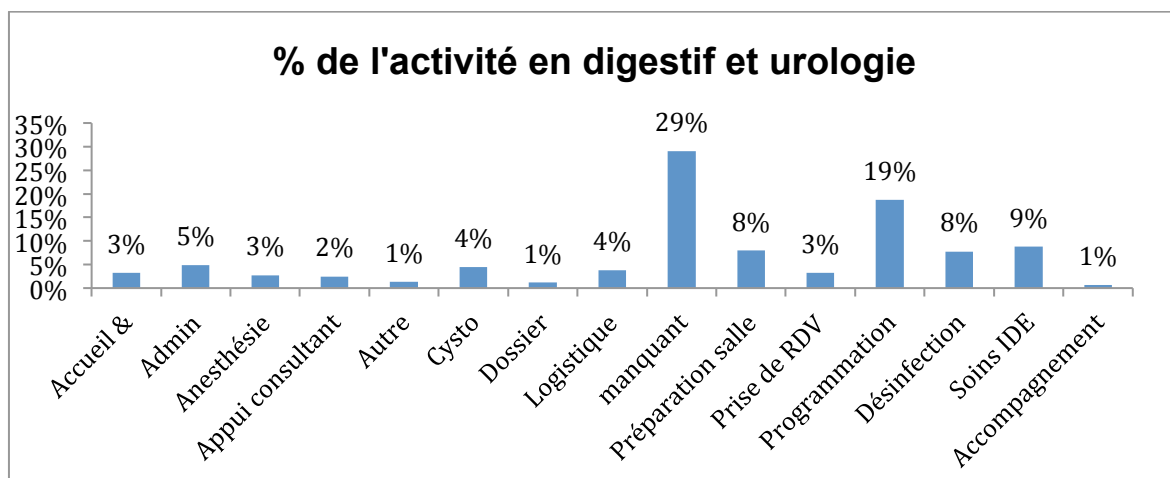


Une première activité dite administrative comprend la prise de RDV, la réponse aux appels téléphoniques associée à la programmation représente près de 10%. Puis, nous retrouvons les soins techniques pour 27% tels que les pansements et la gypsothérapie, enfin l'appui aux consultants (présence d'une IDE lors des consultations avec les chirurgiens) pour 24%. Ces trois grandes catégories d'actes sont entrecoupées d'actes comme l'accueil, l'orientation des consultants, les appels d'ambulances...

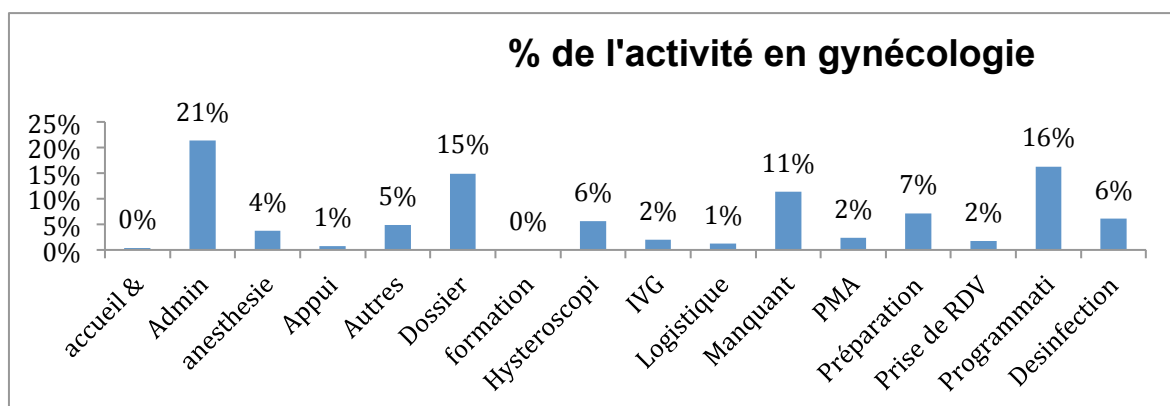
En parallèle, l'analyse d'activité pour l'AS montre une concordance avec l'activité réelle centrée sur la gestion des dossiers.

L'audit réalisé sur les consultations de digestif et d'urologie indique des activités identiques avec des dominantes différentes. La programmation représente 19% du temps, les soins techniques composés des pansements, des débimétries et surveillance après ablation ou pose de sonde urinaire. L'aide aux cystoscopies et endoscopies représente près de 13%. Nous retrouvons des activités hétérogènes comme la désinfection du matériel d'endoscopie, la prise de rendez-vous, la préparation des salles, la logistique,

l'appui aux consultants, avec peu de pourcentage. Cependant une partie importante d'environ 20% d'activités est relevé manquante comme nous le retrouvons dans le tableau ci dessous:



Pour les consultations de gynécologie, il apparait également des temps prépondérants tels que la programmation comme nous pouvons voir dans le tableau d'analyse ci dessous :



Néanmoins, la partie administrative reste importante représentant près de 37% comprenant les activités administratives, la prise de RDV et la gestion de dossiers. Cependant, l'appui aux consultants est peu présent comme le temps nécessaire à la prise en charge des IVG, ce qui est contraire au ressenti des soignants. Ceci peut s'expliquer par une charge émotionnelle plus forte dans ces prises en charge.

En synthèse de ces analyses des secteurs d'orthopédie, d'urologie, de digestif et de gynécologie, il apparaît donc des activités communes comme l'accueil, la préparation des salles, la prise de RDV, qui sont itératives et que nous pourrions mutualiser pour les différentes consultations. Par ailleurs, la programmation reste importante et demande des compétences spécifiques, elle pourrait être une activité mutualisée pour l'ensemble des consultations.

L'analyse des activités nous montre des activités spécifiques d'endoscopie pour les consultations d'urologie et de gynécologie. Ces actes médicaux sont nécessairement réalisés avec l'aide d'une IDE, ils nécessitent une salle dédiée équipée de matériel de désinfection. La mutualisation et l'identification d'un circuit endoscopique organisé autour de compétences spécifiques est une piste à envisager.

Ce travail a permis d'identifier les activités réelles des soignants et de constater l'écart existant entre le ressenti sur la densité de certaines activités et l'activité réelle. Identifier cet écart permet d'aborder ou de minimiser certaines problématiques, comme c'est le cas pour les IVG qui ne représentent pas une grande quantité de travail mais qui comporte une grande charge mentale et sont donc interprétés comme une « grosse » activité. Les solutions apportées seront alors différentes. Dans le secteur d'orthopédie, l'activité spécifique de gypsothérapie repose actuellement sur 1 ETP technicien spécialisé dans ces actes. Or, cette activité fait partie des compétences IDE, et la spécificité comme la technicité de cette dernière doivent être accompagnées d'une formation spécifique. Cette activité primordiale dans cette spécialité ne peut être portée par une seule personne tant en terme de risque qu'en terme d'organisation. Il est donc important de s'appuyer sur plusieurs IDE afin que cette activité soit toujours possible tout au long de l'année au regard des patients accueillis en consultation d'orthopédie.

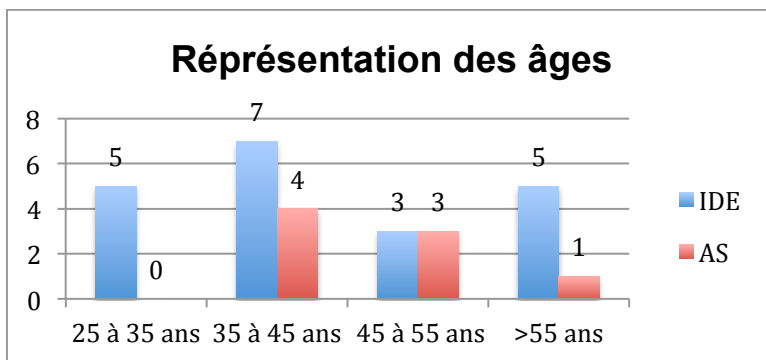
Cette analyse des activités nous permet donc d'identifier les zones à risques mais aussi, les activités mutualisables et les réorganisations des tâches qui permettront d'optimiser le personnel, de fluidifier le parcours patients tout en le construisant d'une façon différente.

### **3.1.2.2 Identification des acteurs**

Les activités des soignants en consultation restent un point de départ afin de pouvoir définir et évaluer leur potentiel d'évolution de compétences<sup>33</sup>. Ainsi, l'analyse de la pyramide des âges est nécessaire afin de pouvoir élaborer une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

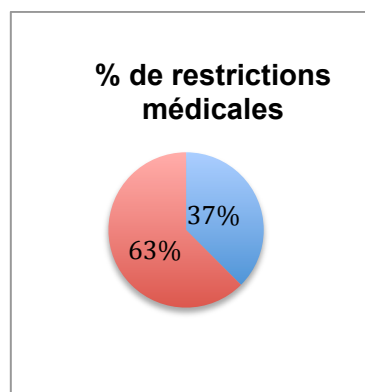
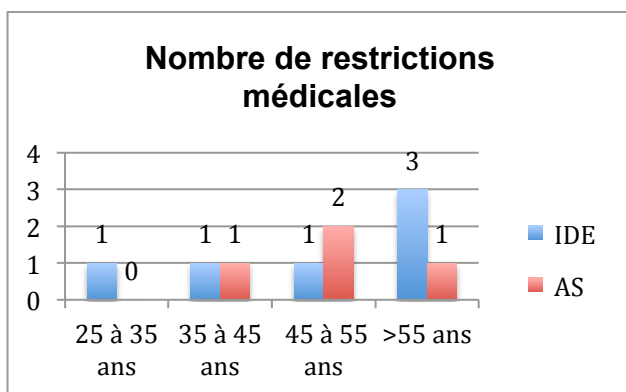
---

<sup>33</sup> Cours Marchand X. MOS 15-16 « Gérer les compétences : la mobilité »



Nous observons dans ce graphique que chaque tranche d'âge est bien représentée avec un minimum de 5 personnes. La tranche des 35-45 ans est la plus importante avec 11 personnes ce qui doit nous alerter quant au maintien des compétences et aux parcours professionnels futurs à envisager pour ces personnes encore jeunes dans la profession. Il en est de même pour les personnes appartenant à la tranche d'âge 45-55 ans dans une mesure différente en terme de perspective de carrière. Enfin, nous sommes attentifs aux 5 IDE et l'AS ayant plus de 55 ans puisqu'il faudra les remplacer bientôt. Ceci implique donc de recruter et d'accompagner de nouveaux personnels. La politique du pôle est de favoriser la mobilité au sein des différentes consultations mais aussi avec les autres secteurs : hospitalisation ou bloc. Il me semble opportun de se questionner sur le remplacement de l'AS, puisque comme nous l'avons vu précédemment, elle effectue des activités purement administratives. Effectivement, les futurs départs à la retraite d'ici 3 à 4 ans représentent 25% pour les IDE et 12,5% pour les AS de l'ensemble des effectifs.

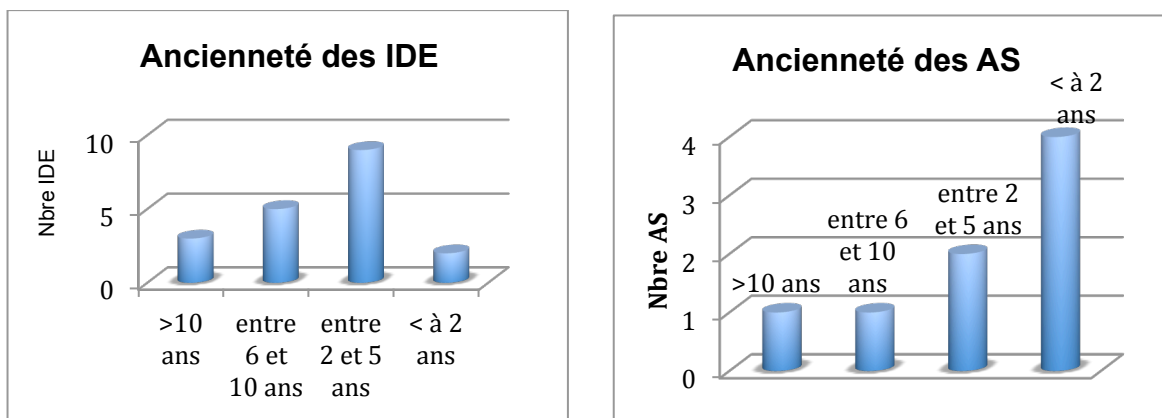
Ces activités restent à évaluer et peuvent être proposées pour accompagner des agents qui seraient en restrictions médicales dans les unités de soins. Effectivement, les consultations sont un secteur avec moins de contraintes horaires (pas de weekend, ni de nuits), et moins de contraintes physiques que dans un service de soins. Les agents y sont généralement affectés avec des restrictions médicales comme le montre les tableaux de données ci dessous :



L'arrivée dans ce service dans ces circonstances n'est pas toujours un choix de carrière, voir résulte d'un accident de parcours. Les compétences à acquérir bien qu'elles s'appuient sur celles existantes sont cependant plus complexes que prévues par les agents. Les acquérir nécessite un temps particulier et un accompagnement spécifique. La posture du soignant étant très différente dans ce secteur, avec des soins directs très dilués dans des activités d'accueil et administratives.

Les compétences restent primordiales à évaluer, grâce à cette pyramide des âges qui nous montre le turn-over à venir en tenant compte des problèmes de santé de certains agents, nous pourrons ainsi déterminer qui est capable de faire preuve de mobilité et ainsi créer un parcours professionnalisant.

Une analyse de leur ancienneté reste à prendre également en compte car il peut avoir un lien avec le potentiel<sup>34</sup> des agents. Voici un tableau montrant leur ancienneté :



Nous pouvons remarquer un plus grand nombre d'IDE ayant entre 2 et 5 ans d'ancienneté par rapport entre 6 et 10 ans, et croiser cette analyse avec l'évaluation des compétences, afin d'identifier le potentiel pour les accompagner à avoir d'autres compétences que celles de la spécialité où elles travaillent. Cependant, cette analyse nous montre un éventuel frein au changement d'organisation car le nombre d'IDE entre 6 et 10 ans reste suffisamment important pour accepter la mobilité sur les différents secteurs des consultations.

Les AS représentent dans l'ensemble une équipe peu expérimentée que nous pouvons penser plus réceptive à mettre en place un accueil et une gestion des salles communes, cependant les restrictions médicales doivent être prises en compte et peuvent être un frein à certaines activités.

De plus, il faut tenir compte de l'appartenance présente au sein de chaque spécialité de consultations. En effet elle s'identifie à la spécialité C. DUBAR<sup>35</sup> la définit

<sup>34</sup> Cours MARCHAND X. « Gérer les compétences : la mobilité » MOS 2015-16

<sup>35</sup> DUBAR C. Le concept d'identité professionnelle. Disponible sur <http://suite101.fr/article/le-concept-didentite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030>, consulté le 30/01/16.

comme étant ce qui « *caractérise l'individu dans son milieu professionnel* ». C'est ce qui permet à chacun de se reconnaître dans une appartenance à la profession. Il met en avant le développement de l'identité via les différentes activités de travail mais également, via l'appartenance à un groupe professionnel. L'identité professionnelle est donc un aspect important pour le développement de l'individu parce que c'est au travers de son travail que la personne pourra structurer cette identité.

### **3.1.2.3 L'absentéisme**

Comme nous l'avons vu auparavant, les équipes sont donc affectées par spécialités et certaines représentent un petit nombre, ainsi l'absentéisme a donc un impact important dans ces petites équipes. En effet, l'absence d'une personne sur une équipe de 3 comme en stomatologie entraîne un impact considérable du fait de la spécificité de certaines activités. La moyenne de l'absentéisme sur l'ensemble des consultations représente un taux de 6% ces deux dernières années, peu élevé par rapport à la moyenne de l'établissement et du pôle qui est de 11% en 2014 et de 10% en 2015. Cependant, nous notons dans certaines consultations comme la stomatologie ou le centre de la femme des taux élevés approchant les 20% dus à des arrêts longs supérieurs à 3 mois et des congés maternités ce qui impactent donc l'organisation des autres consultations de chirurgies.

Ainsi, l'importance d'analyser et d'évaluer les compétences prend tout son sens pour accompagner la mobilité des soignants afin de faire face à l'absentéisme.

### **3.1.2.4 Les compétences**

Les compétences sont souvent définies par les différents savoirs, comme l'indique G. Le Boterf<sup>36</sup> « être compétent » c'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail, c'est mettre en œuvre « *une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant un combinatoire approprié de ressources : savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement...* ». La compétence pour P. Zarifian<sup>37</sup> «est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté, et une intelligence pratique des situations qui s'appuient sur des connaissances acquises et les transforment, avec d'autant plus de force que les situations changent ». Il signifie également c'est «*la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines*

---

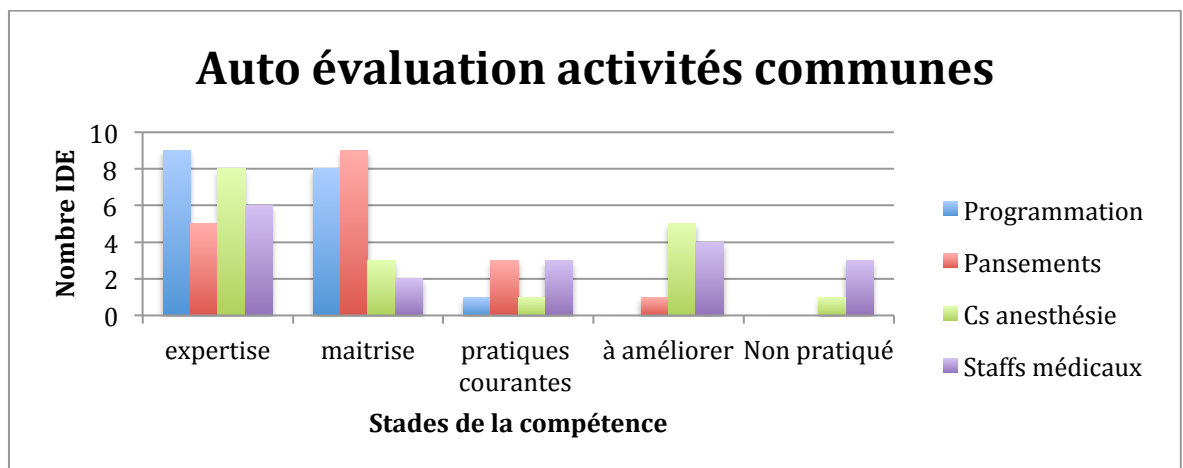
<sup>36</sup> LE BOTERF G. : *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Editions d'Organisation, 2006, p.97

<sup>37</sup> ZARIFIAN P. : *Objectif compétence : pour une nouvelle logique*, Paris, Edition Liaison 2001, p.70

de coresponsabilité ». F Minet<sup>38</sup> se réfère à G. Malglaive pour décrire que la compétence s'appuie sur un ensemble de savoirs : pratique, théorique, procédural et savoir faire qui sont toujours dynamique entre eux à la faveur de l'action.

Leurs évaluations sont déterminantes dans le changement d'organisation, cependant, actuellement la seule évaluation s'effectue par l'entretien annuel, il paraît donc nécessaire que les soignants soient évalués en situation ou mettre en place une auto-évaluation. Ainsi, je vais avec la contribution du CDS mesurer leurs compétences par auto-évaluation sur les activités dominantes repérées ci dessus afin de pouvoir déterminer leurs niveaux de compétences. En effet, nous pourrions comparer la compétence des soignants aux différents stades de compétences décrits par Patricia Benner : débutante, compétente, performante et experte, cependant nous allons nous référer aux différents stades de la maîtrise de la compétence<sup>39</sup> : à améliorer, pratiques courantes, maîtrise et expertise en les graduant par des chiffres afin que les soignants puissent déterminer leur niveau de compétence<sup>40</sup> par activités dominantes.

Cette auto évaluation centrée aux IDE a permis de démontrer leur adhésion complète de l'ensemble des équipes à répondre au questionnaire. Ce relevé nous montre donc des activités communes comme la programmation, les pansements, la préparation des staffs médicaux hebdomadaires (qui valident la programmation opératoire de la semaine d'après) et la consultation d'anesthésie. Nous pouvons remarquer avec dans le tableau ci dessous que l'expertise et la maîtrise sont bien présentes chez une majorité des IDE dans ces activités.



Cependant, elles ont précisé dans l'ensemble qu'elles étaient expertes ou maîtrisé ces activités dans leurs spécialités de consultation. Nous devons donc maintenant cibler

<sup>38</sup> MINET F. : *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*, Paris, L'Harmattan, 1995, p.50 - 54.

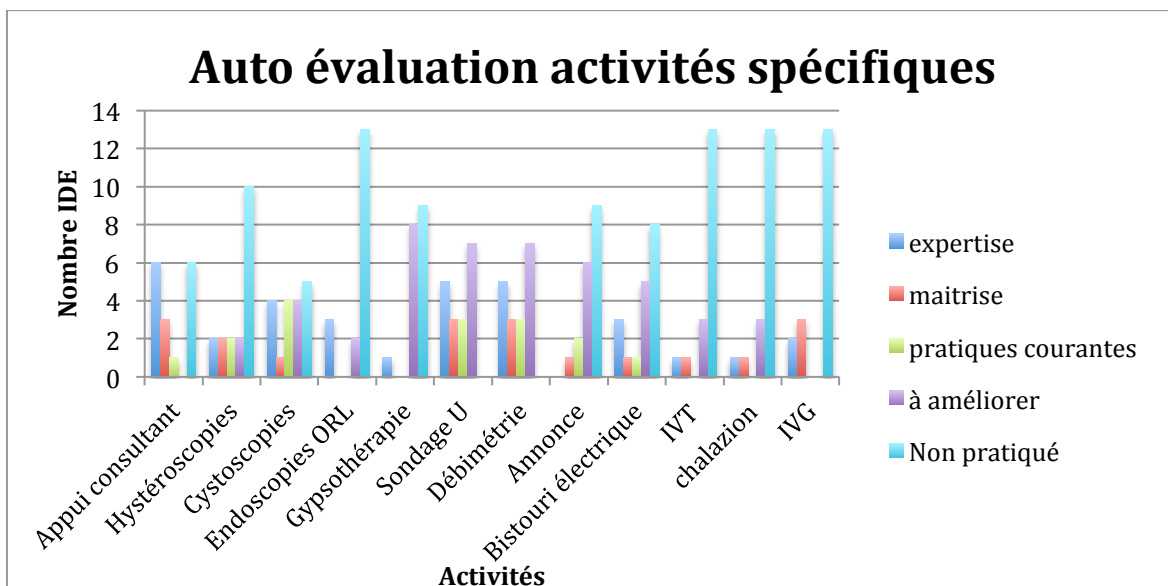
<sup>39</sup> Cours MARCHAND X. « analyser l'existant : les pratiques professionnelles » MOS 2015-16

<sup>40</sup> Voir tableau d'autoévaluation IDE en annexe n°3

précisément les situations de travail afin de les accompagner pour qu'elles puissent se représenter réellement que ce sont des activités communes car la situation de travail reste semblable à l'ensemble des spécialités.

Cette analyse représente une première approche de l'évaluation des compétences, cependant, elles vont nous permettre de choisir des situations prévalentes pour nous permettre de construire une cartographie des compétences sur l'ensemble des consultations, notamment sur les activités communes comme les soins techniques ou programmation reste essentielle dans l'accompagnement du changement des organisations.

Il apparaît dans l'autoévaluation des autres activités dites spécifiques représentées ci dessous, une réelle différence de niveaux de compétences apparaît sur ces activités spécifiques.



Il montre également 9 activités non pratiquées par 5 IDE au minimum sur les 12 représentées dont 4 activités sont non pratiquées par plus de 12 IDE. Il apparaît également un maximum d'activités à améliorer.

En synthèse, les IDE ont rajouté le critère non pratiqué qui n'était prévu initialement dans le tableau de recueil ce tableau, il met en avant les écarts de compétences sur les activités spécifiques, il reste à définir les situations prévalentes qui permettra d'affiner l'évaluation des compétences et permettre d'effectuer une cartographie des compétences. Cette analyse reste un point de départ et va nous aider à identifier le personnel à former par un parcours professionnalisant tant sur les activités communes que les activités spécifiques.



### 3.1.3 Les médecins

La collaboration des soignants et des médecins reste indispensable dans les unités de soins et notamment aux consultations car elle fluidifie le parcours du patient au sein de l'hôpital. Les médecins travaillant en consultations sont parfois des vacataires et n'interviennent pas dans les unités de soins ou au bloc opératoire, ce qui implique une organisation spécifique du fait de leur disponibilité organisée par spécialités.

Après des entretiens<sup>41</sup> auprès de tous les chefs de services, ils restent attachés à leurs spécialités, il résulte donc majoritairement une notion de territoire associée à une notion d'appartenance des soignants comme l'explique P. Bernoux<sup>42</sup> « *l'identité se construit dans les situations de travail où s'engendrent des relations influencées par les rapports de pouvoir et les perspectives d'avenir* ». Ils mettent en avant leurs spécificités et les connaissances que les soignants doivent acquérir et leurs besoins d'expertise.

En effet, ils reconnaissent tous avoir des soignants experts de leurs spécialités. Cependant, au fil de l'entretien, certains chefs de services reconnaissent que la présence de soignants lors des consultations n'est pas nécessaire, l'activité importante et dont l'expertise est importante pour eux c'est pour la programmation car cette dernière doit expliquer au patient le processus avant l'hospitalisation, l'hospitalisation et la gestion de la sortie soit au domicile ou en centre, tout est anticipé de la consultation. Effectivement, la programmation reste un moment essentiel pour le déroulement d'une hospitalisation. La présence des soignants contribue à la notion de coopération car ils adaptent leurs explications à leurs interlocuteurs comme l'indique N. Alter<sup>43</sup> « *les meilleurs commerciaux ne sont jamais ceux qui appliquent les principes de relation à la lettre mais ceux qui savent rendre ces principes « intelligents » les adapter à leurs interlocuteurs, à eux mêmes et à la nature de l'interaction* ». Ainsi, l'appui au consultant reste primordial aux consultations d'orthopédie notamment pour les internes afin qu'il n'y ai pas trop de débordements et de délais d'attente pour obtenir les RDV post-urgences afin de maintenir une prise en charge de qualité des patients. De même, il est également nécessaire puisque les IDE exécutent des gestes d'aide opératoire avec nécessité d'avoir les compétences requises à l'utilisation du bistouri électrique qui reste dans le champ des compétences des IDE aux consultations de stomatologie.

---

<sup>41</sup> cf entretiens médecins en annexe n°4

<sup>42</sup> Bernoux P., *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Points essais, Editions du seuil, 2004, p.193

<sup>43</sup> ALTER Norbert. *Donner et prendre, La coopération en entreprise*, Editions la Découverte, Paris, 2009, p.18

Les orientations d'évolution de chaque spécialité est représentée ci dessous, l'ensemble vise une augmentation avec quelques variables pour la stomatologie qui met en avant le problème de recrutement médical.

Consultations	Activité	motif	Concurrence
Digestif,	Augmentation	Stabilité de l'équipe médicale	oui
Orthopédie	Augmentation		oui
Stomatologie	Maintien	Nombre de médecins en diminution	non
ORL	Augmentation	Stabilité de l'équipe médicale	Oui
OPH	Augmentation	Arrivée d'un nouveau médecin prévue en novembre	Oui pour certains actes cependant non pour simple consultation d'OPH de ville
Gynécologie	Augmentation	Liée à l'extension de la maternité	Un peu pour la filière cancérologique qui est cependant en progression et développement endométriose
Urologie	Augmentation	Notamment file active de cancérologie	+/- selon les établissements privés voisins cependant effectuée déjà des consultations dans les établissement du GCS
Anesthésie	Augmentation	Liées aux augmentations des activités de chacune des spécialités et de l'extension de la maternité	Non.

L'organisation actuelle convient à l'ensemble des chefs de service dans un premier temps, puis, il apparaît lors de l'entretien un point à améliorer comme l'accueil qui reste un point négatif notamment au 1er étage car le personnel soit les secrétaires soit les soignants sont sans cesse dérangés dans leurs activités car il n'existe pas d'accueil physique établi dans aucune consultation. Nous retrouvons ainsi une cause où le personnel est sans doute moins performant car il travaille en discontinu ce peut augmenter la charge mentale de ce dernier et ainsi être un facteur de stress<sup>44</sup>.

Au total, des entretiens avec les chefs de service plutôt satisfaisants puisqu'ils sont prêts à une nouvelle organisation. Cependant la notion de territoire est prégnante, avec une

<sup>44</sup>[http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossier=463](http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossier=463), consulté le 19/03/16

mise en avant d'augmentation de locaux pour l'orthopédie, pas forcément excentrée et plutôt à proximité de l'activité actuelle.

La notion d'appartenance est présente au sein des différentes consultations de chirurgies, les soignants s'identifient à la spécialité où ils sont rattachés. De ce fait, l'objectif de la nouvelle gouvernance intervient donc cette nouvelle organisation en formalisant comme il est précisé dans l'article Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines<sup>45</sup> « *Le projet de pôle réunit tous les services du pôle autour d'objectifs stratégiques communs, les moyens alloués appartiennent au pôle et non plus aux services, un vrai changement de structure est suggéré. Ainsi la gestion du pôle offre aux acteurs du management hospitalier l'occasion de tisser ou retisser des liens entre médecins, soignants, administratifs, forçant les uns et les autres à travailler de concert plutôt que séparément.* ». En effet, cette notion « polaire » est présente notamment dans les unités d'hospitalisations cependant il faut la transposer au sein des consultations où cette notion est importante dû aux liens proches avec les médecins et à l'organisation par spécialités.

Au regard de ces entretiens, des pistes de réflexion apparaissent notamment pour une mutualisation des pansements dans une salle prévue pour les consultations d'ORL, ainsi qu'une programmation mutualisée pour certaines spécialités. Néanmoins, la notion de pouvoir entre les chefs de service demeure par l'appartenance à leur spécialité comme le démontrent Nizet et Pichault<sup>46</sup> « *l'équilibre des ressources entre les acteurs, modes d'exercice du pouvoir et production de sens ne doivent sans doute pas être distingués de manière trop rigide : l'équilibre des ressources dont dispose les acteurs intervient forcément dans l'exercice de leur pouvoir, et, par ailleurs, la production de sens accompagne aussi cet exercice* ».

En synthèse de ces entretiens avec les différents chefs de services, nous retrouvons l'émergence d'une approbation de réorganisation tout en gardant l'expertise des soignants dans leurs spécialités. Ils sont favorables à mutualiser certaines activités comme l'accueil, la préparation des salles, et la programmation car l'amélioration du parcours patient a du sens pour les différents chefs de services.

---

<sup>45</sup> article Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. Politique et management public. Volume 26/2. p.38

<sup>46</sup> Nizet J. et Pichault F. : La coordination du travail dans les organisations, p.100.

## 3.2 L'occupation des salles

L'organisation des consultations s'effectue donc par spécialités, en effet, la CDS des consultations en collaboration avec la CDS du bureau central des RDV, d'après les organisations des vacances demandées par les chefs de services déterminent l'amplitude des vacances sur le logiciel de RDV nommé Sillage.

Nous avons pu constater que l'état des lieux vient d'être effectué par le consultant présent pour mener une réflexion sur le schéma directeur. Les recommandations à prendre en compte consistent à avoir une meilleure adéquation entre les temps de vacation offerts et les délais de RDV afin de répondre au mieux au besoin de la population et également en tenant compte du taux de débordement de 15%, du taux d'occupation des vacances de 80% et des délais de RDV : 66 jours en moyenne sur l'ensemble des consultations de médecine et de chirurgie.<sup>47</sup>

La mutualisation et la polyvalence des salles de consultations reste essentielle et donc à considérer dans les recommandations afin d'en diminuer le nombre à terme en tenant compte du taux d'ouverture réel des salles polyvalentes (55% la semaine de recueil) et le taux d'ouverture réel des salles dédiées (41% la semaine du recueil).

Enfin, le dernier point indiqué est de travailler sur les absences médicales afin d'ajuster au plus près la programmation et proposer aux autres médecins les vacances rendues disponibles afin d'obtenir un taux d'ouverture théorique des salles polyvalentes et des salles dédiées supérieur à 70%.

Ainsi, travailler en collaboration avec ma collègue CSS responsable du BCRV et de l'ensemble des ouvertures des salles et des vacances s'impose. Les taux d'occupation des salles et des vacances restent le point central afin de pouvoir mettre en adéquation le personnel paramédical et médical.

### 3.2.1 La prise de rdv

La prise de RDV est une notion importante, cependant actuellement au sein de l'institution, je n'ai pas la main sur ces changements d'organisation. En collaboration avec la CDS des consultations et la CDS du bureau des RDV, nous sommes en alerte face une baisse du taux de vacances, cependant cette analyse s'effectue sans tableau de bords relevant automatiquement les données du logiciel de RDV mais se réalise quand la CDS des consultations élabore les plannings mensuellement et les adaptent hebdomadairement par rapport aux présences des médecins et l'amplitude des vacances.

---

<sup>47</sup> Données consultant externe.

L'alerte est en parallèle donnée par la CDS du bureau des RDV quand les créneaux ne sont pas remplis alors que les délais habituels d'attente sont plus longs, nous en avons eu l'expérience en début d'année notamment en consultation d'orthopédie où une baisse notable des amplitudes des vacations, pas de débordements et parfois des plages pendant la vacation disponibles. Après analyse, nous avons pu en conclure avec les acteurs concernés qu'effectivement il s'agissait de l'impact de la baisse du taux de décroché depuis septembre au bureau des RDV dû à l'absentéisme élevé sur cette période. Les actions mises en place assez tardivement, comme la prise de RDV par mail reste à développer au sein de l'institution pour une alternative à la diminution du taux de décrocher. Nous avons donc décidé de lancer cette opération par l'intermédiaire des secrétaires pour la spécialité d'orthopédie afin de relancer rapidement l'activité.

En effet, la réponse rapide à la demande de RDV est incontournable, nous allons donc suivre particulièrement les impacts avec le suivi du taux de décroché, le suivi de prise de RDV par mail.

### **3.2.2 La mutualisation des salles**

La régulation de l'ensemble des consultations de chirurgies doit s'effectuer en collaboration avec le CSS responsable de la gestion des salles et des RDV. Elle assure le lien avec les différents secteurs de chirurgie et de médecine notamment avec les réorganisations entre les consultations de médecine et de chirurgie. Elle a un rôle de collaboratrice du président du conseil des consultations cependant les changements d'organisation des vacations par spécialités s'effectue en lien direct avec le CDS responsable de la consultation de chirurgie.

### **3.3 L'emplacement des consultations**

L'architecture actuelle des consultations et la situation des différents secteurs restent un frein pour la mutualisation des activités. Notamment, les consultations des spécialités médicales au rez-de-chaussée, il n'existe pas de possibilité d'accueil commun pour la stomatologie et l'OPH car les lieux sont séparés par le nouveau couloir qui mène au service de médecine nucléaire. Cependant, le déménagement prévu de la consultation ORL au 1er étage à proximité des autres consultations, engendre des difficultés car elle reste tout de même éloignés des consultations d'orthopédie, d'urologie et de digestif et de gynécologie.

De plus, le déménagement programmé en janvier 2017 des consultations de gynécologie dans le nouveau bâtiment de maternité, fusionné avec les consultations

d'obstétriques est également une contrainte. En parallèle, il faut tenir compte du faible nombre d'IDE aux consultations de gynécologie et l'absence d'IDE aux consultations d'obstétriques. L'éloignement des autres consultations restera une contrainte pour la mise en place d'activités communes, cependant il est nécessaire de favoriser la mobilité des soignants pour maintenir une qualité de soins et de prise en charge des patients.

### 3.4 Synthèse de l'analyse

Dans le contexte financier actuel du CHV, la problématique reste la suppression annoncée d'une diminution des soignants et des administratifs au sein des unités d'hospitalisations mais également au sein des consultations. En outre, la gestion des vacances des médecins par leurs absences ou changements de vacances implique également des changements de planning pour les paramédicaux, la mutualisation de certaines activités et la mobilité permettront de pallier à ces changements réguliers des vacances des chirurgiens, afin de pouvoir construire des maquettes organisationnelles au sein des consultations dans un premier temps. Puis dans un second temps, la gestion centralisée des vacances en collaboration avec ma collègue CSS responsable de la gestion des vacances et des RDV, ne pourra s'effectuer qu'avec l'adhésion des médecins. Cependant, ils sont sous la responsabilité de ma collègue CSS responsable en transversal des consultations. De plus, ces éléments restent en cours d'analyse par les consultants présents dans le cadre de l'élaboration du schéma directeur et demeurent une priorité pour la direction comme l'optimisation du codage des actes associé au perfectionnement de la chaîne de facturation et d'encaissement.

L'organisation actuelle par spécialités démontre des taux d'occupation de salles dédiées ou polyvalentes peu optimaux, ainsi la coordination est un des principes abordés dans la théorie des organisations, il est abordé sous les différents aspects sociologiques, économiques ou psychologiques. Elle se définit par la mise en ordre, l'harmonisation d'activités diverses dans un souci d'efficacité. La coordination est primordiale à prendre en compte comme le souligne Jean Nizet et François Pichault<sup>48</sup> « *Il importe donc que le travail de chacun s'articule, s'harmonise, s'intègre à celui des autres pour aboutir à un résultat commun, et cela, de la manière la plus efficace et la moins coûteuse possible.* ».

En parallèle les soignants réalisent par spécialités des activités multiples et sont très souvent entrecoupés et nous retrouvons également du temps « manquant » lors de

---

<sup>48</sup> NIZET J. et PICHULT F., *La coordination du travail dans les organisations*, Paris, Dunod, 2012, p.7.

l'analyse effectuée. Cependant, lors de l'analyse des activités, nous décelons certaines activités communes et d'autres spécifiques rattachées à la spécialité.

### **3.4.1 Emergence des activités communes**

L'analyse des activités dans un premier temps s'avère primordial afin de savoir ce que les soignants exécutent réellement comme activité avec l'évaluation des compétences et la cartographie des compétences. En effet, l'analyse des activités nous permet d'identifier des actes communs à l'ensemble des consultations comme la programmation, les soins techniques, l'appui aux consultants et l'accueil. Toutefois, je vais m'attacher à accompagner le changement et à mettre en place 2 activités communes : la programmation et l'accueil notamment auprès des consultations du 1er étage à l'échéance fin janvier 2017 après le déménagement des consultations de gynécologie. La programmation s'inscrit dans la continuité de projet d'établissement et ainsi finalisera la mise en place d'une programmation commune dès l'indication de chirurgie.

Au regard de l'évolution des consultations et des différentes variations dans certaines spécialités, l'optimisation des consultations de chirurgie avec l'objectif de mettre en adéquation la présence paramédicale à l'activité lié au temps médical sur l'ensemble des spécialités. Mettre en place une mobilité et une polyvalence des équipes paramédicales par un parcours professionnalisant est une piste pour optimiser les consultations avec la mise en place d'un poste d'accueil et d'une programmation mutualisée.

Nous attendons un gain d'au moins 1 ETP après la mise en place de l'accueil et la mise en place d'une programmation renforcée afin de répondre de pouvoir optimiser le temps en ambulatoire et de diminuer la DMS.

### **3.4.2 Des activités spécifiques présentes**

Certaines activités comme la gypsothérapie, les entretiens des IVG, l'aide aux endoscopies sont des actes très spécifiques. Je devrais m'assurer que la CDS recense les évaluations prévalentes pour ces activités spécifiques afin de pouvoir accompagner et former les agents n'ayant pas ses compétences.

Avec le relevé des activités, nous pouvons observer des activités très spécifiques qui relèvent des compétences des IDE ou AS ou administratifs. Cette segmentation, répartition des tâches va pour certains acteurs développer une expertise. L'annonce en

cancérologie n'apparaît pas dans l'analyse d'activité cependant cette activité reste une partie importante comme les entretiens d'accompagnement aux IVG restent spécifiques. Pour cela, une formation spécifique pour développer les compétences reste à prévoir avec la mise en place d'un tutorat. L'objectif n'est pas que toutes les IDE soient expertes mais augmenter le nombre de personnes sur lesquels ces activités reposent car il reste restreint.

L'analyse des activités n'a pas été encore effectuée pour les consultations du rez-de-chaussée. Cependant, il faut la prévoir dès juin afin d'avoir un point de départ et d'identifier le potentiel des soignants grâce à l'évaluation de leurs compétences aux situations prévalentes.

### 3.4.3 La mobilité

Même si l'absentéisme est peu important d'environ 6% en moyenne et stable en 2014 et 2105, le changement d'organisation s'impose en gardant une expertise des soignants comme l'indique les médecins afin d'améliorer le parcours patient et d'anticiper au mieux l'hospitalisation ainsi que la sortie. De plus, la coordination des temps paramédicaux et médicaux s'accompagne du parcours professionnalisant des soignants et se définit par une mobilité des soignants au sein des consultations. Mireille San Julian<sup>49</sup> précise « *Donner une signification à la mobilité, c'est donner de la motivation, donner une base solide à l'action à entreprendre, avoir un mobile pour bouger. La mobilité consiste à se mobiliser pour passer d'une certaine qualité à une autre supposée meilleure* ».

La mobilité s'inscrit donc dans un processus qui associe différents facteurs : le mouvement, l'acte volontaire, la motivation, la relation entre l'organisation et la dynamique de mobilité des agents. Il existe différentes formes de mobilité. Selon Nicole Raoult<sup>50</sup>, trois dimensions principales caractérisent la mobilité :

La mobilité horizontale ou professionnelle qui s'inscrit dans une dynamique de développement de compétences et s'illustre par l'exemple des IDE hygiénistes, c'est un changement de nature de travail.

La mobilité verticale ou catégorielle définie par une promotion concerne les IDE qui accèdent à des spécialisations comme IDE puéricultrice, IDE anesthésiste, IDE bloc

---

<sup>49</sup> SAN JULLIAN M. : « Pour faire de la mobilité une bonne affaire » Objectifs soins, Décembre 2000, n°91, p.11

<sup>50</sup> RAOULT N. : *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, Editions L'Harmattan, 1991, p.242



opérateur ou à des fonctions d'encadrement comme cadre de santé dans les unités de soins ou cadres formateurs et correspond à un changement de statut hiérarchique.

La mobilité d'environnement qui reste la plus fréquente représentée par l'affectation d'IDE dans une nouvelle unité de soins, c'est un changement d'appartenance organisationnel. La mobilité s'appuie en conséquence sur l'évaluation des situations de travail notamment afin de pouvoir établir le socle commun de compétences ainsi que les spécificités ainsi la mobilité va reposer sur les socles communs. De plus, la mobilité demeure un véritable enjeu stratégique<sup>51</sup> dans notre environnement mouvant et permet le développement des compétences et une meilleure adaptation des soignants, et par conséquent répond à la flexibilité des organisations.

Les contraintes architecturales subsistent cependant la mobilité des équipes demeure une piste pour optimiser l'adéquation paramédicale à l'activité.

## 4 Un projet porté par le CSS

### 4.1 De la théorie à la pratique

En effet, ce changement d'organisation ne peut s'effectuer et s'accompagner seulement en tenant compte des enjeux organisationnels et donc de faire référence aux 3 dimensions politique, culturelle et fonctionnelle comme l'évoque JP Dumond<sup>52</sup>

#### La dimension politique :

La mise en place des GHT et annonçant le CHV comme établissement support en démontre la place primordiale du CHV sur le territoire. Toutefois, le CHV étant en PRE, il en résulte des incertitudes pour les soignants. Cependant, la position du CHV sur le territoire reste un atout essentiel à l'accompagnement du changement d'organisation afin de garantir un parcours de soins pour le patient optimal.

#### La dimension culturelle :

Elle s'articule autour des pratiques sociales, des valeurs et des coutumes et reste ainsi importante à prendre en compte puisque les consultations de chirurgies ont une organisation actuelle par spécialités. La notion d'appartenance reste à élargir à l'ensemble de consultations.

#### La dimension fonctionnelle :

---

<sup>51</sup> Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, Dossier ANAP, 2011, disponible sur <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>, consulté le 11/11/15.

<sup>52</sup> Cours DUMOND J-P., MOS 15-16, Les organisations de santé « La Grande transformation Hospitalière », p.140

JP Dumond<sup>53</sup> la définit comme « le fait qu'une organisation est une entité au service d'une mission qu'elle vise à remplir », la mission se définit par la production de soins. Les consultations de chirurgies organisées par spécialités, cloisonnent les soignants dans leurs compétences. Mon rôle de CSS est de veiller au développement des compétences des soignants mais également de veiller au maintien des compétences acquises. Le parcours professionnalisant doit s'inscrire comme un atout dans ce changement d'organisation.

#### Autres enjeux :

La communication reste l'élément incontournable dans l'accompagnement du changement d'organisation. En effet, la communication est un outil indispensable dans la conduite du changement, néanmoins, cela n'est pas sans difficultés. En effet, les limites résident dans le fait que les informations peuvent être éparpillées, mon rôle de CCS reste d'être vigilante afin d'informer au plus près le CDS afin de diminuer les incertitudes. Il est donc nécessaire que j'accompagne et supervise le CDS tout le long du projet.

## **4.2 Méthodologie étape par étape**

### **4.2.1 La communication aux CDS et aux médecins**

L'émergence du projet a eu la validation de la direction des soins et de la DRH ainsi que la direction travaux et de la performance au regard du contexte actuel du CHV, il s'appuie sur le développement des compétences des soignants et l'anticipation du parcours patient dès la consultation.

Ce projet n'a de sens ni de perspectives positives que s'il est porté par le CDS des consultations et la Cadre sage femme et soutenus par l'ensemble des CDS des unités d'hospitalisations. Lors des réunions des CDS mensuelles en collaboration avec le Cadre de pôle, il m'a fallu argumenter tant sur son amorce que sur ses intentions. Après une légère opposition, les différentes réunions m'ont permis de transmettre les objectifs du projet et ainsi à amener les CDS à adhérer à ce projet.

Je travaille donc plus particulièrement avec la CDS des consultations pour mener à bien ce projet avec des rdv hebdomadaires.

La présentation au chef de pôle médical était incontournable, son adhésion fut rapide, j'ai donc eu son soutien pour présenter les différents axes en bureau de pôle. Les entretiens avec chaque chef de service m'ont permis de découvrir leur point de vue sur la

---

<sup>53</sup> Ibid

mise en place d'activités communes. Cependant, la formulation de questions ouvertes aurait permis de laisser les réponses plus libres.

La communication aux partenaires sociaux doit s'effectuer en parallèle tout le long du projet et représente un soutien dans la réorganisation.

#### **4.2.2 L'analyse des activités**

Mon rôle est d'accompagner le CDS afin qu'elle effectue cette analyse et en prenant en compte des activités réelles. La première étape s'est effectuée avec l'aide des consultants internes, il reste cependant à effectuer la même analyse auprès des consultations d'ORL, d'OPH et de stomatologie.

L'analyse des activités dans un premier temps s'avère primordial afin de savoir ce que les soignants exécutent réellement et de pouvoir identifier le différentiel entre le travail prescrit que l'on retrouve dans les fiches de postes et le travail réel car tout le travail n'est pas référencé dans la fiche de poste.

Cette 1ère étape nous permet d'identifier et d'effectuer une cartographie des activités réelles. Cette analyse s'est effectuée en collaboration avec les consultants externes ainsi que l'élaboration de l'outil de recueil. Ce dernier construit afin d'obtenir la représentation réelle de leurs activités par soignant : le temps passé par activité, le degré de priorité, si la tâche pouvait être reportée ou effectuée par un autre agent. Dans un premier temps, nous avons fait le choix de restreindre cette analyse à l'ensemble des consultations du 1er étage : orthopédie, urologie, digestif et gynécologie.

L'exploration de l'audit a été complexe, nous nous sommes aperçu que la limite de ce recueil était trop ouvert, ainsi les soignants n'ont pas employé les mêmes termes pour définir une activité et n'ont pas rempli le critère de priorité de l'activité. C'est pourquoi, un temps d'échanges avec les soignants et la CDS s'est imposé afin de pouvoir regrouper des activités et de simplifier l'analyse.

Cette analyse permet d'effectuer une cartographie des activités en consultations et nous montre des actes communs à l'ensemble des consultations comme la programmation, les soins techniques, l'appui aux consultants et l'accueil. Suite à cet audit, je vais m'attacher à mettre en place 2 activités communes : la programmation et l'accueil notamment auprès des consultations du 1er étage à l'échéance fin janvier 2017 après le déménagement des consultations de gynécologie avec l'adhésion du CDS et des médecins.

### **4.2.3 L'évaluation des compétences**

Leurs évaluations sont déterminantes dans le changement d'organisation. La cartographie des compétences est un outil permettant d'évaluer le personnel par les situations de travail réelles et non pas seulement de parler du travail. Elle se construit par l'entretien annuel qui permet de parler du travail réel et de déterminer les objectifs mais également par une auto-évaluation par les pairs des situations prévalentes. Ainsi, nous avons effectué une première auto-évaluation des IDE, cette dernière est réalisée par activités sur l'ensemble des consultations, cela permet d'identifier les niveaux des compétences et d'identifier le potentiel des IDE par activités et par spécialités.

La campagne d'évaluation débutera dès juin et permettra au CDS une première approche afin de mettre en place une cartographie des compétences. L'entretien individuel permet d'échanger entre le CDS et le soignant sur les pratiques professionnelles et les besoins en formations. L'outil institutionnel constitue une base de travail même si celui-ci ne répond pas complètement aux situations de travail sur lequel la CDS va pouvoir s'appuyer.

Dans un second temps, le travail consistera à identifier les situations de travail prévalentes en s'appuyant sur l'émergence des activités communes comme la programmation et l'accueil puis sur les autres situations de travail comme la prise en charge d'un patient pour un pansement nécessaires sur l'ensemble des consultations.

Les situations de travail prévalentes ainsi identifiées permettront de pouvoir mettre en place une évaluation par les pairs qui seront identifiés par la CDS ainsi qu'une autoévaluation. Les situations de travail permettront d'évaluer les compétences de chaque soignant et d'élaborer une cartographie des compétences. L'évaluation s'appuie ainsi sur la mobilisation des différents savoirs : le savoir théorique qui repose sur les connaissances d'une part et d'autre part le savoir pratique qui repose sur l'expérience avec comme axe commun le savoir procédural et ainsi évoluer vers le savoir faire.

### **4.2.4 L'accompagnement des nouvelles représentations**

Cette cartographie de compétences restera à finaliser au plus tard au dernier trimestre 2016 pour permettre la mise en place des activités communes durant le 1er trimestre 2017.

Le 1er enjeu pour le CDS est d'identifier les acteurs ayant un potentiel pour accéder à ces compétences pour définir les besoins en formations de ces agents. Afin d'accompagner étape par étape, repérer les agents qui pourront s'inscrire dans une mobilité grâce à leur potentiel est une priorité. Ainsi par la mobilité, les soignants vont

pouvoir développer leurs compétences et acquérir une polyvalence de certaines compétences. Valoriser cette mobilité est mon rôle de CSS en collaboration avec le CDS ainsi qu'identifier des agents qui peuvent les former par tutorat.

La mise en place de la mobilité passe pour le CSS et le CDS par une reconnaissance et un accompagnement de la dynamique identitaire des soignants, et ainsi travailler avec eux sur les gains et les pertes par rapport au travail actuel.

Le second enjeu est donc pour le CDS, la modification de la dynamique identitaire du groupe, en tant que CSS, mon rôle est de l'accompagner pour organiser ces réunions pluri-professionnelles avec l'ensemble des agents et la présence des chefs de service pour construire cette nouvelle organisation et représentation du parcours patient. Ces réunions permettront de déterminer les responsabilités de chacun avec la mise en place d'outil spécifique de traçabilité tout le long du parcours du patient. Une première réunion est à prévoir début juin pour la présentation de l'ébauche de l'outil de traçabilités qui est actuellement en construction.

Accompagner la régulation de la dynamique identitaire est primordial pour accompagner ce changement, je superviserai le CDS dans la mise en place de cycles de travail précis déterminant le nombre de jour à l'activité commune. Harmoniser les pratiques et donc incontournable et s'effectuera en collaboration avec l'équipe de l'ensemble des consultations du 1er étage, ainsi nous construirons les logigrammes permettant l'activité commune et les activités spécifiques.

Construire avec l'équipe pluri-professionnelle la mutualisation de ces activités communes est fondamental et passera par une écoute privilégiée notamment par le choix de l'emplacement de l'accueil et du bureau de programmation.

#### **4.2.5 Les outils de pilotage**

Nous pourrons avec le CDS nous référer au nouveau logiciel RH mis en place depuis janvier 2016, en suivant mensuellement les agents participants aux activités communes avec la création d'un code spécifique au poste, ce qui permettra d'avoir une vision et une traçabilité des personnes qui seront à ces postes afin d'être égalitaire.

La qualité de vie au travail reste un indicateur à prendre en compte, pour les équipes pluri-professionnelles, il est important de pouvoir exprimer les difficultés rencontrées. Mettre un outil en place qui permettrait de les recueillir est à penser afin de pouvoir les traiter ensemble au moins 1 fois par trimestre et mettre des actions en place.

La création d'indicateurs reste à élaborer en collaboration avec l'équipe pluri-professionnelle notamment la création d'un questionnaire de satisfaction pour les patients

qui sera spécifique aux consultations de chirurgies avec l'appui du service qualité et du CSS responsable consultations en transversal, il pourrait s'effectuer par voie électronique comme certains établissements le font déjà.

Des indicateurs spécifiques avec la mise en place d'audit de dossiers pour la traçabilité par exemple de la vérification de l'identité du patient.

Le suivi des FEI spécifiques des consultations afin de pouvoir mettre des actions en place selon les problématiques.

Le suivi de l'absentéisme reste incontournable, il s'effectuera en collaboration avec la DRH.

#### **4.2.6 Les impacts de la réorganisation**

La qualité de vie au travail est un élément primordial à prendre en compte dans le suivi du changement d'organisation, en effet, une densification des tâches reste indéniable.

L'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle, efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, accomplissements de tâches de traitement d'informations, mais aussi pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, délai, qualité d'exécution, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie et à la gestion des relations avec les collègues et les tiers, génèrent une contrainte psychique de charge mentale : celle-ci est cumulative tout au long de la vie professionnelle <sup>54</sup>.

Ce changement d'organisation se rajoute aux contraintes financières actuelles et aux changements déjà débutés avec les impacts existants dans la réorganisation des ASH. En parallèle de cette réorganisation, le projet de réorganisation des AMA au niveau institutionnel, la charge mentale, l'incertitude, la qualité de vie au travail reste actuellement un point de vigilance à prendre en compte.

#### **4.2.7 Les indicateurs de réussite**

L'évaluation du projet s'effectue à l'aide des indicateurs mis en place cités ci dessus, et surtout par la réalisation d'avoir la bonne personne au bon endroit c'est à dire

---

<sup>54</sup>La notion de charge mentale au travail disponible sur [http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossid=463](http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossid=463), consulté le 19/03/16

avoir la personne compétente qui puisse s'adapter à l'activité. En effet, cette réorganisation suppose que nous avons accompagné les agents à pouvoir développer leurs compétences, d'avoir pu mettre en place une mobilité au sein des consultations avec la mise en place des activités communes.

La satisfaction des patients est indispensable et s'évaluera par le questionnaire mis en place.

Comme nous l'avons évoqué auparavant, la qualité de vie au travail demeure primordiale, des réunions pluri professionnelles, trimestrielles permettront de pouvoir réajuster le projet selon les problématiques ou de mettre en avant les effets positifs.

#### **4.2.8 L'expérience d'autres établissements**

Les expériences des autres établissements sont souvent importants à prendre en compte pour pérenniser l'organisation que l'on met en place ce qui est équivalent au bench marking que les cabinets de consultants auditeurs effectuent. J'ai interrogé des CDS travaillant dans des établissements de l'Île de France, de taille équivalente au CHV. Dans le 1er établissement, les consultations médico-chirurgicales sont réorganisées depuis 2013 au sein d'un département des consultations sous la responsabilité d'un CDS, les Cadres de pôle sont en lien fonctionnel avec ce dernier. Elles comprennent l'ensemble des consultations exceptées celles de gynécologie, obstétrique et pédiatriques qui dépendent du pôle mère-enfant. Le Département de consultations comprend plusieurs ailes de chirurgies et de médecine. Différents accueil et orientation sont tenus par des agents d'accueil qui sont chargés d'enregistrer les patients. Depuis 2013, la gestion par un seul CDS a permis de mettre en place une mobilité des IDE au sein des consultations de chirurgies et effectuent des activités relevant de leurs compétences comme les pansements, les prélèvements, la gypsothérapie. L'activité de programmation s'effectue par des AMA essentiellement ce qui impactent l'organisation en hospitalisation parfois de façon négative par des erreurs effectuées comme l'identitovigilance ou de consignes en pré-opératoire. Quant à la gestion des vacations, elles s'effectuent en collaboration avec le bureau des RDV et la CDS des consultations en collaboration avec les médecins. La gestion des salles est effectuée par la CDS. La mise ne place d'un guide des consultations et d'un plan disponible sur internet permet au patient de connaître les pièces administratives qu'il doit apporter ainsi que le déroulé de son parcours en consultation.

Pour le second établissement qui est actuellement en fusion, les consultations de chaque spécialité sont encore sur les différents sites. Sur un des sites, les consultations

médico chirurgicales sont sous la responsabilité d'un CDS. Cependant, il gère les salles polyvalentes et l'équipe paramédicale, les AS réalisent des activités d'accueil ou d'appui au consultant pour les internes d'orthopédie et les IDE exécutent essentiellement des activités relevant de leurs compétences comme les pansements ou cystoscopies ou endoscopies en ORL. La mobilité se réalise sur différentes spécialités mais par secteurs du fait de leur localisation. Les IDE sont polyvalentes, sur les trois consultations ORL, la stomatologie et l'OPH qui se situent au 1er étage. Les autres consultations de chirurgies (orthopédie, digestif et urologie) sont localisées au 5ème étage et représente un autre où la mobilité s'effectue. Les activités de programmation et l'appui au consultant sont effectuées par les AMA des unités de soins qui sont présentes lors des consultations. Quand à la gestion des vacances, elle s'effectue en lien par spécialité avec le BCRV. La polyvalence des IDE est bien présente

L'organisation du 1er établissement s'apparente à l'organisation actuelle du CHV excepté l'accueil, ainsi que les activités des IDE. Pour le 2ème établissement, la problématique des locaux ressemble à ceux du CHV, cependant la mobilité des IDE s'effectue sur des secteurs restreints et démontre la présence de la polyvalence possible. Ainsi, cela me conforte à mettre en place l'accueil mutualisé et la programmation. Cette dernière peut être effectuée par des IDE notamment par leur formation initiale où elles peuvent répondre aux inquiétudes des patients et par leurs connaissances du parcours patient et permettent ainsi d'anticiper les questions des patients. De plus, maintenir la programmation aux IDE permet également au niveau de l'institution, de pouvoir accompagner les personnes en restrictions médicales.



## Conclusion

Ce projet s'inscrit dans la politique de gestion des ressources humaines du CHV actuellement en PRE et également dans l'évolution du parcours patient. Le développement de la chirurgie ambulatoire, la réduction de la DMS dans les autres unités entraînent une anticipation maximale de la prise du patient. Mon rôle en tant que CSS est d'accompagner les CDS à faire évoluer cette anticipation de cette prise en charge des patients en m'assurant d'avoir des soignants compétents. Ainsi, mettre en adéquation le personnel paramédical compétent selon l'activité liée très souvent aux présences des médicaux demeure une priorité afin d'être efficient.

Le management par compétences demeure le point clé dans la gestion des ressources humaines. Le parcours professionnalisant est pour le manager la possibilité de professionnaliser son personnel et de les conduire à développer leurs compétences.

Ainsi, une fois les agents formés aux différentes activités, accompagner la mobilité répond à cette flexibilité que nos organisations demandent et répondre à avoir le bon agent au bon endroit.

Ce projet repose sur l'ensemble des consultations de chirurgie notamment pour la mobilité et la mise en place des parcours professionnalisant, il pourrait être transposable aux consultations de médecine. En effet, la mise en place d'activités communes notamment comme l'accueil, pourrait être centralisée sur l'ensemble des consultations de chirurgies et de médecine.

Et au delà des consultations de chirurgie, la mise en place d'un accueil centralisé qui a pour mission de vérifier l'identitovigilance pourrait être transposable aux unités d'hospitalisations de chirurgies. En effet, comme nous l'avons dit les soignants sont très souvent coupés dans leur travail ce qui apparaît comme un risque de stress, s'ajoute l'impact du projet de diminution de lits, la création du salon pré opératoire dans l'unité de court séjour chirurgical, l'accueil des patients tout le long de la journée, un agent d'accueil pourrait être une piste afin de pallier à ces missions d'identitovigilance dès l'accueil du patient.

## Bibliographie

### Ouvrages :

ALTER N. *Donner et prendre, La coopération en entreprise*. Editions la Découverte. Paris. 2009. 225p.

AUTISSIER D, MOUTOT J-M. *Méthode de conduite du changement : Diagnostic Accompagnement Pilotage*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris. Dunod. 2013, 252 p.

BERNOUX P. *Sociologie du changement, Dans les entreprises et les organisations*. Points essais. Editions du seuil. 2004, 368p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Points essais. Editions du seuil. 2009. 466p.

LE BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions d'organisation. 2006. 272p.

MINET F. *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*. Paris. L'Harmattan. 1995. 157p.

NIZET J et PICHAULT F. *La coordination du travail dans les organisations*. Paris. Dunod, 2012, 114p.

RAOULT N. : *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, Editions L'Harmattan, 1991, 285p

### Textes législatifs :

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30/01/16

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 11/11/15

Liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (classification commune des actes médicaux (CCAM), nomenclature générale des actes médicaux (NGAP), Arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, consulté le 13/03/16. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000835384&categorieLien=id> :

Article L.1434-7 du code de la santé publique, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 23/01/16

Circulaire Plan ONDAM N° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé disponible sur [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir\\_39565.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39565.pdf), consulté le 13/03/16

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 30 janvier 2016

Parcours coordonné du patient, 2009, consulté le 23/03/16, sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf)

Décision n°2015.0151/DC/SCES du 10 juin 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant modification de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique, consulté le 30/01/16.

### Mémoires, enquêtes, rapports :

Améliorer la gestion des ressources humaines, Mobilité professionnelle, Dossier ANAP, 2011, disponible sur <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-mobilite-professionnelle/>, consulté le 11/11/15.

CROZET, P ; KAANICHE, A ; LIENARD, J (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. Politique et management public. Volume 26/2, sur <http://pmp.revues.org/1366>, consulté le 11/11/15.

DUBAR C. : « La Socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles », disponible sur <http://mipms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier>, consulté le 30/01/16

La notion de charge mentale au travail disponible sur [http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail\\_dossier\\_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossierid=463](http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossierid=463), consulté le 19/03/16

Projet Régional de Santé, 2015 sur le site PRS, disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/organisation-des-soins/>, consulté le 13/11/15.

Plan triennal et déclinaison régionale du 26 mai 2015 disponible sur <http://ct.sante-iledefrance.fr/downloads/documents-de-referance-seine-saint-denis/page/3/>, consulté le 13/03/15

Rapport : Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, 2014, disponible sur [http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp\\_chirurgie-ambulatoire\\_rapport.pdf](http://www.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/epp/epp_chirurgie-ambulatoire_rapport.pdf), consulté le 13/03/16.

Philippe Maurice Mémoire 'intégration des nouveaux diplômés infirmiers : rôle et enjeux pour le directeur de soins disponible sur <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ds/maurice.pdf>, consulté 14/02/16

SAN JULLIAN M. : « Pour faire de la mobilité une bonne affaire » Objectifs soins, Décembre 2000, n°91, consulté le 11/11/15

Synthèse Projets médicaux territoire 78.1. Agence Régionale de l'Hospitalisation Ile de France, 2008, consulté le 11/11/15.

### Cours :

DUMOND J.P Paul. Cours « Les organisations de santé, La Grande Transformation Hospitalière », 2015, 2016.

WINLING C. Cours « Droit au travail » MOS 2015-16

MARCHAND X. Cours « Gérer les compétences : la mobilité » MOS 2015-16

MARCHAND Xavier. Cours « analyser l'existant : les pratiques professionnelles » MOS 15-16

### Sources internet :

[http://cartographie-hospidiag.atih.sante.fr/GC\\_preport.php?lang=fr&codgeo=11S0000003&nivgeo=ts&id\\_rep=r01](http://cartographie-hospidiag.atih.sante.fr/GC_preport.php?lang=fr&codgeo=11S0000003&nivgeo=ts&id_rep=r01), consulté le 13/11/15

<http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/estim-pop/pyramide/pyramide.htm?p1=d78&p2=rfe&annee=2015>, consulté le 1/03/16

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau\\_local.asp?ref\\_id=POP&millesime=2012&typgeo=DEP&search=78](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau_local.asp?ref_id=POP&millesime=2012&typgeo=DEP&search=78), consulté le 1/03/16

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.hospimedia.fr>,

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>, consulté le 23/01/16

## **Annexes**

Annexe 1 : organigramme du pôle

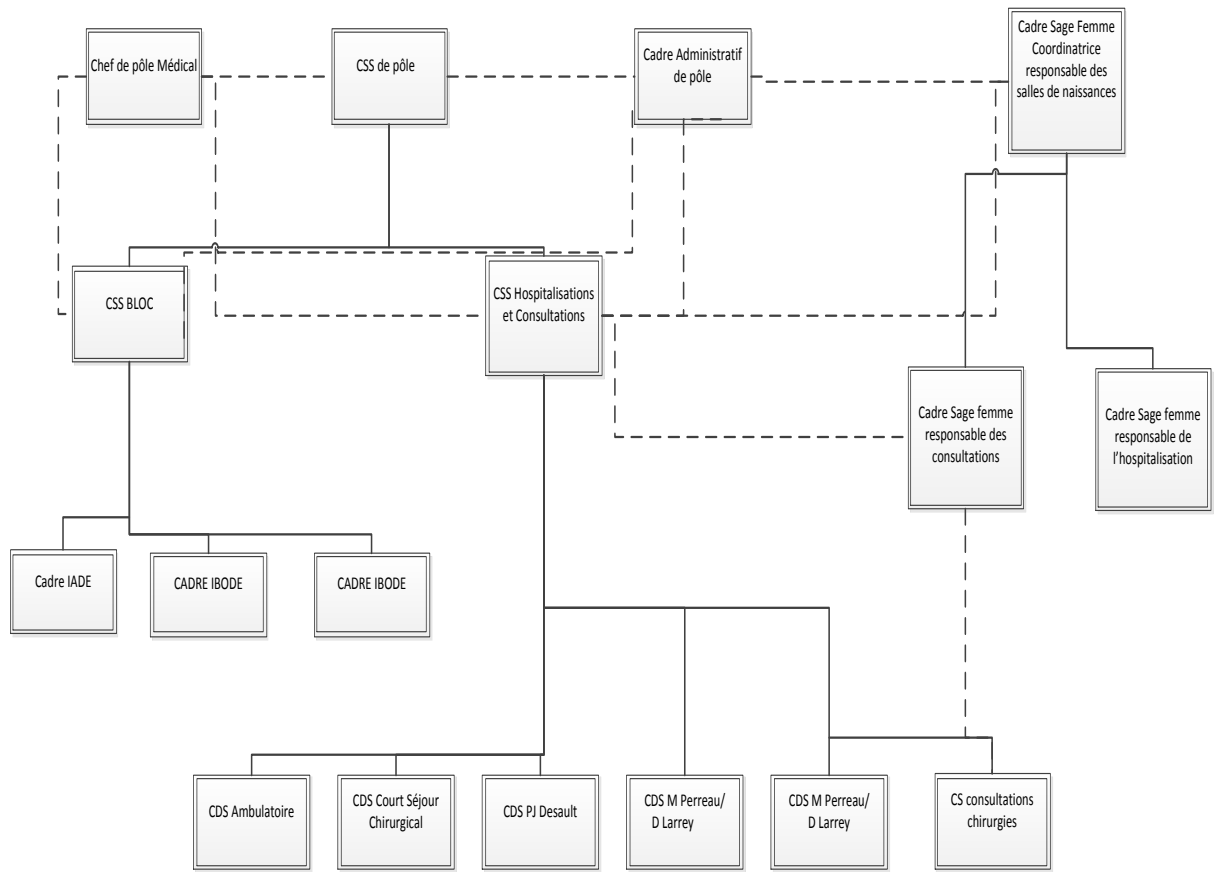
Annexe2 : Plans des consultations

Annexe 3 : Grille d'entretien des médecins

Annexe 4 : Tableau d'autoévaluation IDE

# Annexe 1

Organigramme Pôle ABCDO



(  
Lien fonctionnel  
)

(  
Lien hiérarchique  
)

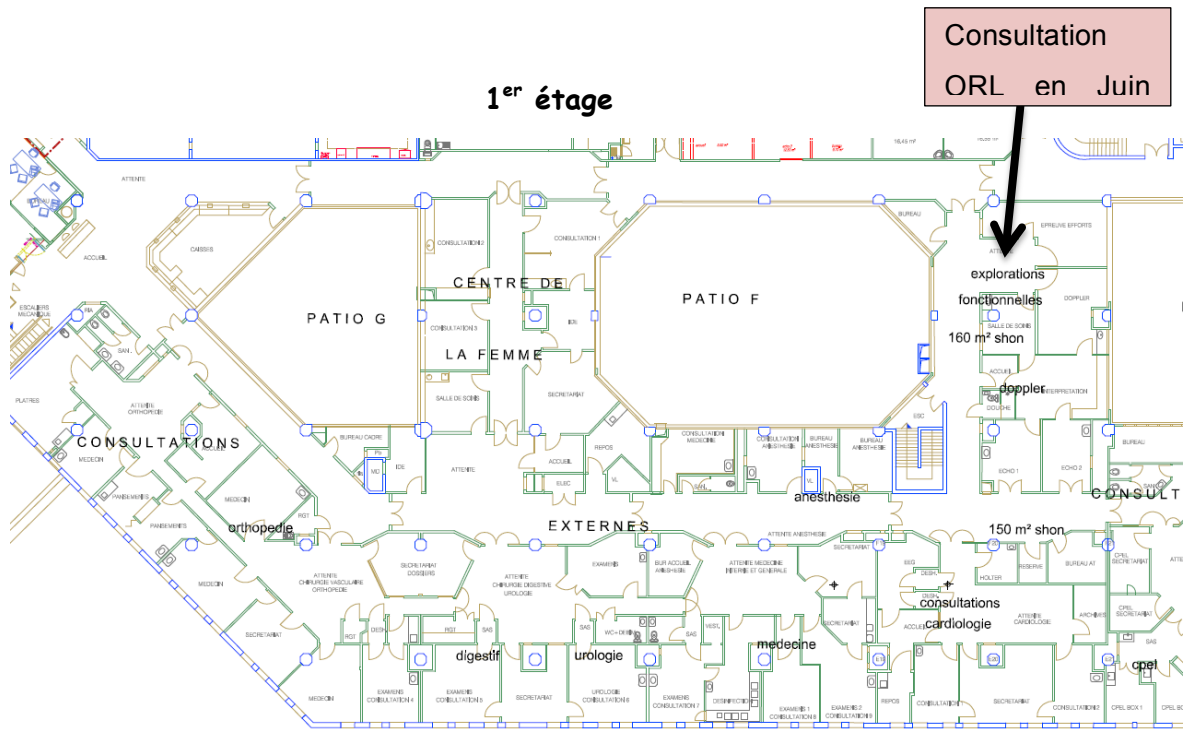
Organigramme Pôle ABCDO

## **Annexe 2**

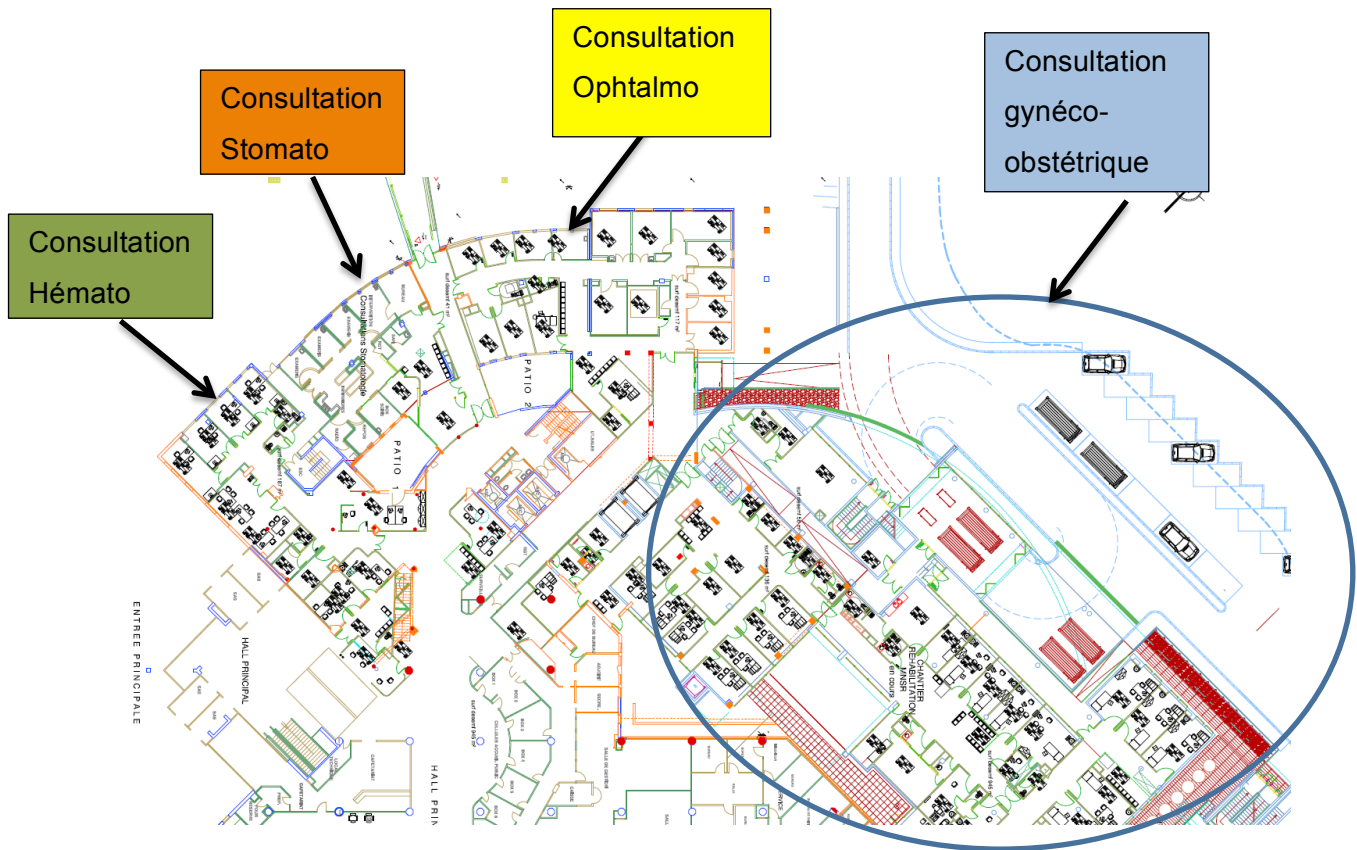
Plan des consultations



# Plan des consultations



Consultation  
ORL en Juin



## **Annexe 3**

Tableau d'autoévaluation IDE

## Auto évaluation IDE consultation

Le

Nom

Prénom

Ancienneté au poste :

Programmation	Endoscopies ORL	Pansements	Gypsothérapie	Sondage U	Annonce
1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4
Débitométrie	Cystoscopies	Hystérocopies	Bistouri électrique	IVT	chalazion
1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4
Staffs médicaux	Cs anesthésie	Appui consultant	IVG		
1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4	1. 2 .3 .4		

Merci de remplir en entourant si vous rendez version papier ou en mettant en rouge version informatique le chiffre correspondant :

1= à améliorer, 2=pratiques courantes, 3=maitrise 4= expertise

Commentaires si vous le souhaitez:

Françoise Clergue

## **Annexe 4**

Grille des entretiens avec les médecins

# Manager l'optimisation des consultations de chirurgies

## Entretiens pour les médecins

Actuellement, étudiante en master de management des organisations soignantes, mon sujet de projet managérial est centré sur l'optimisation des consultations de chirurgie.

1. Quelle évolution est envisagée pour votre activité en consultation
2. Existe t-il de la concurrence ?
3. L'organisation de la consultation actuelle vous convient-elle ?
4. Quelle serait votre organisation optimale ?
5. Que faudrait-il changer impérativement ?
6. Quelles seraient vos propositions d'organisation avec les différents paramédicaux?

# Master Management des Organisations Soignantes

## M2MOS@15-16

### TITRE DU DOCUMENT

Manager l'optimisation des consultations

### AUTEUR

Françoise CLERGUE

### MOTS CLÉS

Parcours professionnalisant. Développement des compétences. Parcours patient. Mobilité

### KEY WORDS

Career Path. Skills development. Patient pathway. Flexibility.

### RÉSUMÉ

Dans le contexte socio-économique des établissements de santé, l'optimisation de la gestion du personnel est incontournable notamment dès lors que l'institution est en de plan de retour à l'équilibre financier. Le développement de la chirurgie ambulatoire est primordial pour répondre aux attentes politiques de santé. De fait, la réflexion du parcours patient s'impose, avec notamment l'anticipation de la prise en charge du patient ainsi que de son devenir. L'objectif de diminuer la durée de moyenne de séjour impacte donc le parcours patient dès les consultations de chirurgies. L'optimisation des consultations est donc de mettre en adéquation les ressources paramédicales et médicales. Aussi pour optimiser les ressources, il est nécessaire de mettre en place des activités mutualisées au sein des différents secteurs des consultations de chirurgies. Les activités spécifiques demeurent importantes pour assurer une prise en charge des patients de qualité. Après une première analyse fine des activités, l'objectif est donc d'une part de développer des compétences soignantes en créant un parcours professionnalisant pour les soignants, et d'autre part de garantir une prise en charge efficiente de qualité. Ainsi, une mobilité des soignants munis des compétences requises pourra s'effectuer plus aisément en coordination avec les médecins présents.

### ABSTRACT

Considering the health establishments' socio - economical situation, staff management optimisation is essential even more when the institution's financial balance is at stake. The development of Ambulatory surgery is essential to meet the expectations of current health policies. Therefore, the patient pathway must be reassessed focusing especially on anticipating their care as well as their outcome. Reducing the average stay is an objective that impacts the patient pathway starting from the surgery consultations. The optimisation of resources requires the sharing of paramedical and medical resources. Sharing Activities' within the different sectors of surgery consultations should enable to optimise resources. To ensure quality patient care, specific activities remain very important. After first detailed analysis, the objective is first to broaden nursing skills via training for the carers and second to secure qualitative and efficient patient management. Ultimately, the flexibility of healthcare professionals with relevant skills can be easily achieved in connection with the doctors involved.