



FACULTÉ
DE MÉDECINE



Master 2^{ème} année Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

« Chaque hôpital doit-être responsable de sa réorganisation » Agnès BUZYN

**Le « hub » levier de performance architecturale et
du management.**

ECUE 3.2

**I.ROBINEAU-FAUCHON
D.LETOURNEAU**

MAHLAL Salim
Année 2018/2019

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Mes remerciements vont à mon père qui a toujours cru en moi,
à ma famille avec laquelle je n'ai pas été très disponible ces derniers temps,
à la direction de l'Hôpital privé d'Antony qui m'a permis d'entreprendre ce cursus universitaire,
à mes collègues toujours curieux de l'avancée de mon projet et dont les encouragements m'ont été fort réconfortants,
à l'équipe pédagogique de l'ESM pour la qualité des enseignements et leur soutien.

PREFACE

Lors d'une interview accordée à la presse¹ le 8 avril 2018, Agnès Buzyn ministre des Solidarités et de la Santé, annonce les grandes lignes de sa réforme du secteur hospitalier en France.

Le titre de l'article « Chaque hôpital doit se poser la question de sa réorganisation » est fort évocateur, il sous-tend une injonction aux acteurs de terrain, celle d'améliorer les organisations internes des établissements de santé.

A grand renfort de lois et d'ordonnances, les réformes du système de santé ont permis de conduire le changement et la recomposition de notre paysage hospitalier.

Plus que la volonté d'améliorer la restructuration et la planification de l'offre de soins, ce sont les modèles de financement, les innovations et les progrès en santé qui ont permis d'imposer les modifications au sein de nos établissements de santé, tant dans leur forme, que dans la durée des séjours.

De réforme systémique, les puissances publiques modifient les règles « du jeu », les établissements de santé doivent alors répondre à une équation difficile, celle de « Répondre aux besoins de santé dans un contexte de contrainte géographique et démographique, répondre aux exigences de qualité et sécurité des soins, et enfin, s'adapter à des conditions médico-économiques de plus en plus restreintes »²

Changer les règles suffit-il à faire évoluer les organisations et les comportements ?

Parler d'organisation et de changement est une représentation subjective. La position particulière occupée par chacun dans le système amène des réflexions et représentations différentes. Ces différences empreintes d'agrégation sont la clé de voûte d'une politique d'établissement réussie. Être « responsable de sa réorganisation », implique de mesurer et prendre en considération les impacts des transformations politiques et sociétales dans notre environnement. C'est surtout un pragmatisme -au sens philosophique du terme- qu'il nous faut mettre à toute épreuve !

Et pour cause, prenons pour exemple des sujets qui font régulièrement la Une de l'actualité sociale : la souffrance au travail en milieu hospitalier, l'intensification du travail, l'usure professionnelle, la perte de sens, sont autant de termes décrits et amplement développés dans de nombreux travaux. Concevoir de nouvelles organisations inclut la prise en compte de nombreux paramètres et la prise en considération de ses collaborateurs.

Au-delà des débats politiques, il faut considérer l'expression favorable de la reconnaissance de l'implication des acteurs de l'hôpital pour innover dans les organisations et en filigrane, celui du management.

¹ Journal Libération. Interview par FAVEREAU E. le 08/04/2018 [en ligne]. Disponible sur https://www.liberation.fr/france/2018/04/08/agnes-buzyn-chaque-hopital-doit-se-poser-la-question-de-sa-reorganisation_16419775 (consulté le 09/10/2018).

²Ministère de la santé et des solidarités. « Nouvelles organisations et architectures hospitalières » [En ligne]. 2011, p1. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf (Consulté le 09/10/2018).

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	3
1 CONTEXTE DU PROJET.....	6
1.1 Les politiques de santé et leur impact sur les restructurations hospitalières.....	6
1.1.1 Notion historique	6
1.1.2 Evolutions des modes de financements des établissements de santé : déviance et impact..	10
1.2 L'exemple de l'Hôpital Privé d'Antony	13
1.2.1 HPA avant 2002	13
1.2.2 HPA en 2002	13
1.2.3 HPA en 2018	13
1.3 Diagnostic de fonctionnement de mon périmètre (étude des flux et activité).....	15
1.3.1 L'UCA	15
1.3.2 La RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie)	18
1.3.3 Les soins externes	20
1.3.4 Les recettes issues des prestations hôtelières.....	20
1.3.5 La problématique de la gestion des flux et l'impact du virage ambulatoire.....	21
1.3.6 Les équipes concernées par la problématique des flux.....	21
1.3.7 Genèse du projet « Hub ».....	22
2 LA GESTION DU PROJET	24
2.1 Méthode et outils.....	25
2.1.1 La mesure de la satisfaction des patients.....	25
2.1.2 Les indicateurs de performance.....	26
2.1.3 La mesure anticipative de l'activité	27
2.1.4 Outil de gestion de projet	27
2.2 Organisation du projet « Hub » ou plateforme d'accueil	28
2.2.1 Description et bénéfices de la nouvelle organisation	28
2.2.2 Les flux ambulatoires	30
2.2.3 Les flux RAAC.....	30
2.2.4 L'hospitalisation complète.....	30
2.2.5 Les soins externes	31
2.2.6 L'architecture du hub et gestion des risques environnementaux.....	31
2.2.7 Réflexion sur le management du projet	32
2.3 Le management du projet.....	34
2.3.1 Le comité de pilotage, l'équipe projet.....	34
2.3.2 L'analyse des jeux d'acteurs et la stratégie des alliés	34

2.3.3	Les freins déclarés et probables.....	35
2.3.4	La conduite du changement selon la méthode d'analyse par scénarios (MDS).....	36
2.4	Evaluation du projet.....	41
2.4.1	Les indicateurs de qualité et de quantité	41
2.4.2	Superviser et améliorer en continu	41
2.4.3	Perspectives après projet.....	42
3	Conclusion	46
	BIBLIOGRAPHIE	48
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

AmbuGIR : score de mesure d'autonomie sur le modèle de la grille AGGIR créé à l'hôpital privé d'Antony pour anticiper la prise en charge des personnes dépendantes en chirurgie ambulatoire

AmbuGO® : contraction de Ambulatory Going, marque déposée par le groupe définissant le parcours à pied du patient.

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ATI : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CPT : Communauté Professionnelle de Territoire

FACO : Fiche d'Auto Contrôle de l'Opéré

GHS : Groupe Homogène de Séjours

GHM : Groupe Homogène de Malades

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

HUB : 1. Informatique Appareil relié à plusieurs machines en réseau, et permettant de concentrer les données pour les transmettre par un unique canal.
2. Aéronautique, plate-forme, dans un aéroport, réunissant des lignes en correspondance.

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

IFAQ : Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine, Chirurgie Obstétrique

MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier

RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie

SE : Soins Externes

STSS : Stratégie de Transformation du Système de Santé

T2a : Tarification à l'Activité

UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

INTRODUCTION

Le paysage de santé en France a subi de profondes transformations. De contraintes géographiques, structurelles et économiques, les établissements de santé ont subi de nombreuses transformations pour répondre aux demandes des tutelles et s'adapter à un contexte économique difficile.

L'avènement des usagers au cœur des hôpitaux et les devoirs de qualité ont entraîné une révolution culturelle au sein des hôpitaux. De manière associée, ces mutations ont un impact sur les dirigeants, managers et collaborateurs de terrain. La sémantique issue du monde de l'entreprise : « le Lean, la performance ou l'efficacité » termes désormais intégrés dans le jargon du secteur de la santé.

Ces termes sont évocateurs de hiérarchie, d'impératifs, de rapidité ou encore d'efficacité. Autrefois, la sphère théologique régissait les hôpitaux, désormais « *Il faut aménager l'espace intérieur de l'hôpital de façon qu'il devienne médicalement efficace : non plus lieu d'assistance, mais lieu d'opération thérapeutique*³ ».

Le virage ambulatoire imposé par les tutelles est un exemple concret de l'avènement de nouvelles pratiques et de considération des impératifs économiques dans les hôpitaux. L'Hôpital Privé d'Antony, établissement de santé privé du groupe Ramsaygds où j'exerce mes fonctions a pris le parti de développer son activité chirurgicale ambulatoire. Les taux actuels de chirurgie ambulatoire sont déjà au-dessus des prévisions de la stratégie nationale de santé. Cette transformation ne s'est pas faite sans heurts et génère des tensions auprès des collaborateurs.

Les organisations professionnelles souffrent de ces tensions, et se posent la question de ce que la structure peut faire pour elles, et le manager la question « Que pouvons-nous faire pour la structure et ses collaborateurs ? »⁴

C'est bien là que se situe le paradoxe du manager, celui de répondre aux impératifs médico-économiques et de tenter de mobiliser les équipes autour de divers enjeux.

L'architecture de l'établissement ne correspond plus à la densité de l'activité ambulatoire. L'espace est contraint, mais avons-nous besoin de beaucoup d'espace ?

La mise à disposition d'un nouvel espace peu étendu en superficie, mais stratégique amène à la création d'un « hub » ou plateforme d'accueil patient qui devra améliorer les flux et également l'expérience patient au sein de l'établissement. L'innovation dans l'exploitation de l'architecture est le corollaire d'un management innovant du projet, base de mon projet managérial.

Ce travail s'articule en deux parties. La première s'attachera à la description et la compréhension de l'environnement réglementaire et des principales réformes qui ont structurellement modifiées les hôpitaux. D'une vision macro à micro, je prendrais pour exemple l'Hôpital Privé d'Antony, dont l'histoire, l'architecture, le statut juridique et le financement de ses activités ont modifié sa structure et la nature même de ses activités. Ces points éclairciront la problématique actuelle des flux.

³ Foucault M., Barret-Kriegel B., Thalamy A. et alii, 1979, *Les Machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*. Paris : Ed Mardaga, 1995, p34.

⁴ Meah, Préfacée par Jean François Mattei. Organisation Hospitalière, approche et expérience. Paris 1ère Ed : Berger Levrault, 2008, p13.

La seconde partie décrira le projet « hub » et la réorganisation inhérente à cette installation. La dimension managériale ne sera pas oubliée. Innover dans les parcours et l'architecture a généré un nouveau mode de management empreint d'intégration.

A l'évidence, il convient de savoir écouter et construire avec les collaborateurs de terrain, les adaptations et les organisations nécessaires au nouveau projet. Il nous faut aussi réfléchir à la façon d'accompagner les organisations de travail d'une situation subie vers une situation choisie et voulue.

Pour cela, la transversalité se doit d'être développée, au même titre que l'intelligence collective dans le but d'atteindre l'excellence au service du patient.

Modularité, flexibilité de l'architecture et des organisations de travail seront les instructions de mon projet managérial, redonner de la vision pour consolider la position de mon établissement et le fédérer en un projet commun.

1 CONTEXTE DU PROJET

La morphologie actuelle des structures hospitalières et des activités a subi à travers l'Histoire de profondes mutations imposées par les tutelles. La volonté de répartir et équilibrer l'offre de soins sur le territoire, la recherche d'efficacité dans la gestion hospitalière et enfin la recherche de maîtrise des dépenses de santé, sont les grands axes qui déterminent encore les choix politiques. Un aperçu historique de toutes ces évolutions est indispensable à tous managers afin de mieux cerner son environnement.

Il est d'usage d'affirmer : « La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ». D'une « vision juridique au nom de la protection sociale à une dimension économique, le système de santé français est très ambitieux »⁵. Conjuguer ces aspects et les réguler, tels sont les enjeux de la politique de santé.

1.1 Les politiques de santé et leur impact sur les restructurations hospitalières

Les politiques de santé « *constituent l'ensemble des mesures qui déterminent le système de santé et l'accès au soin. Elles se traduisent par des objectifs de natures qualitatives et quantitatives* »⁶. Elles recouvrent l'ensemble des moyens techniques, juridiques et économiques qui doivent permettre un accès au soin optimal pour toute la population ainsi qu'une prise en charge de droit déterminée par les besoins de chacun !

Sans avoir la prétention de dresser un historique exhaustif des réformes, je vais en exposer les principaux mouvements qui ont permis d'étayer ma réflexion.

1.1.1 Notion historique

Au sortir de la seconde guerre mondiale, ce droit à la santé sera inscrit dans le préambule de la constitution du 27 octobre 1946 stipulant dans son onzième alinéa que la Nation, « *Garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ».⁷ La socialisation du financement (Sécurité sociale et assurance maladie), aura pour objectif de faciliter l'accès aux soins par l'allègement du poids financier.

Plus de 70 ans plus tard, force est de constater que le modèle souhaité n'est plus en adéquation avec la croissance économique d'après-guerre. Le déficit du financement de notre assurance maladie persiste actuellement et a amené les puissances publiques à

⁵ Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville, Didier Tabuteau . *Traité d'économie et de gestion de la santé*. 2ème Ed. Paris : Edition de science Po, 2012, p13.

⁶ Bernard BONNICI. *La politique de santé en France*. 6ème Ed. Paris : Que sais-je, 124p

⁷ Conseil Constitutionnel. *Constitution de 1946, IVe République, Préambule, XIe aliéna* [En ligne]. Disponible sur <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1946-ive-republique> (consulté le 15/02/2019).

Couty E. « 25. Les restructurations dans le secteur hospitalier » dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, Presses de Sciences Po, « Hors collection », 2009, p. 247-254 [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/traité-d-economie-et-de-gestion-de-la-santé--9782724611144-page-247.htm> (consulté le 09/12/2018).

recourir à un juridisme croissant et contraignant afin d'enrayer et réguler les dépenses de santé.

Le recours au système hospitalier représente à lui seul « plus de 41% de la dépense individuelle des soins et biens médicaux »⁸.

En l'espèce, l'histoire des politiques de maîtrise des dépenses de santé, consacrera de nombreuses restructurations afin de réguler le système hospitalier pour lui donner la forme que nous lui connaissons de nos jours.

Quelques exemples de réformes et lois permettront d'étayer la réflexion en se référant aux seuls aspects structurels et économiques. Aborder la qualité des prises en charges et celle des usagers est une évidence pour tous les professionnels de santé.

L'ordonnance du 30 décembre de 1958, inspirée par le professeur Robert Debré, instaure la création des Centres Hospitaliers Universitaires, mastodontes de la santé, fleurons de l'enseignement et de la recherche médicale. En parallèle, et depuis la création de la Sécurité sociale en 1945, les établissements de santé privés se développent, cependant, l'offre de lits d'hospitalisation sur le territoire n'est pas rationalisée.

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a pour ambition de rationaliser l'offre de soins déjà excédentaire et par voie de conséquence, inflationniste en termes de coût. La planification présente un instrument de régulation de la carte sanitaire. La dispersion dans l'espace de l'offre de soins et la volonté d'en améliorer le maillage, amènent à un nouveau statut des établissements privés la Participation au Service Public Hospitalier. L'approche se limite alors à un recensement quantitatif de l'offre de soins en rapport à des données démographiques.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, conservera la carte sanitaire, mais sera renforcée par le SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins). Ce dernier a pour but de restructurer l'offre de soins, c'est alors que l'on assiste à des fermetures de services de maternité, d'urgences et de chirurgie.

*« En 1994, le ministère de la Santé estime qu'il y a 48 000 lits et places excédentaires en médecine, chirurgie et obstétrique sur un total de 292 000 lits soit plus de 16% des capacités ».*⁹

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, verra la création des ARH (Agence Régionale de l'hospitalisation) comme régulateur au niveau régional en charge de la planification hospitalière.

Cette déconcentration en matière de compétence a pour but de faciliter la restructuration des hôpitaux par la contractualisation et l'évaluation. Ce sera le début des accréditations et des regroupements d'établissements.

D'une offre excédentaire, on souhaite faire valoir la qualité des soins. Toutefois les fermetures et regroupements vont déséquilibrer la proximité des soins. (Sujet toujours d'actualité).

Le plan Hôpital 2007 présenté en 2002, sera le parangon d'une gestion moderne. La conduite des restructurations sera également interne. Le financement des structures hospitalières sera indexé à des objectifs de qualité et d'activité.

⁸ DREES. Les dépenses en santé en 2017, édition 2018. Comparaison internationale des dépenses hospitalières [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/46.pdf>. (Consulté le 03/05/2019)

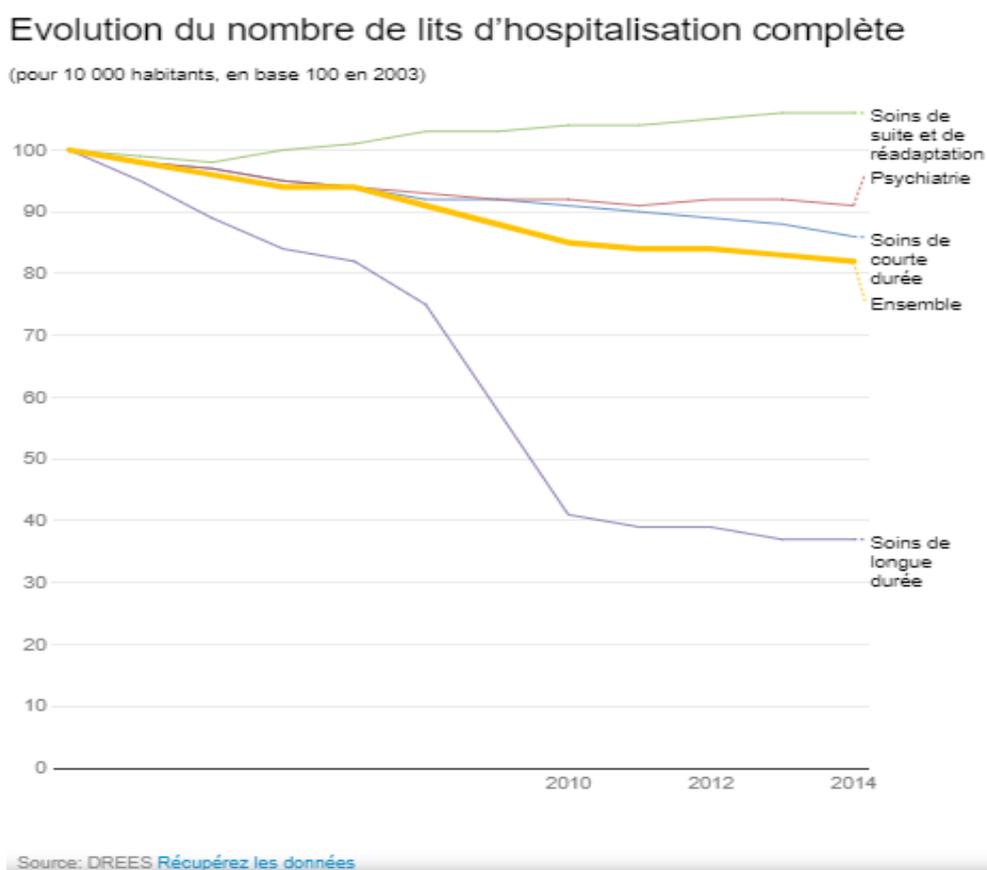
⁹Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville, Didier Tabuteau. Ibid. p18.

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009, consacrera les hôpitaux régionaux et/ou universitaires, et la disparition des établissements locaux. Afin d'étoffer l'offre de soins, les missions de service public seront autorisées sans tenir compte du statut.

Le pacte de confiance en 2012 et la loi de modernisation du système de santé en 2016 suivront, ils s'attacheront à renforcer les coopérations entre établissements, toujours dans une recherche d'efficacité dans la maîtrise des dépenses et l'amélioration de l'offre de soins. Ce fut notamment le cas lors de l'essor de la Chirurgie ambulatoire qui a bénéficié d'incitations financières. Ces pratiques ont permis de réduire les durées d'hospitalisation et le coût engendré par des séjours prolongés.

Le futur projet de loi « ma santé 2022 » annonce de nouvelles perspectives. Le renforcement des liens villes -hôpital. La création de Communauté Professionnelle de Territoire (CPT) pour améliorer le maillage de l'offre de soins. Cette volonté de rapprocher l'offre de soins aura assurément des répercussions sur la structure même des activités en milieu hospitalier.

La recherche de rationalisation aura eu l'effet escompté, L'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), annonce dans une étude que « le nombre de lits décroît de façon significative, aussi bien pour les hôpitaux publics...que pour les hôpitaux privés à but lucratif »¹⁰. Le graphique ci-dessous présente la tendance déclinante de l'offre de lits en hospitalisation.



¹⁰ DREES. Données de cadrage : l'hôpital, évolution du nombre de lits en hospitalisation complète en section hôpital par secteur en taux de croissance annuel moyen (TCAM%). [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf> (consulté le 03/05/2019).

Il en est de même pour les opérations de recomposition. Les fermetures, fusions et coopérations ont modifié la taille des établissements de santé. Ci-dessous une synthèse du nombre des différentes opérations de restructurations hospitalières¹¹.

Tableau 1 : Tableau synthétique des restructurations hospitalières entre 1995 et 2005, par grand type

TYPES D'OPERATIONS DE RECOMPOSITION	Nombre d'opérations de recomposition	Répartition des établissements recomposés par statut		
		Privé Commercial	Privé non Lucratif	Public
Fermetures	199	85%	10%	4%
Conversion de la chirurgie	113	22%	26%	52%
Conversion de l'Obstétrique ou de la Médecine & de l'Obstétrique	126	57%	7%	35%
Conversion du court séjour	98	41%	33%	27%
Conversion de la Médecine	89	40%	26%	34%
Ensemble des conversions	426	41%	22%	37%
Extension d'activités de court-séjour	75	62%	14%	24%
Fusion privé/privé	85	82%	18%	0%
Fusion public/public et public/privé	73	8%	1%	91%
Ensemble des fusions	158	48%	10%	42%
Coopérations entre établ de tous statuts	40	31%	15%	55%
Redistribution d'activité entre plusieurs établ.	59	49%	6%	44%
Ensemble des coopérations	99	42%	10%	49%
Regroupement total sur site privé/privé	46	91%	9%	0%
Regroupement total sur site public/public ou public/privé	18	10%	10%	80%
Total des regroupements	64	70%	9%	21%
Autres	125	29%	20%	52%
Ensemble des opérations de recomposition	1146	51%	14%	34%

Sources : SAE, Finess

Traitements NFT-Juillet 2007

Source : Etude NFT/DEXIA, janvier 2009, p. 3

Le retentissement des réformes, résonne jusque dans l'activité interne des établissements de santé.

La concentration des structures hospitalières, la compression des capacités en lits, ont restructuré les activités.

Ci-dessous un aperçu de l'évolution des activités¹² dans les établissements de santé.

Évolution de l'activité déclarée par les établissements de santé entre 2003 et 2007	En %			
	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
Transfert d'activités	21,3	21,0	27,7	19,5
Suppression d'activités	10,7	9,9	17,6	9,2
Fusion totale ou partielle	17,6	11,1	17,3	23,9
Développement de l'activité ambulatoire	71,4	61,6	69,4	81,6
Développement d'activités transversales	83,3	93,2	88,4	72,1
Élargissement à d'autres activités, à de nouvelles spécialités	51,5	50,7	48,3	53,5

Lecture • Entre 2003 et 2007, 21,3 % des établissements ont transféré certaines de leurs activités.
Champ • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).
Sources • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

Désormais, c'est dans son organisation et dans son fonctionnement que l'hôpital doit se réformer. La réponse locale apportée s'est traduite par la diminution des durées de séjours,

¹¹ IGAS. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Mars 2012. [En ligne], p18 disponible sur http://www.collectifhospitaldie.org/blog/public/2012/1207igasRAPPORTSURLES_FUSIONSIRM2012-020P.pdf (Consulté le 03/05/2019).

¹²DREES. Hôpitaux et cliniques en mouvement : Changements d'organisation de l'offre de soins. N°633, Avril 2008 [En ligne] p6. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er633.pdf> (Consulté le 03/05/2019).

le développement des hôpitaux de jour et l'essor de la chirurgie ambulatoire. Ce sont désormais les parties intégrantes des stratégies d'établissements.

Le bilan politique des transformations du système de santé sur plusieurs décennies aura eu un impact bénéfique sur les comptes de la Sécurité sociale et l'assurance maladie. Le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale présente au terme de l'année 2018, « Un retour prochain à l'équilibre financier de la Sécurité sociale, pour la première fois depuis 2001, est désormais possible. »¹³

Tant de paramètres entrent en considération pour envisager la perspective des prochaines réglementations. Les évolutions technologiques, l'augmentation de la longévité et les pathologies chroniques associées augurent des dépenses en volume de soins qui ne risquent pas d'infléchir. Telles seront les futures orientations du prochain projet loi de santé. Les fusions, regroupements et autres coopérations sanitaires ne sont pas les seuls outils de restructuration hospitalière. Le financement des activités de soins, les incitations à la chirurgie ambulatoire et autres évolutions ont également de manière insidieuse changé la nature de l'offre de soins.

1.1.2 Evolutions des modes de financements des établissements de santé : déviance et impact

Au même titre que le cadre réglementaire, le financement des activités hospitalières a subi de profond changement. Les différents modes appliqués jusqu'à la convergence tarifaire de la tarification à l'activité (T2a) qui régit notre cadre actuel, c'est le statut juridique des établissements de santé (publics et privés) qui déterminera les modalités de financement. Je propose de dresser un bref panorama des différents modes de financement avec en conclusion de ce chapitre, une projection sur les financements à venir.

1.1.2.1 Le prix de journée

Cette modalité du financement destiné au secteur public consistait jusqu'en 1983 à facturer à la Sécurité sociale et l'assurance maladie un prix de journée « tout compris » incluant les frais d'hébergement. Le calcul portait sur la base des dépenses prévues et du volume de patients prévus sur l'année à venir pour la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Les défauts de ce financement ont été mis au jour par l'inertie provoquée. La durée des séjours prolongés, le taux d'occupation élevé permettent d'optimiser les recettes.

Les établissements privés bénéficiaient d'un financement basé sur la logique du paiement à l'acte pour les honoraires des praticiens libéraux, du prix de journée et du paiement des actes médico techniques ou hôtelier. L'investissement et la course à la « production de soins » autorisent l'inflation du chiffre d'affaire.

Sous cet éclairage, il est aisé de déterminer le partage des activités entre le secteur public et celui du privé, pour l'un, la médecine et, pour l'autre, la chirurgie.

¹³Cours des comptes. La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Octobre 2018 [En ligne], p18. Disponible sur https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/20181004-rapport-curite-sociale-2018_0.pdf p18 (consulté le 12/02/2019)

1.1.2.2 La dotation globale

La loi du 19 janvier 1983 modifie les modalités de financement en amenant la dotation globale pour le public. Il est question, dans ce cas précis, de délivrer aux établissements une « enveloppe » fixée annuellement et indexée sur les dépenses et activités des 3 années précédentes.

Le revers de la dotation globale est qu'elle pénalise les établissements dont l'activité augmente. Le privé ne changera pas de mode de financement (prix de journée+ paiement à l'acte). Toutefois en 1993, l'objectif quantifié national (OQN), mécanisme de régulation anti-inflationniste est mis en place en donnant une limite aux dépenses pour l'assurance maladie.

1.1.2.3 La tarification à l'activité et la convergence tarifaire

Cette modalité de financement a été instaurée par la Loi de Financement de la Sécurité sociale en 2003. Le secteur privé a introduit la T2a en 2005, le secteur public progressivement à partir de 2008.

Chaque séjour de patient est classé en GHM par affection puis en GHS qui détermine la valeur d'un séjour. Le coût est calculé selon une méthodologie de l'ATIH appelée l'Etude Nationale des Coûts (ENC) et réévalué chaque année.

Dans cette nouvelle logique, ce sont les activités de l'hôpital qui détermineront ses recettes et non plus le statut. Ce financement permettra de décloisonner les activités et missions de l'hôpital. Les études de l'IRDES, depuis l'introduction de la T2A, montrent une hausse de la production de soins tous secteurs confondus et émettent « une induction de la demande peu ou pas justifié »¹⁴

Afin de pallier une « surproduction » de soins, la LFSS de 2014 imposera un mécanisme de régulation prix/volume, plus communément appelée dégressivité tarifaire. Il s'agira de minorer les tarifs des GHM au-delà d'un certain volume d'activité.

La T2a inclura des mécanismes d'incitations pour accélérer la performance des établissements. Ce fut le cas de la chirurgie ambulatoire, élément fort de la stratégie Nationale de Santé. Outre l'aspect qualitatif, il est question de diminuer les durées de séjours et par conséquent, les coûts d'hospitalisation.

Actuellement, la T2a est fortement remise en question, « s'agissant du financement à l'activité des prises en charge..., il convient de mettre fin aux incohérences manifestes et aux effets d'aubaine, au regard des coûts de production, que comportent les grilles tarifaires applicables aux établissements de santé publics et privés. »¹⁵.

Ce mode de financement bientôt bi décennal est remis en question. Quel sera le nouveau mécanisme financier à venir ? Le futur projet de loi santé 2019 en attente de ratification et le plan « Ma santé 2022 », donne quelques éclaircissements sur l'avenir.

¹⁴ IRDES. Données de cadrage : L'Hôpital, Financement et évolution [En ligne]. Disponible sur <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/depenses-et-evolutions.html> (consulté le 28/02/2019).

¹⁵ Cour des comptes, Ibid. p15

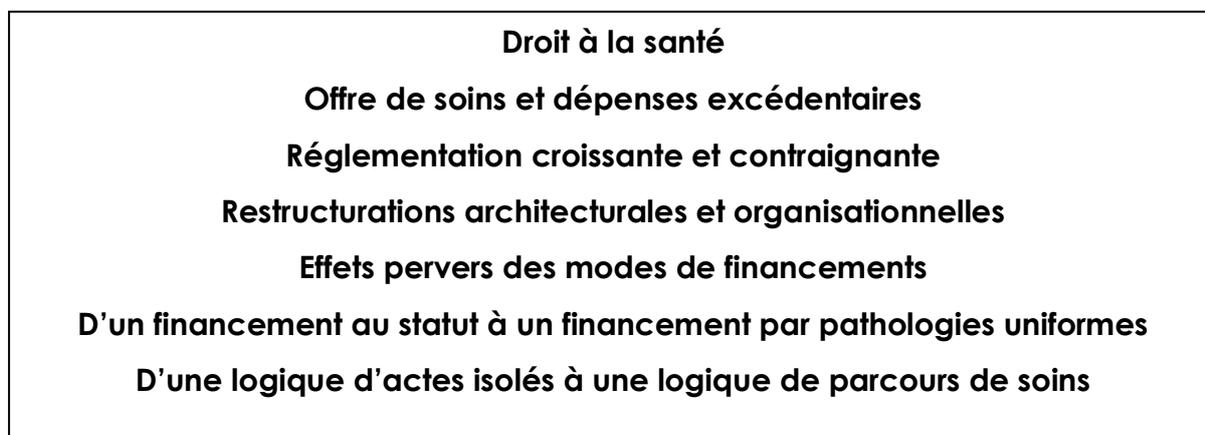
1.1.2.4 Stratégie de transformation du système de santé (STSS), « Ma santé 2022 »

Depuis le 1^{er} mars 2019, la STSS annonce une mutation profonde. Les tutelles souhaitent passer « d'une logique d'actes isolés (T2a) à une logique de parcours de soins »¹⁶. L'accent est mis sur l'amélioration de « la qualité de prise en charge globale au travers de parcours patients co-construits »¹⁷. L'enveloppe de financement de la qualité au sein des hôpitaux augmentera de 60 à 300 millions d'euros.

L'objectif en 2022 sera de financer tous les acteurs du système de santé sur un « modèle ternaire : qualité, activité, forfait ». ¹⁸ Gageons que cette refonte de la logique tarifaire pour les établissements MCO redéfinira les activités et par conséquent, nos organisations.

La compréhension politique et médico-économique est prépondérante. Ce sont ces composantes qui déterminent la politique des établissements de santé et expliquent le déploiement massif de la chirurgie ambulatoire dans mon établissement. Dans un tel contexte, les organisations managériales se doivent de décliner la politique d'établissement sur le terrain.

Je vais maintenant axer ma réflexion sur l'Hôpital Privé d'Antony, (HPA), structure MCO privée qui a su développer plusieurs stratégies d'adaptation à l'environnement non sans heurts dans ses organisations.



¹⁶Ministère de la santé et des solidarités. MA santé 2022, un engagement collectif, dossier de presse [En ligne]. 2018, p14. Disponible sur https://solidarités-solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_vdef.pdf (consulté le 15/03/2019).

¹⁷ Ministère de la santé et des solidarités, ibid. p16

¹⁸ ANNEXE 1 DGOS TARIF

1.2 L'exemple de l'Hôpital Privé d'Antony

L'évolution architecturale des activités de l'Hôpital privé d'Antony, établissement privé du groupe Ramsay Général de Santé est un exemple pertinent de restructuration. La prise en compte des politiques et du contexte économique a été un puissant incitateur dans sa transformation. Un bref historique de la structure permettra de mieux appréhender son évolution.

1.2.1 HPA avant 2002

La Maison de Santé d'Antony voit le jour en 1956 : elle ne compte alors que 27 lits. Elle fusionne ensuite avec la clinique de Fresnes en 1987 puis, d'autres fusions suivent alors, permettant à l'établissement de se développer de manière exponentielle. Il est officiellement baptisé "Hôpital privé d'Antony" (HPA) en 1996, après avoir absorbé la clinique des Meuniers (Bagneux) et la clinique du Parc (Bourg-la-Reine). Il dispose alors de 150 lits.

Par souci de rationaliser les coûts, et sous la menace des fermetures d'établissements à faible activité imposées par la carte sanitaire et le SROS, le groupe Générale de santé regroupera 4 établissements voisins sur un site commun.

1.2.2 HPA en 2002

En 2002, la construction d'un nouveau bâtiment s'achève, et la conservation des locaux existants donnera naissance au 1^{er} établissement privé d'Ile de France.¹⁹ Situé à la jonction de 3 départements et desservi par un réseau de transports étendu, il dispose d'une zone d'attractivité dense.

Bénéficiant de nombreuses autorisations d'activités, la capacité sera amenée à 460 lits. L'organisation est constituée autour de 4 pôles (oncologie, gynécologie-obstétrique, chirurgie et urgences).

La volonté de devenir un acteur majeur de soins se traduit dans la conception de son bloc opératoire qui compte 27 salles ainsi qu'une unité d'imagerie médicale qui bénéficie régulièrement des autorisations au renouvellement des scanners, IRM et même une première mondiale en 2016 en technologie de pointe (scanner de dernière génération à faible dose d'irradiations et de produit de contraste).

1.2.3 HPA en 2018

Au gré des injonctions des tutelles et de l'introduction de la T2a, j'ai pu assister et participer à de nombreuses réorganisations internes : création d'un institut de cancérologie, changement d'activité dans les services, élargissement de la capacité en lits d'Unité de Soins Continu (USC), augmentation de lits en unité de réanimation, développement exponentielle de la chirurgie ambulatoire²⁰ (au terme de l'année 2018, 71% des interventions chirurgicales sont pratiquées sous ce mode de séjour), création de lits d'aval des urgences etc.

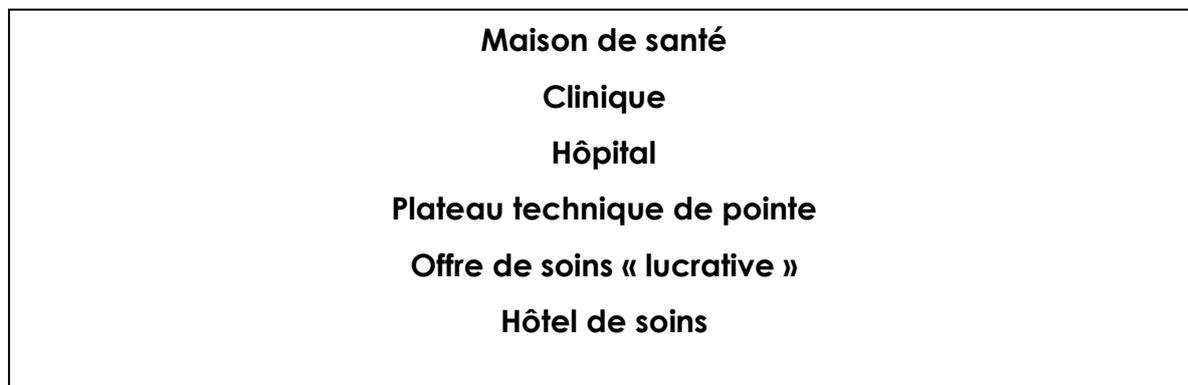
Structurellement, il y a eu une diminution de la capacité en lits par la refonte des activités et la recherche d'optimisation des recettes hôtelières. Le poids de ces recettes sur le chiffre

¹⁹ ANNEXE 2 HOPSI DIAG

²⁰ Ibid.

d'affaire à apporter des transformations de chambre double en chambre individuelle, des rénovations pour des prestation de standing etc.

D'un établissement de santé s'opère une transition vers « un hôtel de soins ».
L'établissement dispose de 108 praticiens libéraux qui exercent principalement une activité chirurgicale. Le recensement des effectifs présente à ce jour 849 salariés, dont 490 soignants.²¹



²¹ ANNEXE 3 EFFECTIF HPA

1.3 Diagnostic de fonctionnement de mon périmètre (étude des flux et activité).

Afin de mieux comprendre la démarche de mon projet managérial qui sera détaillé dans les pages suivantes, je vais faire une présentation apodictique de mes secteurs d'attributions.

En tant que coordinateur des plateaux techniques et parcours patients, je suis missionné sur plusieurs secteurs d'activité qui regroupent l'UCA, le bloc opératoire, les soins externes et le programme RAAC (Réhabilitation Améliorée après Chirurgie). J'anime et coordonne les équipes d'encadrements et collaborateurs pour mener à bien les axes forts du projet d'établissement.

Le descriptif qui suit se veut volontairement quantitatif afin de faciliter à la compréhension de la problématique.

1.3.1 L'UCA



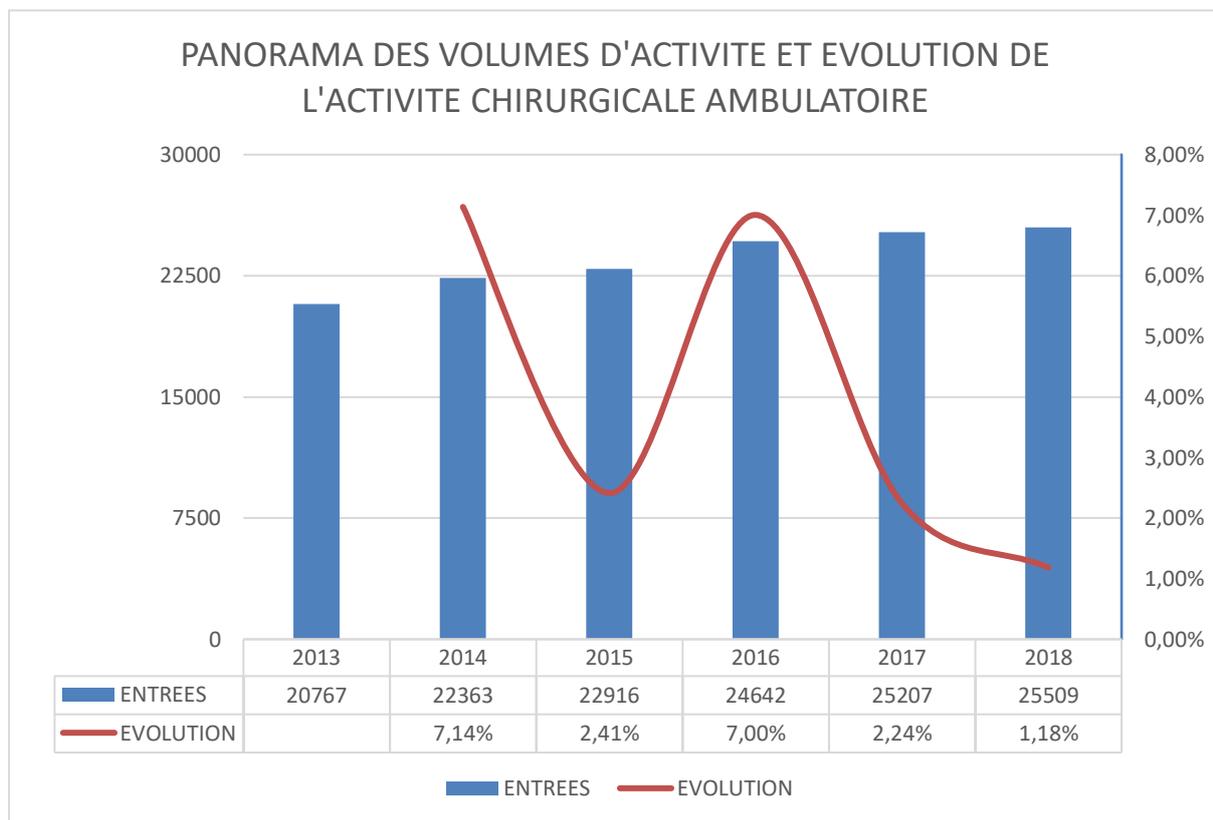
L'Unité de Chirurgie Ambulatoire est située au 4ème étage du bâtiment Velpeau (cf. plan ci-dessus) de l'hôpital, au-dessus du plateau technique opératoire et d'anesthésie.

L'unité est ouverte de 7h à 21h du lundi au vendredi et les samedis sur un horaire raccourci de 7h à 14h30 pour assurer un programme opératoire léger et les urgences chirurgicales du type plaie de la main.

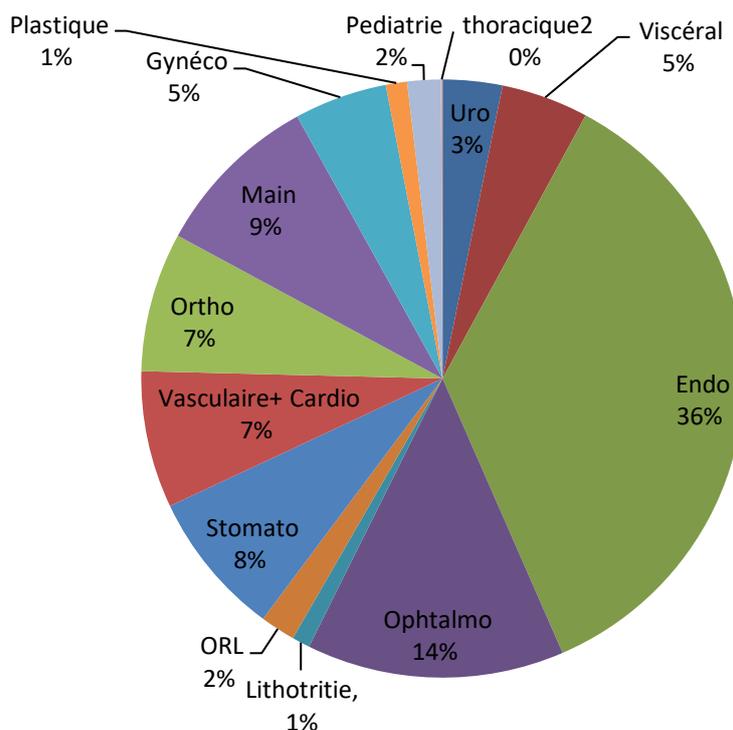
La volonté de développer la chirurgie ambulatoire a nécessité le réaménagement de ce service à 2 reprises. Initialement il accueillait la chirurgie et la médecine ambulatoire. Les amplitudes horaires ont également été élargies à 20h puis 21h. La capacité d'accueil a progressé pour atteindre un total de 63 places physiques. 29 Box (d'une, deux ou quatre places) sont supervisés par un poste de soins central. Ci-dessous, un récapitulatif de la manière dont le capacitaire est articulé. La notion « Solo », correspond à l'offre hôtelière, il s'agit de la vente d'espace individuel en fonction des souhaits d'amélioration du confort des patients.

Secteur	Type de chambres (Box)	Nombre de chambres / Box	Capacité d'accueil (Nombre Places)
Circuit Long	Box 4 places	3	12
	Box individuels « Solo » prestations hôtelières.	14	14
	Box 2 places	4	8
Pédiatrique	5 chambres individuelles	5	5
Circuit court	Box identifiés AmbuGO® de 12 fauteuils et casiers à double ouverture.	1	12
	Box circuit court de 6 places	2	12
Total		29	63

Les volumes d'activité ainsi que les ratios des différentes spécialités pratiquées sont détaillés dans les représentations graphiques ci-dessous.



Répartition de l'activité ambulatoire par spécialités sur 25509 admissions en 2018



Les données chiffrées des volumes d'activités par spécialités et par mois sur l'année 2018 sont recensés en annexe ²².

Depuis 2013, le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe majeur des projets successifs de l'établissement. La lecture des volumes d'activité et de la croissance suffit à concevoir les difficultés d'accueil de la population avec un capacitaire désormais insuffisant.

La difficile gestion des flux n'est pas inédite. Plusieurs projets organisationnels ont veillé à les optimiser. Pour exemple en 2016, le projet ambuGO^{®23} (parcours patient à pied au bloc opératoire, initié à l'Hôpital Privé d'Antony puis développé dans tout le groupe Ramsaygds et le projet ambuGIR²⁴ (prise en charge personnalisée des patients en perte d'autonomie (ANNEXE) auront permis d'améliorer les flux patients.

Cependant, de nouvelles pratiques chirurgicales avec les prises en charge d'interventions plus lourdes (par exemple : les hystérectomies ou ablation de l'utérus, prothèse de genou, etc.) viennent contraindre les rotations de lits et la logistique des flux patients. En effet, cela implique des temps de surveillance plus longs, gageure de qualité et sécurité des soins.

D'autres typologies de prise en charge se greffent au service ambulatoire, ce qui complexifie d'autant plus la dynamique des flux. Il s'agit d'une nouvelle modalité

²² ANNEXE 4 Volume activité/ROTATION

²³ ANNEXE 5 AMBUGO

²⁴ ANNEXE 6 AMBUGIR

d'administration des interventions centrées sur le patient et qui tendent à devenir un standard organisationnel : la réhabilitation améliorée plus explicite sous l'acronyme RAAC.

1.3.2 La RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie)

La RAAC « un concept moderne initié par des équipes scandinaves, développée dans les années 90 par le professeur Henrik KEHLET au Danemark »²⁵.

Ce mode de prise en charge consiste en la pratique d'interventions dites « lourdes » (prothèse de hanche, de genou, colectomie, chirurgie carcinologique etc.) pour lesquelles la durée de séjour sera significativement réduite.

Ce n'est qu'en 2014 sous l'égide de l'association GRACE (Groupe Francophone de Réhabilitation Après Chirurgie) que sera favorisée la pratique d'intervention sous protocole RAAC. Les établissements adhérents à l'association se voient alors attribuer une labellisation après un suivi des pratiques et procédures engagées dans la démarche.

La mise en place de ce nouveau protocole en 2016 au sein de l'Hôpital Privé d'Antony a révélé une réelle synergie en impliquant les chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé et administratifs ainsi que tous les corps de métiers paramédicaux. Ce projet a bénéficié d'une large communication interne et externe à l'établissement.

Les patients bénéficiant de ces prises en charge sont sélectionnés selon des critères bien définis tels les comorbidités, les antécédents et leur environnement social.

Dans ce modèle, ils sont co-acteurs de leur prise en charge, en amont, et en aval de leur intervention. L'organisation et la coordination sont supervisées par une infirmière de coordination (IDEC) dédiée à plein temps sur le sujet. Elle reçoit les patients avant l'intervention et établit avec eux le projet per et post hospitalier lors d'un entretien convenu avec le patient. Au cours de cet échange, il y a une réelle préparation technique et psychologique du patient, l'IDEC apporte aux patients tous les éléments et réponses aux questions qu'il peut se poser.

Le patient est admis le jour même et à quelques heures de son intervention (communément appelé admission J0). Cela implique une logistique nouvelle dans l'ordonnancement du parcours du patient.

En post-opératoire, les médications seront réduites au strict nécessaire, en excluant l'intraveineux, l'alimentation sera rapide et dans le cadre de l'orthopédie, on débutera la kinésithérapie quelques heures après l'intervention. Tout est organisé pour que le patient recouvre suffisamment de capacité physique pour autoriser un retour rapide à son domicile où il poursuivra sa convalescence. Les études de la HAS ont démontré la diminution des complications iatrogènes liées à une hospitalisation plus longue (syndrome confusionnel, infection nosocomiale). Il y a un fort impact qualitatif et une réelle vision de parcours ville-hôpital dans ce mode de prise en charge.

Le financement de l'activité RAAC n'est toutefois pas valorisé, il est même dévalué au regard de la dynamique et des moyens déployés pour cette pratique innovante. Les mécanismes de borne basse de la T2a appliquent une rétribution moins avantageuse pour les établissements de santé en général.

Toutefois la grille tarifaire de 2019 va gommer l'effet des bornes basses de certaines interventions et appliquer une tarification qui libérera les contraintes financières imposées par des Durées Moyennes de Séjours (DMS) limités. Pour exemple, la tarification d'une prothèse de genou de sévérité de niveau 1, codée sous le GHM 08C241.²⁶

Pour les tarifs exposés en 2018 la borne basse (durée de séjour inférieure), était fixée pour une DMS de 4 jours minimum, en 2019 la DMS autorisée est de 0 jour. Cette modification tarifaire annonce un levier intéressant pour augmenter ce type de prise en charge.

²⁵ Grace Asso. <https://www.grace-asso.fr/grace-et-vous/rac>

²⁶ ATIH. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

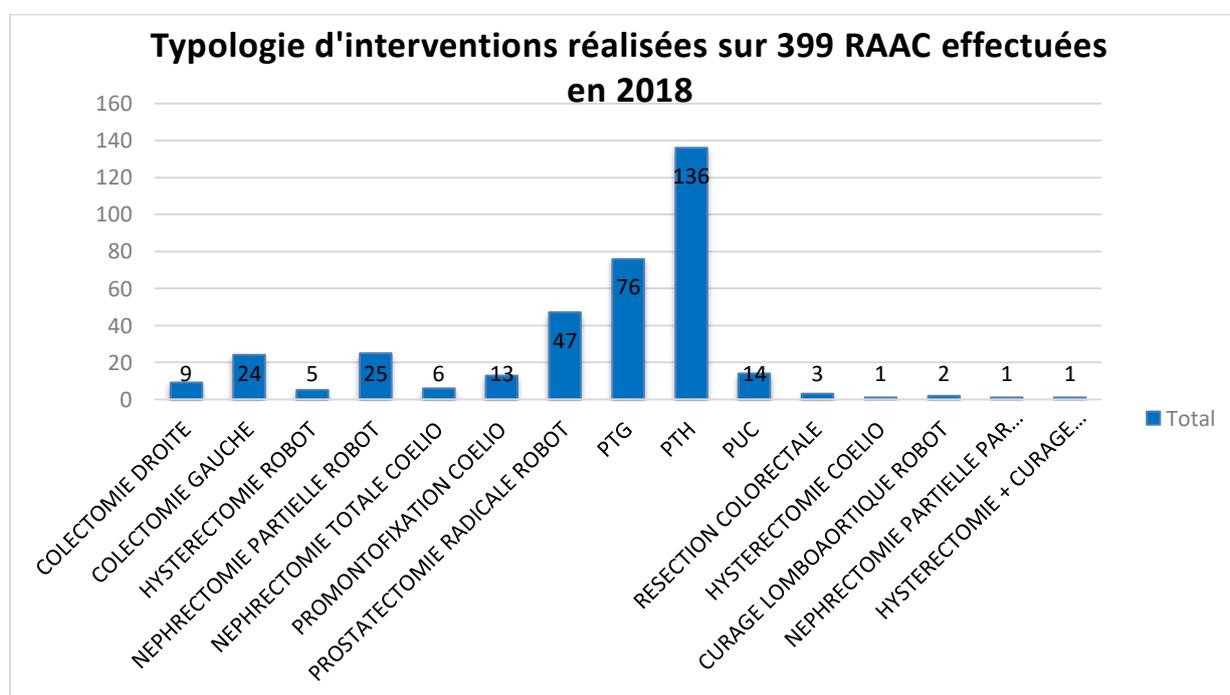
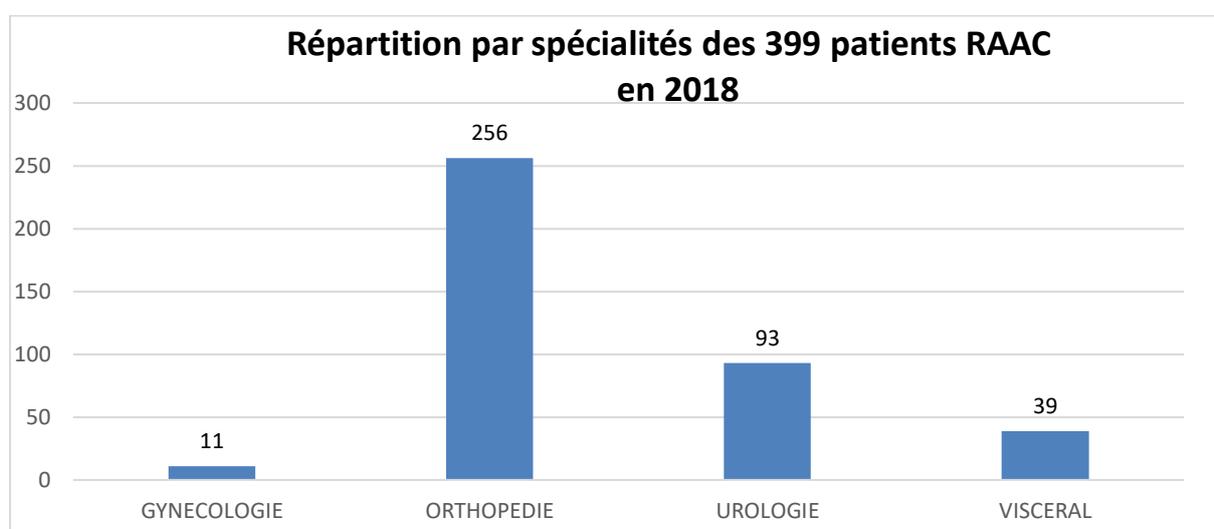
La RAAC comporte un aspect organisationnel qui se rapproche de la chirurgie ambulatoire. En interne, nous considérons ces nouvelles pratiques comme « le laboratoire » de l'UCA. Ainsi en 2017, 80% des hystérectomies voie basse ont été pratiquées en ambulatoire. C'est la maîtrise des processus de soins et organisationnels qui ont permis d'obtenir ce résultat.

En 2017, 2018 et 2019, respectivement 11, 30 et 25 interventions pour prothèses de hanches, ont été pratiquées en mode ambulatoire. En Mars 2019, la première prostatectomie (ablation de la prostate) partielle en ambulatoire a été pratiquée et au terme de l'année en cours, l'ambition de réaliser la première colectomie (ablation du côlon).

Les évolutions structurelles de l'hôpital en termes de capacité font que les lits d'aval pour les patients RAAC ne sont pas toujours disponibles lors de l'entrée au plus près de l'heure d'intervention. Le service ambulatoire est le lieu qui permet d'accueillir ces patients avant le départ au bloc.

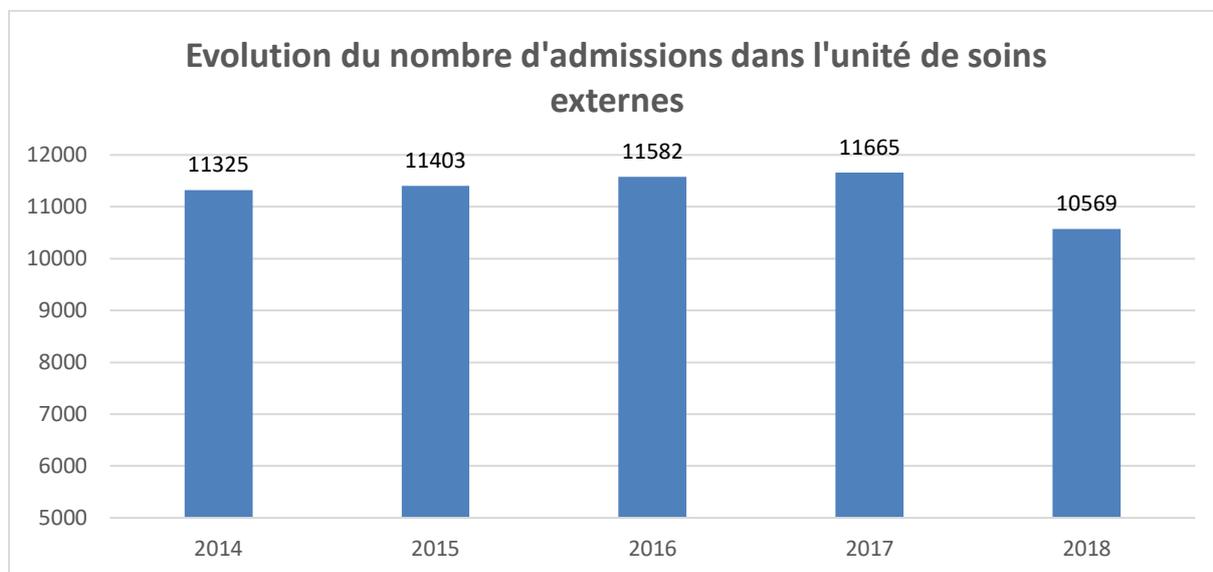
D'un capacitaire déjà contraint l'UCA absorbe un nouveau flux d'activité !

Ci-dessous une représentation du nombre de patients RAAC par spécialité et par intervention.



1.3.3 Les soins externes

La définition des soins externes se résume en des prises en charge pour des actes techniques légers (cystoscopie, extractions et soins dentaires, soins ophtalmiques, soins de lésions cutanées etc.) régis par la CCAM. Cette activité s'organise sur rendez-vous. Ce secteur est composé de 3 salles d'interventions. Au sein de l'Hôpital Privé d'Antony, les volumes d'activité sont représentés ci-dessous.



Cette activité ne génère pas de recette directe pour l'établissement, ce sont les praticiens libéraux qui tarifient leurs activités aux patients. Une redevance est cependant reversée à l'établissement au titre de mise à disposition du personnel, du matériel et des locaux.

Les soins externes représentent une « vitrine » et joue le rôle de potentiel recruteur de patientèle. La difficulté sur le service de soins externes réside en la multiplication des spécialités et le mélange d'interventions et de populations différentes sur une même journée. Pour exemple, on peut être confronté à une intervention chez un jeune patient pour des soins dentaires et un autre plus âgé, pour un examen de la vessie ! L'effet attractif est facilement écorné.

Il y a peu de leviers pour agencer les vacations des praticiens et concentrer les mêmes activités à un jour donné pour tenter de gommer ce désordre.

N.B. : les praticiens qui opèrent aux soins externes ont également des vacations au bloc opératoire et des consultations à l'extérieur de l'établissement. Il faut donc s'adapter à leurs contingences.

Structure de droit privé, l'Hôpital Privé d'Antony génère ses recettes principales sur son activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Les modalités régressives du financement de l'activité, évoquées plus en amont ont amené le développement d'autres sources de revenus, avec la vente de services et de prestations hôtelières.

1.3.4 Les recettes issues des prestations hôtelières

Le produit de vente de chambres particulières et autres prestations occupe une place importante dans le chiffre d'affaire de l'établissement.

Il y a une forte demande des patients à bénéficier d'une chambre individuelle et d'une gamme de prestations²⁷. Les mécanismes vont du paiement à la sortie, à une prise en charge des complémentaires santé ou encore de la différence entre le tarif final et celui de la prise en charge de la complémentaire.

Longtemps peu considérée en ambulatoire, la performance de « vente » (soumise à prime) du service secrétariat a permis de mettre en avant le potentiel financier de ce poste hôtelier.

Parallèlement, le virage ambulatoire opéré (71% de l'activité chirurgicale) a eu un effet de désinflation des rentes en hospitalisation complète. D'autant que les établissements du groupe Ramsaygds sont régulièrement mis en concurrence via un benchmark²⁸. Le calcul synthétique des résultats de l'HPA est cependant soumis à un effet structure, en ce sens, où les établissements évalués n'ont pas la même capacité ou encore, pour certains, une architecture qui ne dispose en majeure partie que de chambres individuelles et enfin des volumes et flux d'activités différents.

1.3.5 La problématique de la gestion des flux et l'impact du virage ambulatoire

« La notion de flux est proche de celle de débit...c'est une quantité sur un temps »²⁹.

Dans l'environnement hospitalier, ce sont les « flux physiques et tendus »³⁰ à savoir, le nombre de patients et une file opératoire concentrée qui génère les goulots d'étranglement.

L'axiome de la problématique des flux est évident à la lecture des données chiffrées présentées au préalable sur les volumes de production de soins. La capacité d'accueil conçue initialement ne répond plus aux impératifs d'activités.

Le revers du développement de l'ambulatoire s'impose avec des unités en hospitalisation complète qui présentent des taux d'occupations en berne et de facto, celui du chiffre d'affaire hôtelier.

Les leviers pour pallier la baisse des taux d'occupation sont des fermetures de services et la mobilité contrainte ou négociée des équipes soignantes, avec les mécontentements qui en découlent et la mise à mal du management de proximité.

En effet, il faut assurer la déclinaison les objectifs médico-économiques propres à l'établissement. La recherche d'un cercle vertueux dans l'efficacité de nos organisations, au gré des contingences politiques et économiques entraîne inévitablement des répercussions sur les collaborateurs. Les multiples réorganisations subies rendent fragiles celles à venir et génèrent des tensions.

1.3.6 Les équipes concernées par la problématique des flux.

²⁷ Annexe 7 prestation SOLO

²⁸ Annexe 8 Benchmark

²⁹ Meah, Préfacée par Jean François Mattei. Organisation Hospitalière, approche et expérience. Paris 1ère Ed : Berger Levrault, 2008, p93

³⁰ Ibid., p93

En premier lieu, les équipes paramédicales de l'unité de chirurgie ambulatoire (13 infirmières, 2 aides-soignantes, 4 agents d'entretien).

La répartition de la programmation opératoire et la densité de l'activité ne permettent pas d'installer les patients dans les délais prévus notamment sur un créneau horaire de 11h à 15h00. Sur cette période les entrées, sorties et retours de blocs se confrontent aux pauses déjeuners. Les retards à l'installation des patients, entraînent des appels incessants du bloc opératoire, accentuant le tableau d'une atmosphère pesante, génératrice de stress. Les professionnels expriment leurs difficultés et surtout la « qualité empêchée »³¹ par la sensation de ne plus faire correctement leur métier et de devoir répondre à un impératif économique.

Une démotivation et perte de vision s'installent alors dans le collectif ce qui oblige à redonner urgemment de la visibilité.

En second lieu, les équipes de transport interne (17 agents). Tributaire de l'installation des patients et à l'interface des unités de soins et du bloc opératoire, elles subissent les affres du bloc opératoire. Plus que des exécutants, ils font partie intégrante des processus du parcours patient au sein de l'hôpital. Les formations aux gestes d'urgence, à l'hygiène, à la posture professionnelle sont autant d'acquis et fondamentaux qui ont permis de donner une véritable identité à leur métier. Véritables acteurs urbi et orbi de l'hôpital, leur implication et leur vision sont constructives.

En troisième lieu, les équipes d'unité de chirurgie en hospitalisation complète (8 infirmières de jour et autant de nuit, 7 aides-soignantes, 7 agents d'entretien). Soumises à l'activité en déclin et au gré des fermetures de services, elles subissent une mobilité contrainte ou négociée. On peut alors observer, les phénomènes d'absentéisme, de difficultés de fidélisation, et de déficit de compétences pour certaines, lorsqu'elles sont amenées à prendre en charge des spécialités autres que celles correspondant à leur formation initiale.

Les Responsables d'Unités de Soins (RUS, terme usité dans le groupe qui se réfère au cadre de santé) sont chargés d'appliquer la politique d'établissement, ce qui ne se fait pas sans heurt. Vouloir conjuguer qualité, bien-être au travail et réussite des objectifs s'avère une tâche complexe. Il faut alors créer une nouvelle dynamique qui permettra de renforcer leur positionnement et améliorer un contexte social détérioré.

Il devient impératif de trouver une solution pour pallier la problématique des flux ambulatoires et son retentissement sur les organisations de travail. Mes demandes répétées auront trouvé écho lors d'un comité de pilotage avec la mise à disposition d'un nouvel espace pour maximiser la capacité ambulatoire et la gestion des flux patients.

1.3.7 Genèse du projet « Hub ».

Il est important de mentionner que plusieurs projets de réaménagement de services ont connu un salut accordé par le développement de la RAAC et de la chirurgie ambulatoire.

La diminution des DMS pour l'un, et la redistribution de lits pour l'autre, a vu la création de 10 lits d'aval pour les urgences, l'extension de 17 lits du service des USC (Unité de Soins Continus). Désormais l'unité de chirurgie ambulatoire a besoin d'espace vital.

³¹ Clot Y., Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? CNAM centre [En ligne]. 2015. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=PFR5J8IFyP0> (consulté le 05/01/2019)

La délocalisation des locaux de la banque du sang vers la réanimation a permis de libérer de l'espace. Une surface d'environ 80m²-un tant soit peu restreinte-, mais avec un fort potentiel a été mise à notre disposition. Attenante au bloc opératoire, elle répond à un critère de proximité qui permet d'envisager un projet intéressant.

Il reste à notre charge de concevoir un espace fonctionnel et modulaire pour remédier à la problématique des flux.

L'idée principale sera de créer une plateforme d'accueil à proximité du bloc opératoire avec le souci d'améliorer le parcours, déjà existant, du « patient à pied » au bloc opératoire (ambuGO®). Le terme « Hub » est retenu. La définition de cet anglicisme est empruntée à la logistique des transports, du fret, ou encore des systèmes de réseaux en informatique et vise à concentrer, pour mieux orienter, divers flux (voyageurs, données, marchandises). Dans le cas présent, ce sera un point d'accueil patients, dit de flux rapides et autonomes, avant et après, leurs interventions. En somme, un nouveau parcours qui s'insère dans celui existant³².

Les enjeux seront de désaturer l'UCA et d'améliorer :

- les conditions de travail des équipes,
 - le chiffre d'affaire hôtelier en ambulatoire,
 - les conditions d'accueil et d'attente des patients des soins externes,
 - le parcours des patients AmbuGo (pré et post examen)
- et enfin de définir la mise en œuvre un projet architecturalement évolutif.

Les contraintes seront un budget limité ne permettant pas de réaliser des travaux d'envergure, une réflexion à mener en iso ressources (pas d'augmentation de la masse salariale) et un délai de réflexion limité pour permettre la réalisation de travaux durant les vacances de fin d'année 2018-2019 et/ou durant l'été 2019

Très vite des anicroches se présentent et ramènent la réalisation du projet à la période estivale 2019.

Au-delà du volet architectural, le projet « hub » doit multiplier les interfaces humaines et c'est bien sur ce dernier point, que des risques peuvent émerger. Comment créer du lien dans un environnement en souffrance avec des collaborateurs aux enjeux distincts ?

Comment redonner de la vision et du lien ?

-Ce sera l'objet de la seconde partie de ce travail consacrée à la dimension managériale dans la conduite du changement.

Les évolutions structurelles de l'hôpital ont modifié la relation au travail. On ne peut plus *« sérieusement penser qu'elle est sociale ou économique, elle articule toujours ces deux dimensions »*³³.

La plateforme « hub » est une innovation, la définition même de ce dernier terme qui *« représente l'ensemble du processus social et économique amenant l'invention à être finalement utilisé »*³⁴, renforce l'idée qu'il importe au manager d'innover dans les organisations de travail et d'insuffler de nouveau, de la motivation dans un contexte dégradé. Le concept du « hub » sera l'opportunité de permettre aux collaborateurs impliqués dans ce projet de donner *« un sens adapté aux circonstances spécifiques »*³⁵.

³² Annexe 9 parcours patients

³³ ALTER N. Sociologie du monde du travail. 2ème Ed. Paris : Puf, 2012, p161.

³⁴ Ibid., p272

³⁵ Ibid., p273

Il faut comprendre ici que le « hub » ne doit pas se cantonner à un usage dynamique, mais que les acteurs de terrain devront se représenter et s'appropriier le projet afin de garantir son bon fonctionnement et, indubitablement, la qualité de prise en charge des usagers.

2 LA GESTION DU PROJET

A l'évidence le « hub » comme tout projet « suppose la mise en œuvre d'outils techniques de prévision, d'ordonnancement des tâches, de chiffrage des éléments économiques, d'appréciations des risques »³⁶

En l'espèce dans l'établissement, nous disposons d'une forme de big data statistique. Les outils de reporting de l'activité, d'analyse prévisionnelle et de satisfaction apportent une certaine acuité dans la mesure des activités et de la performance. Toutes ces données météorologiques permettent de développer les axes stratégiques de l'établissement.

Toutefois, « une stratégie ne prend forme qu'au moment où elle se transforme en actes. Tant que l'on n'a pas franchi le cap de l'action de terrain, les plans ne sont qu'une vue de l'esprit »³⁷.

Cet extrait résume l'importance de prendre en considération les acteurs de terrain.

Je vais maintenant présenter les éléments qui ont permis d'établir le diagnostic du projet, avant d'exposer les axes de l'organisation à mettre en place. Je développerai par la suite le management des collaborateurs dans la conduite de ce projet, avec le choix prononcé d'une coopération « horizontale ». L'impératif de rapidité dans ce projet amène à repenser la hiérarchie classique de gestion. Redistribuer les énergies et le temps seront les atouts majeurs vers la clé du succès.

2.1 Méthode et outils

Sur les recommandations édictées par l'ANAP et la HAS, j'ai développé mes propres tableaux de bord³⁸. Pour exemple, la mesure du nombre d'entrées, de la répartition des interventions dans la journée ou encore des taux de rotations sont autant d'indicateurs qui permettent le pilotage de l'activité et la prise de décision. Des tendances précises émergent et permettent une certaine agilité dans la prise de décisions tel le renfort des effectifs les jours de pics d'activité ou inversement, ne pas remplacer une absence programmée. Outre le pilotage de l'activité, les datas éclairent sur une vision qualitative et quantitative

2.1.1 La mesure de la satisfaction des patients

La satisfaction est un enjeu important pour l'établissement. L'expérience patient est mesurée par le biais d'un questionnaire de satisfaction. Outre les précieux verbatim, il est appliqué un score nommé NPS (Net Promotor Score).

Emprunté à l'industrie de biens et consommation, ce score comporte une dimension affective. En plus du jugement sur la qualité de service, on recherche la propension des usagers à recommander l'établissement à leurs proches et ainsi, fournir une indication au potentiel de développement.

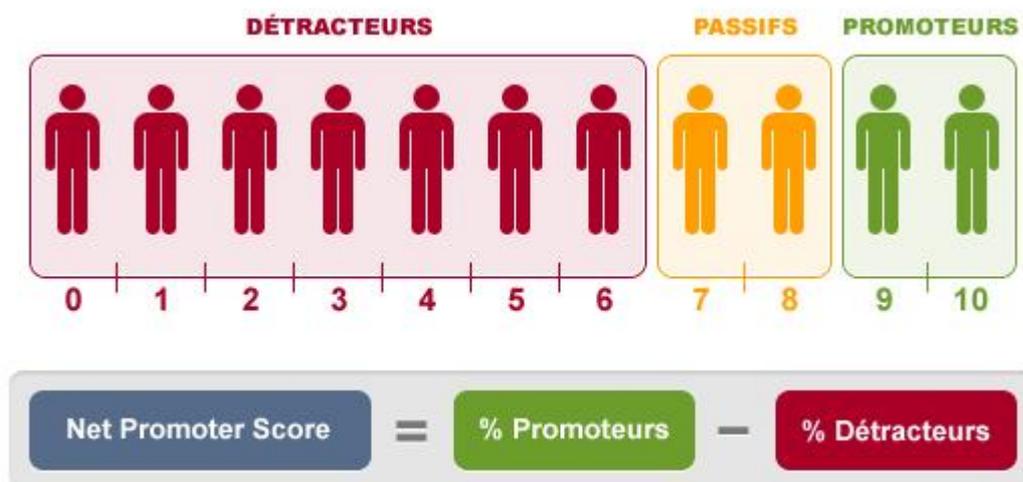
L'obtention du score NPS se mesure ainsi : Le patient attribue une note de 0 à 10.

L'attribution d'une note de 0 à 6 par le patient induit qu'il sera détracteur, de 7 à 8 qu'il sera neutre et de 9 à 10 qu'il fera la promotion l'établissement.

³⁶ NERE J.J. Le management de projet. 1^{ère} Ed. Paris : Puf, 2006, p 35.

³⁷ FRENANDEZ A. Les tableaux de bord du manager. 1^{ère} Ed. Paris : Eyrolles, 2018, p278.

³⁸ Annexe 10TCD



Chaque secteur de l'établissement dispose de son score NPS³⁹ et de son évolution sur l'année. C'est un outil de communication pour les managers afin de sensibiliser les équipes à la qualité des prises en charges. Cette modélisation permet d'orienter nos efforts sur le versant qualité du service, il en est de même pour la performance

2.1.2 Les indicateurs de performance

Je dégagerai 3 indicateurs propres au sujet de mon projet managérial. Ce sont les délais d'admission au bloc opératoire⁴⁰, les taux de ventes hôtelières en chirurgie ambulatoire et enfin, les taux d'occupation et fermeture des unités de soins.

Le premier est un des catalyseurs du projet. En effet, les retards causés dans la programmation opératoire par le manque de place disponible, l'insatisfaction des patients manifestée au travers des verbatim dans les questionnaires de satisfaction ou encore dans la récente enquête e satis de la HAS, amènent à considérer l'ampleur des problématiques de flux. D'autant que sous le carcan des enquêtes « e-satis » (questionnaire envoyé par mail au patient à distance de leur hospitalisation vise à mesurer la satisfaction de leur expérience à l'hôpital), il y a le mécanisme de financement à la qualité (IFAQ).

En second lieu, la mesure des recettes générées par la vente de prestations revêt une importance majeure en ambulatoire (pour rappel l'unité concentre 71% de l'activité chirurgicale de l'établissement). Ce produit représente un poste conséquent dans le chiffre d'affaire de l'établissement. L'analyse des données montre une performance des agents administratifs dans ce domaine. La proposition d'offres aux patients lors de leur admission et l'anticipation de la prise en charge des complémentaires santé est un processus maîtrisé. Toutefois, la diminution des taux de rotation consécutives aux éléments portés en amont, est un frein à la disponibilité de chambres individuelles. La moyenne journalière d'échec de vente de prestations est de 20% par défaut de disponibilité.

Et enfin les taux d'occupation des services d'hospitalisation complète, « comme dans un hôtel, les taux d'occupation des lits et des plateaux techniques déterminent le niveau des recettes »⁴¹. L'analogie avec un hôtel peut sembler inappropriée, mais les enjeux médico-

³⁹ ANNEXE 12 NPS HPA GLOBAL

⁴⁰ Annexe 13 Délais admission au bloc opératoire

⁴¹ Meah. La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques [En ligne]. Avril 2008, p21. Disponible sur

économiques des établissements de santé sont soumis à une gestion efficiente de leur capacité. Cela légitime même leur existence dans la répartition de l'offre de soins. La T2a en ce sens aura accentué la gestion entrepreneuriale de l'hôpital.

Pour remédier au taux d'occupation en berne, il est décidé de fermer certains services le week-end et même en semaine. Le personnel attiré se voit offrir la possibilité de disposer de jours de congés ou alors d'être mobilisé sur un autre service afin de pallier les absences et éviter le recours à du personnel vacataire.

2.1.3 La mesure anticipative de l'activité

Il est question sur ce point de détailler un nouvel outil développé en 2018.

Il s'agit d'un tableau de bord prédictif. Il permet la mesure prospective de l'activité en ambulatoire et la capacité théorique nécessaire pour accueillir la population soignée.

Initiée en 2018, la projection s'est révélée d'une redoutable efficacité avec une marge d'erreur très faible de l'ordre de 0,2% en comparaison à l'activité réelle. L'enseignement de cet indicateur est venu renforcer le besoin d'espace vital pour l'UCA.

Fort de toutes ces données de mesures et d'analyses, il faut désormais concrétiser la déclinaison technique et logistique du projet.

2.1.4 Outil de gestion de projet

Le préalable à la gestion de projet est de pouvoir mesurer le degré de maturité et la pertinence dans son contexte. Un panel d'outils de gestion de projet est à notre disposition. Initialement, j'ai envisagé d'utiliser le SWOT, mais les enseignements dispensés lors de « l'atelier pratique du cadre supérieur de santé » ont porté à ma connaissance la grille d'opportunité. Le SWOT donne une représentation rapide des forces, faiblesses, opportunités et menaces, mais remplir sa matrice est en mon sens trop subjectif.

La grille d'opportunités ou d'impacts étudiée, amène un niveau de précision que je recherche. Les critères retenus sont en adéquation avec mon environnement et sont beaucoup plus manifestes pour le dialogue avec la direction. Le cadrage du projet répond en totalité à des arguments forts. La modélisation en radar ci contre présente le niveau de maturité du projet Hub. Le détail des 5 critères retenus et réponses de la grille d'opportunité⁴² ont permis d'inférer un haut niveau de maturité.

http://www.ifrap.org/sites/default/files/SPIP-IMG/pdf/BPO_Gestion_des_lits-2.pdf (Consulté le 8/02/2019)

⁴² Annexe 14 grille opportunité



2.2 Organisation du projet « Hub » ou plateforme d'accueil

Capitaliser sur une augmentation de la chirurgie ambulatoire et du développement de la RAAC conduit à un raisonnement en termes de flux, celui des patients, du personnel et de la logistique. Mieux coordonner ces parcours passe par l'appréhension de solutions techniques et logistiques issues du transport. Ce secteur a su développer de nouvelles interfaces tels les hubs pour répondre à un afflux massif de voyageurs ou encore à la libéralisation des échanges. Les hubs sont des plateformes permettant de concentrer et redistribuer plus rapidement et efficacement les flux.

En synthèse, nos « organisations, fondées sur la spécialisation...ne répondent plus aux exigences de notre environnement »⁴³. Il faut rechercher de nouveaux modèles d'organisations du travail.

En 2015, lors de la visite de cadres de la SNCF désireux d'améliorer leur service clients, j'ai pu saisir la réciprocité entre l'univers d'une entreprise de transports et notre environnement. La différence demeure, elle réside dans la dimension soins et son aléa qui densifie la complexité des flux à l'hôpital.

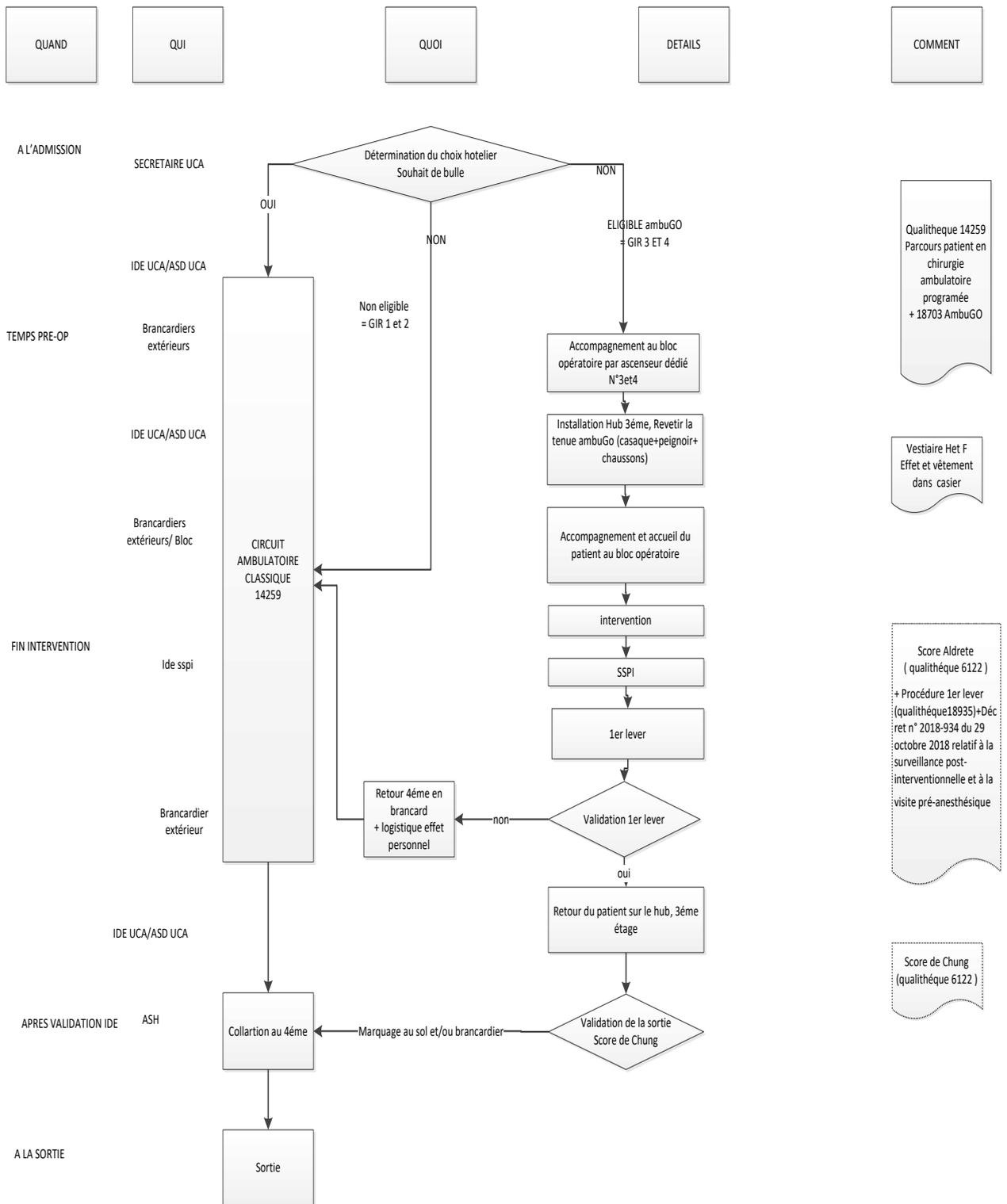
Il nous faut donc repenser nos processus de parcours patients selon des modèles éprouvés et les adapter, ce qui semble être une thèse convaincante.

2.2.1 Description et bénéfices de la nouvelle organisation

Le logigramme ci-contre expose le parcours souhaité. Sans modifier la cartographie du parcours patient existant, il vient s'imbriquer naturellement dans le parcours ambuGO⁴⁴ de référence.

⁴³HAMMER M., CHAMPY C. Le Reengineering, réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances. 1^{ère} Ed. Paris : Dunod, 2000, p101.

⁴⁴ Annexe 15 ambuGO



Ce processus permet d'ordonnancer la sélection de patients qui devront être pris en charge depuis le Hub. L'autonomie, la nature de l'intervention (fibroscopie, coloscopie, cataracte, chirurgie de la main sous anesthésie locale) et le choix hôtelier seront déterminants.

Pour mieux se représenter le parcours, il faut retenir que le service UCA est au 4ème et dernier étage, le bloc opératoire parallèlement à un étage inférieur et le « hub » sera situé en face de la SSPI elle-même intégrée au bloc opératoire.

Cette cartographie de processus correspond à la représentation de l'équipe d'encadrement au regard de la mission confiée. Il sera éprouvé par la réflexion commune des collaborateurs.

2.2.2 Les flux ambulatoires

Après une admission auprès du secrétariat de l'UCA au 4ème étage, s'il n'y a pas de choix hôtelier et que le score ambuGIR renseigne une autonomie complète, le patient sera orienté vers le hub. Accueilli au 3ème. Il revêtira la tenue de bloc, sera accompagné à l'intérieur du bloc pour son intervention. En sortie de salle de réveil, le patient retournera sur le hub. La sortie validée, il pourra alors prendre une collation au 4ème étage et quitter l'établissement accompagné.

La mesure du volume de patients sur critères AmbuGO, offre une perspective considérable. En données brutes 41% des patients sont acheminés au bloc à pied et peuvent transiter par le hub. Théoriquement, cela représente 10 458 patients sur la base des données statistiques de l'année 2018.

En déportant une partie de l'activité ambulatoire sur le hub, il faudra déplacer du personnel sur ce secteur. Une des composantes fortes du projet est de conserver les mêmes effectifs et donc la même masse salariale (IDE, ASD, ASH et brancardiers). Il faudra amener le collectif ambulatoire à se scinder. Notons que le départ d'une infirmière exerçant à temps partiel (50%), et l'évolution de l'activité ont permis de justifier son remplacement par une infirmière à temps complet. Cet argument non révélé sera un atout dans la section management du projet.

D'un point de vue arithmétique le hub permettra une désaturation de l'UCA au 4ème étage. Toutefois, il faut envisager les risques qui préludent à cette nouvelle organisation et anticiper les moyens de maîtrise.

2.2.3 Les flux RAAC

Les patients opérés sous protocole RAAC (admis à J0), répondent déjà aux critères d'autonomie, l'orientation vers le hub se fera naturellement. La communication aux proches de la chambre de destination en post-opératoire ainsi que la gestion des effets personnels à acheminer restera à agencer. Le départ de ces patients, depuis le hub permettra de diminuer les temps d'attente avant leur installation et de décongestionner l'UCA ou encore les unités d'hospitalisation qui doivent s'empresse de préparer les chambres pour accueillir les patients.

2.2.4 L'hospitalisation complète

La recherche d'optimisation des ventes de prestations nous conduit à la notion d'ambulatoire forain. C'est « un séjour ambulatoire...réalisé dans une unité de chirurgie complète »⁴⁵.

L'offre de box individuels est inférieure à la demande en ambulatoire. Chaque jour, on estime à 20% l'échec du taux de vente de prestations à défaut de capacité. Lorsque les services d'hospitalisation complète disposeront de chambres individuelles et afin d'améliorer les taux d'occupations, il sera désormais possible d'organiser la prise en charge ambulatoire hors du service. Il faudra amener des équipes soignantes, pour certaines

⁴⁵ Agence régional de Santé. Disponible sur https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-06/PANORAMA_CHIRURGIE_AMBULATOIRE_PAYS_DE_LA_LOIRE_2017_VERSION_WEB_0.pdf

cloisonnées dans des unités de soins à spécialités déterminées, (orthopédie, viscérale, etc....) à de nouvelles pratiques (ex : chirurgie gynécologique et carcinologique).

La pratique de l'ambulatoire forain aura pour effet d'optimiser les taux d'occupation et, de facto, diminuera la mobilité des équipes, sujet conflictuel. L'encadrement de proximité de ces unités à un réel intérêt dans ce projet par l'amélioration des indicateurs de leur service et l'apport d'une solution au problème de fermetures de services et de mobilité du personnel.

2.2.5 Les soins externes

Le secteur des soins externes localisé en face du futur hub est inclus dans le projet. Les travaux d'aménagement du « hub », incluront un agencement « cosmétique » des soins externes ainsi qu'un cloisonnement des flux. Pour améliorer l'image du mélange des spécialités, un mur viendra séparer les activités de stomatologie des autres. Ainsi l'aspect attractivité devrait-être préservé et donnerait plus de cohérence dans les flux patient des soins externes.

2.2.6 L'architecture du hub et gestion des risques environnementaux

Le projet « hub » est astreint à un budget et un espace limité. Il est important de signaler que le projet ambuGO déployé en 2016 s'est déroulé sous les mêmes aspects et qu'il a été très concluant dans la dynamique des flux.

La recherche de modularité pour ne pas figer les organisations inhérentes amène une certaine créativité et maîtrise des coûts (pour exemple des cabines de déshabillage démontables qui permettent d'agencer l'espace et le nombres de places d'accueil, ou encore des systèmes de casiers à double ouverture pour ne pas croiser les flux départ et arrivée). Le hub devra répondre à ce critère de modularité, le recyclage de matériel et de mobilier de l'UCA est déjà prévu.

Le volet travaux sera organisée en collaboration par les services techniques de l'établissement et une société de travaux qui exerce ses activités régulièrement au sein de l'hôpital. Les plans⁴⁶ permettent de visualiser la transformation de l'espace dédié. Deux locaux deviendront des vestiaires hommes et femmes. A noter qu'un antécédent de tentative de mixité s'est soldé par un échec cuisant. L'enseignement à retenir est que les populations accueillies ne sont pas enclines au mélange des genres. En face de ce vestiaire, il y aura un salon d'attente d'une capacité de 20 chaises.

Le choix des flux rapides limitera les temps d'attente et le risque d'inconfort de cette zone. Le temps moyen entre une admission au hub et l'entrée au bloc opératoire est relativement court. La mesure des taux de rotation sera à scruter. Le personnel disposera d'une zone individuelle pour l'ablation des cathéters et la mesure des constantes vitales (tension artérielle, fréquence cardiaque). Le projet doit-être finalisé sur la période estivale. Cette contrainte temporelle par l'absence de certains prestataires oblige à anticiper tous les paramètres de conception. C'est le cas de l'affichage et du balisage du parcours vers le hub. Le service communication a déjà été sollicité afin que le graphisme et le balisage du circuit soient disponibles dans les délais impartis.

⁴⁶ Annexe plan hub

Chaque vague de travaux à l'hôpital est soumise à une organisation drastique dans l'ordonnancement de la maîtrise d'ouvrage. La localisation des travaux du « hub » à proximité du bloc opératoire revêt un risque important de véhiculer des micro-organismes pathogènes. Le cadre hygiéniste de l'établissement et l'EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène), sont sollicités pour établir le diagnostic du niveau de risques et permettre la réalisation du projet. Les flux d'activité, le cloisonnement des zones de travaux et l'élimination des déchets sont étudiés pour circonscrire les risques.

L'éclaircissement de la dimension opérationnelle du projet nous amène désormais à la réflexion sur l'accompagnement de la diversité des collaborateurs dans la gestion du projet.

2.2.7 Réflexion sur le management du projet

C'est dans la constitution de l'équipe projet que la notion de leadership se détermine. De la conception à la mise en action du projet, il faut pouvoir créer une synergie. L'environnement mouvant des réglementations et financements doit également nous amener à réinterroger les modes de management.

« Aujourd'hui, l'hôpital est marqué par de profondes rigidités d'organisation qui ne permettent pas une évolution rapide pour faire face à des tensions financières croissantes.... En outre, il est essentiel de moderniser son management, ce qui passe par une approche renouvelée de la gestion des ressources humaines hospitalières et de la reconnaissance professionnelle. »⁴⁷

Cette expression de Jean Christian Fauvet dans son ouvrage « le manager joueur de GO » invite au développement des coopérations. « Dans une entreprise, il n'y a de performances que collective »⁴⁸.

Cette affirmation me conforte dans l'idée d'administrer le projet « hub » par une pratique de management en « rupture avec les représentations traditionnelles »⁴⁹, Il s'agit du « management intégratif ».

Après avoir passé en revue, les différentes postures managériales (directive, persuasive, participative, délégative etc.), la définition même du management intégratif amène une réflexion empirique. « Il correspond à l'intégration des systèmes qui regroupe les plus souvent trois types de management : le management de la qualité, de l'environnement, de la sécurité. Ce dernier est orienté vers la santé et la sécurité au travail »⁵⁰

La dimension sociologique est mise en exergue. Actuellement dans les organisations le pessimisme prévaut par un sentiment de « perte d'influence individuelle et collective, d'une dépossession de la maîtrise de ces évolutions »⁵¹. Il faut pouvoir redonner un nouveau souffle

⁴⁷ Ministère de la santé et des solidarités. Moderniser le pilotage de l'hôpital et de son management [En ligne] publié le 12/02/2019. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/article/moderniser-le-pilotage-de-l-hopital-et-son-management> (Consulté le 02/03/2019).

⁴⁸ FAUVET J.C., SMIA M. Le manager joueur de GO. 2^{ème} Ed. Paris : Les Editions d'organisations, p64.

⁴⁹ Gestion Hospitalières. Le management intégratif en établissement de santé [En ligne] N°535-Avril 2014. Disponible sur <http://gestions-hospitalieres.fr/le-management-integratif-en-etablissements-de-sante/> (consulté le 24/04/2019).

⁵⁰ <https://www.management-integre.com/smi.php>

⁵¹ LUKACS P. Stratégie pour un futur souhaitable, quatre créations exemplaires pour un management innovant. 1^{ère} Ed. Paris : Dunod, 2018, préface.

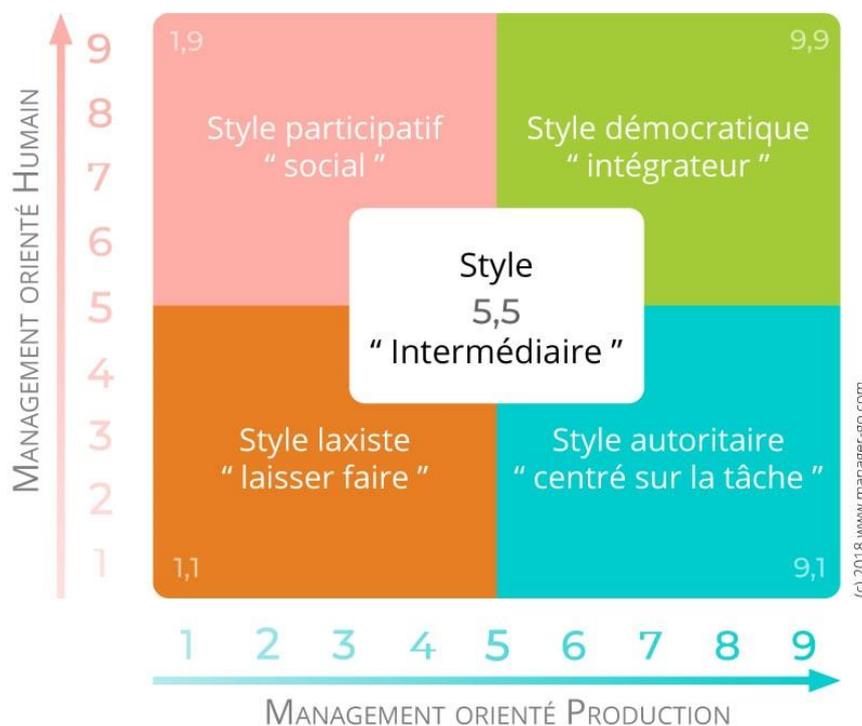
et favoriser le développement de nos collaborateurs et « accroître leur niveau de connaissances, de compétences, de savoir, de culture ; augmenter leur capacité d'autonomie, de prise de responsabilités personnelles, d'initiatives »⁵².

En définitif, il s'agit ici d'apporter une certaine démocratie au travail en intégrant les collaborateurs dans la démarche de gestion de projet.

La notion d'éthique intervient, « Le souci de performance organisationnelle a parfois conduit à délaisser le souci de la pertinence humaine des organisations »⁵³.

Plus qu'une réorganisation visant à améliorer les flux et le bilan financier, le projet hub doit amener à un nouveau paradigme managérial, celui d'innover pour « assurer la pérennité et la performance des organisations ».⁵⁴

Ci-dessous, la matrice des travaux de Robert R. BLAKE (médecin) et Jane S. MOUTON (sociologue) dans les années 70 sur le management des hommes formalise la prise en compte des collaborateurs et l'efficacité que peut apporter un management intégratif. Actuellement, dans nos organisations, le style intermédiaire (5,5) est légion, il se limite à faire appliquer les protocoles et procédures. Le détail des indices managériaux⁵⁵ oriente sur la posture de leadership à adopter.



Le chapitre suivant sera consacré à la méthodologie utilisée pour appliquer le nouveau management du projet.

⁵² Ibid., p13

⁵³HESBEN W. Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin. Paris : Elsevier Masson, 2011, p 114.

⁵⁴NOBRE T. L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre. Paris : DUNOD, septembre 2013, 4ème de couverture

⁵⁵ Annexe 17 Indice managérial

2.3 Le management du projet

Par définition un projet « est une réponse organisationnelle qui permet aux structures de s'adapter aux aléas de l'environnement »⁵⁶. Cette définition résume en soi le prologue de du projet.

Cadres de santé et administratifs, équipes paramédicales, équipe de transport interne, secrétaire, responsable logistique, autant de collaborateurs directs et indirects qu'il va falloir associer à un projet au déploiement rapide, et à fort enjeu pour l'établissement. Le lancement du « hub » doit être effectif pour la rentrée 2019. Il faudra limiter les zones d'ombres au tableau et anticiper au maximum les difficultés. La constitution du COPIL (Comité de Pilotage) et des membres qui le composent, vise justement à renforcer la cohésion.

2.3.1 Le comité de pilotage, l'équipe projet

Le comité de pilotage est l'instance ou groupe de travail chargé de la validation et du suivi des choix stratégiques d'un projet. Le premier rassemblement a permis d'attribuer ma lettre de mission.⁵⁷

Dans le projet « hub, il inclut le Directeur des Opérations (DOP), la direction des soins, les cadres de santé, logistique et administratif, les Responsables d'Unités de Soins (RUS), la Responsable Assurance Qualité (RAQ), la cadre hygiéniste, le médecin anesthésiste coordonnateur de l'UCA, le responsable des travaux et services techniques ainsi qu'un représentant du CHSCT et moi-même en qualité de coordinateur du projet.

Les prérequis et l'affectation des missions de chacun ont été établis Les premiers jalons sont posés et l'agenda des prochains rassemblements fixé. Les difficultés rencontrées par les équipes de terrain sont évoquées et il est acté de faire participer les membres du personnel lors de prochains COPIL. Ce sera la condition sine qua non pour amener les équipes au cœur du projet.

En marge des COPIL, il faut s'assurer que les missions attribuées respectent les délais établis. A ce titre, des points réguliers avec l'encadrement de proximité sont prévus dans l'ordonnancement du projet. Il est surtout question de mettre en avant la nouvelle stratégie de gestion des ressources humaines à savoir l'intégration au projet pour favoriser l'adhésion. La superposition d'enjeux, de relations hiérarchiques et transversales dans ce projet suppose « implicitement l'analyse des acteurs et de leur rôle »⁵⁸ pour déterminer quels seront les « challengers » à même de relayer le projet « hub ».

2.3.2 L'analyse des jeux d'acteurs et la stratégie des alliés

Sur la proposition des concepts acquis lors du module MRH (Management des Ressources Humaines), il faut savoir prendre de la hauteur et mesurer le rôle de chacun dans le collectif. Pour maîtriser la conduite de projet, il est nécessaire d'apporter aux contributeurs, une aide sur une partie ou un manque dans leur prérogative, en somme, « relier, connecter, créer des liens pour faire émerger et vivre le dessein »⁵⁹. C'est le principe de la stratégie des alliés qui consiste en « une alliance privilégiée qui unit le chef de l'encadrement, notamment aux responsables de proximité »⁶⁰.

⁵⁶ Fermon B., Grandjean P. Performance et innovation dans les établissements de santé. Paris : Dunod, 2015 p 172.

⁵⁷ Annexe 18 lettre de mission

⁵⁸ NERE R. Ibid., p 47

⁵⁹ FAUVET J.C., SMIA M. Ibid., p64.

⁶⁰FAUVET J.C. La socio dynamique concept et méthode. 1^{ère} Ed. Paris, Les éditions d'organisation, 1995 p. 216

De manière objective, le déploiement de l'ambulatoire forain augmentera les taux d'occupation des lits en hospitalisation complète et, de facto, les fermetures de services. La contrepartie sera d'amener les équipes à de nouvelles pratiques. Le « hub », par un report d'activité, améliorera les flux patients en ambulatoire, il faudra amener l'équipe d'ambulatoire à se cliver pour assurer la prise en charge des patients.

L'accroissement des recettes hôtelières, aura un impact global. La prime d'intéressement de tous les salariés de l'établissement est indexée pour partie sur ces bénéfices.

Les équipes de transport interne seront moins sollicitées par le bloc opératoire avec un meilleur agencement de leur activité et par la réduction de leur périmètre d'activité.

Toutefois l'ensemble du projet peut ne pas présenter que les seuls avantages. Il nous faut donc prendre en considération les inconvénients et difficultés ou freins liés à cette nouvelle organisation.

2.3.3 Les freins déclarés et probables

Accompagner, conduire des équipes à changer, décroisonner les organisations, l'idée ne se suffit pas à elle-même. La définition du mot changement : « *Modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi* »⁶¹ amène inmanquablement, une notion de quelque chose qui mécontente. Il importe d'identifier et d'anticiper les résistances au changement.

Les freins culturels : amener des équipes à adhérer au projet d'établissement relève du défi. De nombreux freins s'affichent, consécutifs à un changement de comportement des acteurs, notamment des plus jeunes, dont la relation au travail se distingue par rapport aux aînés. Ceux-ci dénigrent, sans ambages, direction et management.

Quant aux acteurs les plus âgés, installés dans une certaine « routine », leurs réticences aux changements s'expriment par la crainte de sortir d'une zone de confort et de maîtrise. Il s'avère difficile de faire la distinction dans la prise en compte de l'ancienneté et de la compétence.

Le déficit de compétences : c'est le tribut des organisations cloisonnées. La crainte de prendre en charge d'autres typologies d'interventions est manifeste.

La crainte du changement : le constat d'un certain absentéisme s'observe lors de demandes de mobilités internes conséquentes à la fermeture de services. Ces demandes s'imposent pour pallier les absences dans une autre unité de soins.

L'organisationnel : il faut envisager tous les scénarii et schémas d'organisations possibles afin de limiter les failles dans la nouvelle organisation, que ce soit dans les flux patients, le secteur logistique ou dans la gestion des ressources humaines.

Le pilotage du projet est révélateur de nombreux freins et leviers. L'une des attentes est de faire adhérer les équipes concernées à cette nouvelle organisation, et de faire montre de cohésion dans la conduite du projet afin de susciter l'engagement unanime des équipes.

Pour ce faire, le degré de changement à conduire, doit-être pertinent dans l'accompagnement, la formation et la communication. Les équipes engagées devront

⁶¹ Dictionnaire Larousse en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>

s'approprier le sujet et assimiler la volonté du management d'améliorer l'équilibre travail-coût, impératif au fonctionnement de la structure.

Par quel *modus operandi* est-il possible de mobiliser les équipes dans l'acceptation du nouveau projet ? Mon choix se portera sur une méthodologie nouvelle dans nos organisations, qui devrait imprégner les acteurs de terrain ou « *les savants de leur réalité professionnelle* »⁶². Il s'agit de la méthode d'analyse par scénarios.

2.3.4 La conduite du changement selon la méthode d'analyse par scénarios (MDS)

Une définition de cette méthodologie s'impose pour mieux saisir l'orientation que je souhaite donner à l'accompagnement des équipes, puis j'en décrirai en détails la déclinaison.

L'analyse se définit par une « opération par laquelle l'esprit décompose un ensemble constitué, pour en déceler l'autonomie des parties, pour en apprécier mieux la congruence ou la finalité, ou simplement pour rendre accessible chacun de ses éléments »⁶³.

Le scénario se définit par les « prévisions réalisées selon certaines hypothèses, et tenant compte des contraintes d'une situation économique, démographique »⁶⁴. En pratique sociologique, la conception et l'usage de la MDS, est l'annonce d'un cadre abstrait, une situation aux participants en leur demandant de décliner des choix « en correspondance à ce qu'ils feraient dans une situation particulière »⁶⁵.

Cette méthodologie issue des sciences de gestion a pour intérêt de rendre proactif les collaborateurs en requérant leur participation et leur réflexion dans le processus de décision managériale du projet « hub ». Elle permet de « *jouer un rôle essentiel dans la recherche empirique dans le domaine de l'éthique managériale* »⁶⁶.

En théorie le management mis à mal et décrié par les équipes en poste se voit offrir une autre approche dans une dimension sociologique de gestion, celle de disposer dans une « *situation de crise une stratégie de communication émotionnelle/rationnelle afin de préserver l'image organisationnelle* »⁶⁷. La conjoncture sociale par les problématiques de flux, de fermeture et de mobilité, fait peser sur les organisations de travail les risques psychosociaux (RPS).

« Et si l'amélioration de la performance économique et sociale des organisations passait par une refonte des systèmes et pratiques de management ? »⁶⁸. Sous cet intitulé en forme de question l'ANACT (Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail), je perçois la méthode d'analyse des scénarios comme un levier susceptible d'aider les

⁶²MEYER V. The scenario method : A survey tool for assessing Types of communication within organizations, 2008,p133-156.[En ligne], disponible sur <https://journals.openedition.org/edc/778>. (Consulté le 02/04/2019)

⁶³ Dictionnaire Larousse en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/analyse/>

⁶⁴ Dictionnaire Larousse en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/scenarios/71355>

⁶⁵ GUEROUI F. La conception et l'usage de la méthode des scénarios. Ed Management et avenir, 2016/5 N°87, p 17. [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2016-5page-15.htm>. (Consulté le 13/04/2019).

⁶⁶ GUEROUI Fatima, La conception et l'usage de la méthode des scénarios. Ibid. p18

⁶⁷ GUEROUI F. La conception et l'usage de la méthode des scénarios. Ibid. p24.

⁶⁸ <https://www.anact.fr/themes/management-du-travail>

managers à repenser leur mode de fonctionnement et par réaction renforcer la (ré)action des équipes.

Intégrer par l'apprentissage les collaborateurs dans une technique d'investigation prospective et participative, amènera à les rendre acteurs du changement envisagé. La littérature abondante dans la sociologie du travail, loue les bienfaits des organisations apprenantes qui sont « favorables au bien-être psychologique, mais toutes choses égales par ailleurs, elles procurent aussi de meilleures conditions de travail »⁶⁹. Maintenant, il convient de relater la mise en application concrète de cette méthodologie de manière dans les organisations.

En marge des COPIL, deux réunions de cadrage avec les cadres concernés auront été nécessaires pour poser les jalons d'une base commune et identique de scénarios pour tous les collaborateurs impliqués.

La feuille de route comporte 4 volets qui se décomposent comme suit : la préparation des équipes à la méthode des scénarios, l'analyse, le retour et le lancement. Ce dernier point ne pourra pas être traité dans le projet. La partie « évaluation du projet » permettra d'exposer le cadrage prévu pour l'axe lancement.

2.3.4.1 La préparation ou les « focus groups »

Le focus group se définit par « une technique d'entretien de « Groupe d'expression et d'entretien dirigé », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il fait partie des techniques d'enquêtes qualitatives par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur »⁷⁰.

Après la présentation des caractéristiques pour la mise en œuvre du projet « hub », chaque collaborateur concerné par le sujet devra émettre un ou plusieurs scénarios organisationnels en exposant les besoins, avantages, risques et impératifs. De cette méthode, nous avons souhaité obtenir des prises de positions et recueillir les argumentations.

Plus en détails, les consignes pour les équipes impliquées consistent en la présentation du nouvel espace disponible pour la future création du « hub » pour les membres paramédicaux et les administratifs de l'UCA, Ils devront se projeter dans l'agencement architectural de cet espace, définir le parcours patient pour accéder au lieu et enfin agencer la répartition des effectifs pour assurer la prise en charge.

Tous ces éléments doivent impliquer la dimension économique à savoir l'optimisation des recettes hôtelières et un équilibre des ressources humaines. Pour le service de transport interne, la présentation du nouvel espace implique de repenser le parcours patient et le fonctionnement de l'équipe de brancardiers, afin d'assurer le transport des patients au bloc en respectant les délais opératoires.

⁶⁹ CLOT Y., GOLLAC M., Le travail peut-il devenir supportable ? 2^{ème} Ed. Paris : Armand Colin, 2017, p102.

⁷⁰ NORMANT-THIBEAULT E. A propos de la méthodologie des entretiens des groupes focalisés, 2010, [En ligne]. Disponible sur <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58> (Consulté le 01/05/2019).

Quant aux équipes paramédicales des services d'hospitalisation complète, elles accueilleront l'ambulatoire forain, elles détermineront les besoins, avantages et inconvénients dans leurs activités et réfléchiront comment coordonner le parcours des patients depuis l'UCA vers leur service.

Le premier effet de l'introduction de cette méthode aura été l'apport de proximité avec les équipes.

2.3.4.2 L'analyse des scénarios

Selon la méthodologie de « l'analyse des besoins de la conduite du changement »⁷¹, le tableau ci-dessous recense les remarques des équipes selon les 4 critères prédéfinis précédemment. Ces derniers verbatims s'imbriquent avec l'étude des freins présentée en amont.

	BESOINS	AVANTAGES	INCONVENIENTS	RISQUES
UCA	1ETP, descriptif du matériel nécessaire pour le hub	Plus de retard au bloc pour les patients, plus de fluidité, Meilleure rotation et meilleur taux de vente des « box solo »	Séparation de l'équipe 4 ^{ème} et 3 ^{ème} étage.	Coordination avec bloc et SSPI si échec parcours à pied
TRANSPORT INTERNE	Rien	Moins de pas.	Circuit ambulatoire en forain	Coordination nouveau flux et communication interservices.
HOSPITALISATION COMPLETE	Formations a d'autres pratiques et fonctionnement de la chirurgie ambulatoire	Meilleur taux d'occupation en journée. Meilleure prise en charge des patients ambulatoires tardifs. Pas d'attente pour les patients RAAC	Turn-over de patients. Réfection lits et chambres.	

La réflexion sur l'organisation du parcours patient s'avère plus aboutie que le schéma initial que le processus issu de nos réflexions.

Cette contribution des collaborateurs appelant à s'interroger sur leur travail a été riche d'enseignements. En toute humilité, de nouvelles perspectives dans l'optimisation des flux et l'identification des risques ont été apportées.

Pour exemple, le souhait d'utiliser la Fiche d'Auto Contrôle de l'Opéré (FACO)⁷² dans les passeports ambulatoires et RAAC. Cette démarche est très pro active, le patient

⁷¹ AUTISSIER D., MOUTOT J.M. La boîte à outil de la conduite du changement. Paris : Dunod, 2016, p110.

⁷² Annexe 19 FACO

s'approprié ainsi un élément du processus de soins. L'utilisation de moniteur multi paramètres de manière autonome par le patient sous le contrôle des paramédicaux. (Cf. image ci-dessous)



Citons également les précisions sur l'identification des patients empruntant le circuit « hub ». S'il y a échec du parcours à pied en post-opératoire, il faut pouvoir facilement identifier le lieu de départ, pour les agents de transport interne. La réponse apportée est un bracelet ou dossier de couleur différente.

Le travail de réflexion sur le projet est grandement facilité par l'intelligence collective. La dimension opérationnelle en termes de qualité et gestion des risques connaît une dynamique réfléchie.

Élément marquant, cette méthodologie a apporté une certaine détente dans une organisation pourtant en tension. Le fait de prendre part à la résolution de problématiques et se projeter dans un environnement concret consolide le choix de la stratégie intégrative.

Fait troublant, toutes les revendications individuelles et collectives apparaissent peu dans les scénarios. Les propositions émises dans les scénarios se rapportent au seul critère de la qualité de prise en charge des patients et aux impératifs organisationnels. C'est certes un élément fort du projet, mais l'amélioration des conditions de travail avec une nouvelle redistribution l'est tout autant. L'impératif économique pourtant décriée, a été considérée avec attention dans les scénarios.

L'innovation dans le management de la gestion de ce projet, contribue à créer « des conditions favorables à la construction d'une autre réalité au sens d'une autre vision et des solutions aux problèmes qui s'y posent ».⁷³

Les propositions organisationnelles et les besoins formulés doivent maintenant trouver écho, pour rendre apte le changement dans les organisations.

« Même s'il est fréquemment fait référence à la résistance au changement, l'être humain se caractérise aussi par une quête incessante de nouveautés »⁷⁴. Le management intégratif

⁷³ CLOT Y., GOLLAC.M. Le travail peut-il devenir supportable. 2ème Ed. Paris : Armand Colin,2017, p224.

⁷⁴ NOBRE T. L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre. 1^{ère} Ed. Dunod : 2013, p21.

aura apporté cette nouveauté, la mobilisation de l'intelligence collective qui a permis de développer une certaine culture, celle de comprendre les enjeux de l'établissement, cela devrait simplifier la conduite du changement.

2.3.4.3 La conduite du changement

La représentation du projet a orienté les actions. Les besoins ont été clairement énoncés et ont permis de structurer le changement souhaité. La demande ressources humaines supplémentaires établie par les équipes de l'UCA était prévisible. Le prochain départ d'une infirmière à temps partiel qui sera remplacée par un temps complet est acté. Cette négociation n'a pas soulevé plus de débats et entre dans le cadre de l'ordre de mission. Cet atout a été communiqué en temps voulu pour renforcer la posture managériale.

La demande de formation des équipes en hospitalisation complète est légitime, les souhaits sont de connaître les pratiques et les surveillances clinique des différentes spécialités pratiquées. L'organisationnel et le cadre législatif qui entoure les pratiques en chirurgie ambulatoire seront les éléments ajoutés à ces demandes. En lien avec la responsable formation de l'établissement, nous mesurons la possibilité de recourir à la FEST⁷⁵ (formation en situation de travail). Récemment définie dans le code du travail, elle ouvre de nouvelles perspectives de formation en interne de l'établissement.

Ce sera la méthode phare pour accompagner les équipes. Plus qu'une formation théorique, ce modèle de formation apporte la dimension opérationnelle recherchée et voulue. Les formateurs « pairs experts » sont suffisamment nombreux pour accompagner la montée en compétences. La création de référentiels de compétences est prévue pour faciliter la mesure et l'atteinte des acquis. L'accompagnement au changement est facilité par la MDS, toutefois certains écueils sont à signaler et révèlent des points sensibles.

2.3.4.4 Risques de la MDS

La locution « intégratif » dans le management du projet, ne doit pas rimer avec subversion. L'accompagnement des équipes doit-être dirigé. Il faut alors maintenir le lien auprès des équipes, en se recentrant si nécessaire, sur les jalons du projet.

C'est sur point que le management doit-être vigilant. Dans ce mode intégratif, il y a une forme « d'inversion de la pyramide managériale »⁷⁶. Il y a un risque d'affaiblir son image et son pouvoir. Le leadership assertif est assurément la posture adaptée pour concilier management intégratif et le maintien de sa position.

Afin que l'équipe d'encadrement montre sa cohésion, un planning d'ordonnancement⁷⁷ du projet est transmis pour que la communication, l'accompagnement et les plans de formations soient uniformes pour tous les collaborateurs.

L'apport de nouvelles méthodes donne aux collaborateurs la possibilité de s'exprimer et participer à la prise de décisions. Leur efficacité est « un élément favorisant leur perception de la qualité de vie au travail et du sens donné au travail »⁷⁸. N'est-ce pas ici le rôle du

⁷⁵Légifrance. Loi N°2018-771 du 5 Septembre 2018-art.4 [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006904131&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 24/05/2019).

⁷⁶ AUTISSIER D., HUREAU J.P., RAYNARD T., VANDANGEON-DERUMEZ I. Les réseaux apprenants, une démarche d'accompagnement dans la relation de service à la SNCF. Paris : Eyrolles, 2014, p10.

⁷⁷ Annexe 20 ordonnancement

⁷⁸ AUTISSIER D., HUREAU J.P., RAYNARD T., VANDANGEON-DERUMEZ I. Ibid., p11

manager que de mobiliser les énergies, participer au développement de ses collaborateurs et (re)donner de la vision ?

L'étape suivante du projet consiste en la collecte de données qui permettra de mesurer l'atteinte des objectifs, il s'agit de l'évaluation.

2.4 Evaluation du projet

Le projet « hub » semble être la panacée. Il combine des critères de qualité pour la prise en charge des patients. Il permet l'amorce d'une amélioration des conditions de travail et une optimisation médico-économique.

Il est nécessaire d'apprécier le degré de réussite des résultats escomptés. L'évaluation fait partie intégrante du projet, la mesure des indicateurs de qualité et de quantité sera la matrice qui témoignera de la réussite des objectifs.

2.4.1 Les indicateurs de qualité et de quantité

La qualité au travers de plusieurs indicateurs dont la satisfaction va permettre que les tutelles concèdent ou non une enveloppe financière à l'établissement. L'excellence et les efforts en ce sens des établissements sont appréciés par un « score IFAQ, basé sur les résultats issus de la mesure nationale de la qualité (certification des établissements, indicateurs de qualité, de sécurité des soins et de satisfaction des patients) »⁷⁹

Au terme de l'année 2018, l'établissement a perçu une rémunération récompensant sa démarche qualité. Les enjeux sont importants pour le versant qualité du projet. La mesure de la satisfaction des patients sera à suivre scrupuleusement. Il est prévu d'établir un questionnaire spécifique adressé aux patients empruntant le parcours « hub ». La RAQ (Responsable Assurance Qualité) pilotera ce sujet. Précédemment, le parcours ambuGO, a déjà été soumis à son expertise par un questionnaire dédié. L'analyse des retours a autorisé les réajustements nécessaires pour améliorer la qualité (tenue opaque, chaussons anti-dérapants etc.)

Les indicateurs de quantité et performance. La base de données à ma disposition aura permis d'instruire le projet « hub ». Ces données serviront de base pour évaluer la correction des attentes du projet (délais d'attente avant admission au bloc, taux de rotation, chiffre d'affaire hôtelier, taux d'occupation des services...).

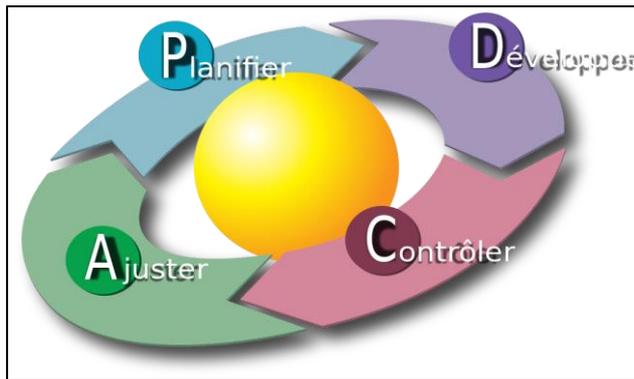
La recherche d'amélioration des conditions d'exercice des professionnels « ne peut être mesurée par un algorithme »⁸⁰. Le fondement d'un management intégré permet une horizontalité dans les interactions et facilite les échanges. Outre la diminution de la mobilité, le recueil des avis sera prépondérant pour mesurer l'impact favorable du projet sur les organisations.

2.4.2 Superviser et améliorer en continu

⁷⁹ Ministère de la santé et des solidarités. Incitation financière à l'amélioration de la qualité [En ligne]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq> (Consulté le 24/05/2019).

⁸⁰ FRENANDEZ A. Les tableaux de bord du manager. 1ère Ed. Paris: Eyrolles, 2018, p278.

La célèbre roue de Deming est « une transposition graphique de la méthode de gestion de la qualité dite PDCA (plan-do-check-act) »⁸¹.



Elle représente de manière simple, les étapes à suivre dans le déroulement et l'amélioration du projet. Concrètement, il s'agit de tenter de pérenniser la qualité et la performance de l'organisation mise en place.

Les indicateurs de qualité et de mesure de l'activité seront autant d'atouts pour faire évoluer la prise en charge des patients. Les productions de référentiel et protocoles ne sont jamais figées. Les « procédures formelles et surtout des routines informelles doivent être conçues, mises en place, testées, améliorées, pour limiter les atteintes »⁸²

Dans cette perspective d'appropriation par l'intégration au projet, les collaborateurs seront sollicités pour faire vivre et faire évoluer les organisations qu'ils auront choisies.

2.4.3 Perspectives après projet

Le projet « hub » est une réponse à des problématiques intercurrentes à un instant précis. En prenant du recul, il paraît pourtant aisé de pouvoir anticiper les points d'achoppement de notre établissement. Malgré les bases de données exhaustives et précises, la gestion des crises et des difficultés ne se fait que lorsque celles-ci atteignent leur acmé.

Nos problématiques managériales et sociales ainsi que celles en lien avec la structure, et les flux, sont-elles identiques à d'autres établissements ?

Pour donner de la pertinence à ma réflexion, j'ai choisi de mener des entretiens auprès de trois de mes supérieurs hiérarchiques. Ce sont eux qui édictent les projets d'établissement et de soins. J'ai choisi le Directeur d'établissement, le directeur délégué et la directrice des soins.

Mon choix s'est porté sur la méthode d'entretien semi directif. Elle « consiste à recueillir les réactions et perceptions de l'individu interrogé à partir de thèmes et questions décidés à l'avance, compilés dans un guide d'entretien. »⁸³.

Les questions au nombre de cinq, ont pour objectifs d'obtenir des éléments de réponses sur la vision du futur de l'hôpital, tant dans l'architecture que, dans la gestion des ressources humaines. Je souhaite approfondir le raisonnement de mon projet managérial et évaluer l'adaptabilité au-delà de notre structure.

⁸¹ Wikipedia. https://fr.wikipedia.org/wiki/Roue_de_Deming (consulté le 23/04/2019)

⁸² Clot Y., Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? 2ème Ed. Paris : Armand Colin, 2017, p102.

⁸³ Daniel B. Les avantages de l'entretien semi directif [En ligne]. Disponible sur <https://testconso.typepad.com/marketingetudes/entretien-semi-directif.html> (Consulté le 08/05/2019).

Le recueil des entretiens est compilé dans le tableau ci-dessous, pour en faciliter la lecture je résumerai les grandes lignes de ces échanges.

	ENTRETIEN N°1 (N+1)	ENTRETIEN N°2 (N+2)	ENTRETIEN N°3 (N+3)
FONCTION	Adjointe à la direction des soins	Directeur Délégué	Directeur d'établissement
DUREE	15 minutes	11 minutes	32 minutes
ANCIENNETE DANS LA STRUCTURE	Supérieure à 25 ans	3 ans	6 ans
Q1-Selon vous quelle est la bonne dimension pour un hôpital ?	Non définie, évolutive dans le temps et fonction des technologies. Les organisations seront modifiées au détriment de l'architecture.	Capacitaire minimum pour amortissement des charges et variable selon les autorisations.	400 à 500 lits (comme HPA), Vision ville hôpital+++ (Médecine, maladie chronique), augmenter le capacitaire de lits en médecine interne. Impose l'amélioration des DMS Ex d'une fusion de 3 établissements du groupe totalisant 550 lits, le regroupement en 1 établissement s'est soldé par un capacitaire de 280 lits.
Q2-Qu'est-ce qui influence l'architecture et les activités à l'hôpital ?	Les financements de l'activité, les incitations politiques.	Fonction des tendances (ex de l'hôpital Antony et l'UCA). La technologie et les pratiques en santé, la réglementation et la facturation (DMS via borne basse et haute de la T2a).	Flux+++Illustration d'exemple de structures voisines (Centre hospitalier du Sud Francilien) et évocation des politiques. Intérêt de la chirurgie ambulatoire pour diminuer les charges de fonctionnement. Evocation des baisses de taux d'occupation, et mise en garde sur l'impératif de « remplir » pour être en adéquation avec les coûts de structure. Vision extérieure sur le territoire dans son ensemble. L'hôpital est un hub , c'est ce qui se profile avec les GHT, les reports d'activités
Q3 -Dans un article de presse Agnès BUZYN annonce que « chaque hôpital	S'adapter et réagir selon les évolutions du moment. Concrètement moduler ses flux,	A prendre positivement ? Décentralisation et volonté d'autonomie	Vision publique. Parallèle avec les universités. Manière élégante d'induire des coopérations,

doit-être responsable de sa réorganisation », qu'est-ce que cela vous évoque ?	innover (digitalisation). Responsable selon ses possibilités.	des structures hospitalières.	mutualisations. Ne pas attendre que les tutelles donnent les orientations. Centralisation des fonctions support et mutualisation de ressources inter-établissements.
Q4 -Quels sont les nouveaux défis des managers à l'hôpital ?	Innover dans les organisations. Ne plus être directif ou participatif. Être éclairé de la conjoncture économique et politique. Décliner la politique d'établissement.	Management générationnel. La révolution numérique et digitale. Impliquer les acteurs dans les projets tout en les « cadrant » à la réalité économique et financière.	Gestion sous contrainte sans perte de sens. Prédominance de l'utilité de la fonction au détriment de l'efficacité. Faire mieux avec des moyens limités. Le privé est soumis à la rentabilité pour survivre et investir (différenciation avec le secteur public). Gestion responsable et médico-économique en donnant du sens. Prise en compte de l'évolution du sens et du rapport au travail des collaborateurs. (Aparté sur l'histoire de la profession infirmière).
Q5-Quel est votre vision de l'hôpital de demain ?	Recours ambulatoire et urgences. Structure de plain-pied. Optimisation des flux, modernité et humanisation. Vision actuelle de demain qui sera surannée.	Digitalisation, numérique, télémédecine, pour lutter contre la désertification médicale. Super compétence médicale ou autre. Prise en charge de qualité et tarification à l'épisode de soins. Managers qui maîtrisent leurs activités et fédèrent leurs équipes aux enjeux et contraintes.	Hub ou plateforme multimodale. Un établissement pilote et des structures satellites (exemple du Nord de l'Europe avec des établissements hyperspécialisés). Centre de coordination pour surveillance des pathologies chroniques à domicile.

L'intégralité des entretiens est disponible en annexe⁸⁴. Les enseignements de ces échanges corroborent la réflexion de représentation subjective exposée en préface. Selon la nature

⁸⁴ Annexe 21 Entretien N+1, N+2, N+3

de la fonction et la hiérarchie, la vision de l'entité hôpital et des organisations s'étend sur 3 strates micro, méso et macro. Les réponses à chacune des questions sont remarquables par leur liant hiérarchique.

A la question 1 sur le bon dimensionnement d'un hôpital, la N+1 évoque les organisations de travail, graduellement N+2 amène le débat vers la sphère politique. Le N+3 énonce des données concrètes et opérationnelles avec une dimension prospective. Les questions suivantes empruntent le même schéma directeur de perception.

A la question 2 sur les facteurs qui infèrent l'architecture hospitalière, nous passons d'une vision générale sur les financements et réforme politique, à un niveau de précision plus détaillé, pour finalement, avec le N+3 obtenir des exemples concrets et une mise en garde sur la nécessaire gestion entrepreneuriale.

La question 3 concernant le discours d'Agnès BUZYN, répond à une logique organisationnelle de terrain pour la N+1, orientée politique pour le N+2 et décisionnaire pour le N+3

La question 4 concernant les défis managériaux à relever, affiche une certaine hiérarchisation dans ses réponses. La N+1, évoque les notions d'organisations et le devoir d'assurer la déclinaison opérationnelle du projet de soin au travers de différents types de management. Le N+2 décrit les outils digitaux et numériques et le management intégratif qu'il pondère, par le nécessaire cadrage opéré par les managers. Quant au N+3, la vision est plus sociétale, l'évolution du rapport au travail et la diminution des ressources augurent un management « responsable ». Le manager devra intégrer la dimension médico-économique à ses équipes.

Enfin la question 5 sur le thème de la vision de l'avenir à l'hôpital, la N+1 apporte des éléments concrets sur une gestion en flux des patients et une architecture facilitante de plain-pied. Le N+2 a une vision très digitalisée et s'interroge sur les nouveaux métiers de la santé avec l'accession du numérique. Le N+3 a une vision plus pragmatique, le terme de « hub » apparaît pour la seconde fois dans l'échange. L'hôpital sera un centre de dernier recours et la prise en charge à domicile une norme. Selon lui le futur hospitalier en France correspondra au présent de pays voisins qui sont déjà engagés dans le modèle souhaité de notre Stratégie de Transformation du Système de Santé.

La conciliation de ces échanges avec mon point de vue autorise une pertinence d'analyse. La marque du management moderne répond aux besoins de prendre soin de ses collaborateurs et de prendre en considération nos impératifs réglementaires et financiers.

La synthèse de ces entretiens tient en la définition du cadre de l'Accord National Interprofessionnel (ANI, négociation entre partenaires sociaux au niveau national) du 19 juin 2013 qui définit la qualité de vie au travail (QVT) ainsi, « la compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l'intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une qualité du travail. Elle dépend aussi de leur aptitude à conjuguer performances individuelles et collectives dans le cadre du dialogue social. La qualité de vie au travail contribue à cette compétitivité »⁸⁵.

⁸⁵ MARCHAND X. (2018-2019) « Les mutations sociétales et rapport au travail de 1968 à nos jours », Support de cours Master Management et Santé-M2. IAE-UPEC.

Le choix d'un management intégratif aura permis aux collaborateurs de prendre des décisions sur l'organisation de leur travail en respectant un cadre bien défini. Ils auront donc eu l'opportunité de choisir une solution plutôt que de la subir.

3 Conclusion

L'hôpital, est un incroyable challenge. Son histoire, sa réglementation, son financement, et ses acteurs, sont autant de composants qui en font une entité atypique.

Vivre et écrire un projet aura permis l'ouverture de nouvelles perspectives, notamment, celle de « *Valoriser la performance sociale comme la performance économique, s'inscrire dans la durée, mettre chacun en situation d'exercer ses responsabilités, tels sont les défis que nous devons relever pour être mieux soignés demain* »⁸⁶ .

⁸⁶ CANIARD E. Mieux soignés demain. 2^{ème}Ed. PARIS : Cherche Midi, 2016, p 238

La concrétisation prochaine et la réussite certaine du « projet hub » confirme que le leadership et le mode de management sont des leviers notables pour fédérer et porter la vision.

Le leitmotiv de l'hôpital est constamment centré sur le patient et la qualité des soins prodigués et le management perçu comme une fonction d'autorité. Au centre de cet orchestre, les cadres de terrain et les collaborateurs sont le socle des organisations. Donner du sens et une forme d'emprise sur leur environnement est un témoignage de reconnaissance. Au travers de nouvelles valeurs communes, il est possible de recréer de la motivation.

A l'aube de la ratification du projet de loi santé 2019, le prélude de nouvelles injonctions et financements viendront restructurer l'hôpital et réorienter ses activités. Je cite pour exemple la tarification à l'épisode de soins qui transformera l'hôpital en financeur de tous les acteurs de soins.

L'Hôpital évalué par ses usagers, son activité transparente et consultable, la qualité comme émulation financière sont autant d'évolutions sociétales qui ont transformées son environnement. Pour accomplir la mission, il faut décroisonner les organisations et repenser l'administration des projets. Les liaisons ville-hôpital, les évolutions digitales et sociales annoncent déjà les prochains défis des managers.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ALTER N. Sociologie du monde du travail. 2^{ème} Ed. Paris : Puf, 2012, 362 p.

AUTISSIER D., HUREAU J.P., RAYNARD T., VANDANGEON-DERUMEZ I. Les réseaux apprenants, une démarche d'accompagnement dans la relation de service à la SNCF. Paris : Eyrolles, 2014, 191 p.

AUTISSIER D., MOUTOT J.M. La boîte à outil de la conduite du changement. Paris : Dunod, 2016, 192p.

BONNICI Bernard. La politique de santé en France. 6^{ème} Ed. Paris : Que sais-je, 123 p.

CANIARD E. Mieux soignés demain. 2^{ème} Ed. Paris : Recherche Midi, 2016, 237 p.

CLOT Y., GOLLAC M., Le travail peut-il devenir supportable ? 2^{ème} Ed. Paris : Armand Colin, 2017, 244 p.

FAUVET J.C. La socio dynamique concept et méthode. 1^{ère} Ed. Paris, Les éditions d'organisation, 1995, 337 p.

FAUVET J.C., SMIA M. Le manager jouer de GO. 2^{ème} Ed. Paris : Les Editions d'organisations, 126 p.

FERMON B., GRANDJEAN P. Performance et innovation dans les établissements de santé. Paris : Dunod, 2015, 456 p.

FOUCAULT M., BARRET-KRIEGEL B., THALAMY A. *et alii*, 1979, *Les Machines à guérir : aux origines de l'hôpital moderne*. Paris : Ed. Mardaga, 1995, 182 p.

FRENANDEZ A. Les tableaux de bord du manager. 1^{ère} Ed. Paris : Eyrolles, 2018, 320 p.

HAMMER M., CHAMPY C. Le Reengineering, réinventer l'entreprise pour une amélioration spectaculaire de ses performances. 1^{ère} Ed. Paris : Dunod, 2000, 247p.

HESBBEN W. Cadre de santé de proximité, un métier au cœur du soin. Paris : Elsevier Masson, 2011, 155 p.

LUKACS P. Stratégie pour un futur souhaitable, quatre créations exemplaires pour un management innovant. 1^{ère} Ed. Paris : Dunod, 2018, 230 p.

Meah, Préfacée par Jean-François MATTEI. Organisation Hospitalière, approche et expérience. Paris 1^{ère} Ed : Berger Levrault, 2008, 330 p.

NERE J.J. Le management de projet. 1^{ère} Ed. Paris : Puf, 2006, 127 p.

NOBRE T. L'innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre. Paris : DUNOD, septembre 2013, 320 p.

BRAS Pierre-Louis , POUVOURVILLE Gérard de , Didier TABUTEAU . Traité d'économie et de gestion de la santé. 2^{ème} Ed. Paris : Edition de science Po, 2012, 559 p.

ARTICLES

DANIEL B. Les avantages de l'entretien semi directif [En ligne]. Disponible sur <https://testconso.typepad.com/marketingetudes/entretien-semi-directif.html> (Consulté le 08/05/2019).

VOLET S., Dr GRANIER M., CALMES G. Qualité de vie au travail, RH et management. Gestions hospitalières. N°583. Mars 2019, pp 23-29.

GUEROUI F. La conception et l'usage de la méthode des scénarios. Ed Management et avenir, 2016/5 N°87, p 17. [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2016-5page-15.htm>. (Consulté le 13/04/2019). Pp 15-34.

Journal Libération. Interview par FAVEREAU E. le 08/04/2018 [en ligne]. Disponible sur https://www.liberation.fr/france/2018/04/08/agnes-buzyn-chaque-hopital-doit-se-poser-la-question-de-sa-reorganisation_16419775 (consulté le 09/10/2018).

MEYER V. The scenario method : A survey tool for assessing Types of communication within organizations, 2008.p133-156.[En ligne], disponible sur <https://journals.openedition.org/edc/778>. (Consulté le 02/04/2019). pp133-156.

NORMANT-THIBEAULT E. A propos de la méthodologie des entretiens des groupes focalisés, 2010, [En ligne]. Disponible sur <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58> (Consulté le 01/05/2019).

TEXTES LEGISLATIFS

Conseil Constitutionnel. Constitution de 1946, IVe République, Préambule, XIe aliéna [En ligne]. Disponible sur <https://www.conseil-constitutionnel.fr/les-constitutions-dans-l-histoire/constitution-de-1946-ive-republique> (consulté le 15/02/2019).

Légifrance. Loi N°2018-771 du 5 Septembre 2018-art.4 [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006904131&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 24/05/2019).

Ministère de la santé et des solidarités. Incitation financière à l'amélioration de la qualité [En ligne]. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq> (Consulté le 24/05/2019).

COURS REFERENCES

DUMOND J-P. (2018-2019) Les organisations de santé « La Grande Transformation Hospitalière », Support de cours Master Management et Santé-M2. IAE-UPEC.

LETOURNEAU D. (2013-2014) Lois Hospitalières, Support de cours Master 1. ESM.

MARCHAND X. (2018, 2019) Management des Ressources Humaines, Support de cours Master 2 MOS. IAE-UPEC.

RAPPORT ET PUBLICATIONS

Cours des comptes. La Sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Octobre 2018 [En ligne], p18. Disponible sur https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/20181004-rapport-curite-sociale-2018_0.pdf p18 (consulté le 12/02/2019).

COUTY E. « 25. Les restructurations dans le secteur hospitalier » dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, Presses de Sciences Po, « Hors collection », 2009, p. 247-254 [En ligne]. Disponible sur <https://www.cairn.info/traité-d-economie-et-de-gestion-de-la-santé--9782724611144-page-247.htm> (consulté le 09/12/2018).

DREES. Données de cadrage : l'hôpital, évolution du nombre de lits en hospitalisation complète en section hôpital par secteur en taux de croissance annuel moyen (TCAM%). [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf> (consulté le 03/05/2019).

DREES. Hôpitaux et cliniques en mouvement : Changements d'organisation de l'offre de soins. N°633, Avril 2008 [En ligne] p6. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er633.pdf> (Consulté le 03/05/2019).

DREES. Les dépenses en santé en 2017, édition 2018. Comparaison internationale des dépenses hospitalières [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/46.pdf>. (Consulté le 03/05/2019).

http://www.ifrap.org/sites/default/files/SPIP-IMG/pdf/BPO_Gestion_des_lits-2.pdf (Consulté le 8/02/2019).

IGAS. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années, Mars 2012. [En ligne], p18 disponible sur http://www.collectifhopitaldie.org/blog/public/2012/1207igasRAPPORTSURLES_FUSIONSIRM2012-020P.pdf (Consulté le 03/05/2019).

IRDES. Données de cadrage : L'Hôpital, Financement et évolution [En ligne]. Disponible sur <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/depenses-et-evolutions.html> (consulté le 28/02/2019).

Meah. La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques [En ligne]. Avril 2008, p21. Disponible sur Ministère de la santé et des solidarités. « Nouvelles organisations et architectures hospitalières » [En ligne]. 2011, p1. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf (Consulté le 09/10/2018).

Ministère de la santé et des solidarités. MA santé 2022, un engagement collectif, dossier de presse [En ligne]. 2018, p14. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_vdef.pdf (consulté le 15/03/2019).

PAGES ET SITES INTERNET

Agence régional de Santé. Disponible sur https://www.pays-de-la-loire.ars.fr/systeme/files/201806/PANORAMA_CHIRURGIE_AMBULATOIRE_PAYS_DE_LA_LOIRE_VERSION_WEB_0.pdf

ATI. <https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

Gestion Hospitalières. Le management intégratif en établissement de santé [En ligne] N°535-Avril 2014. Disponible sur <http://gestions-hospitalieres.fr/le-management-integratif-en-etablissements-de-sante/> (consulté le 24/04/2019).

Grace Asso. <https://www.grace-asso.fr/grace-et-vous/rac>

<https://www.anact.fr/themes/management-du-travail>

Ministère de la santé et des solidarités. Moderniser le pilotage de l'hôpital et de son management [En ligne] publié le 12/02/2019. Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/article/moderniser-le-pilotage-de-l-hopital-et-son-management> (Consulté le 02/03/2019).

VIDEOS

CLOT Y. Le travail peut-il devenir supportable ? CNAM centre [En ligne]. 2015. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=PFR5J8IFyP0> (consulté le 05/01/2019)

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 EVOLUTION ET CONVERGENCE DE LA TARIFICATION

ANNEXE 2 HOPITAL PRIVE D'ANTONY DONNES HOSPI DIAG

ANNEXE 3 RECENSEMENT DES EFFECTIFS DE L'HOPITAL PRIVE D'ANTONY

ANNEXE 4 DONNES CHIFFREES DE L'ACTIVITE DE L'UCA EN 2018 / TAUX DE ROTATION

ANNEXE 5 AMBUGO

ANNEXE 6 AMBU GIR

ANNEXE 7 DEPLIANT OFRRE PRESTATIONS HOTELIERES (GAMME SOLO)

ANNEXE 8 BENCHMARK RECETTES HOTELIERES ETABLISSEMENTS DU GROUPE RAMSAYGDS

ANNEXE 9 PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

ANNEXE 10 TABLEAU DE BORD

ANNEXE 11 SCORE NPS PAR UNITES FONCTIONNELLES

ANNEXE 12 GRAPHIQUE DE LA SEQUENCE ADMISSION/ENTREE AU BLOVC OPERATOIRE

ANNEXE 13 DETAILS DE LA GRILLE D'OPPORTUNITE

ANNEXE 14 PARCOURS PATIENT AMBUGO®

ANNEXE 15 PLAN 2D ET 3D DU HUB

ANNEXE 16 NOTICE GRILLE STYLE MANAGERIALE

ANNEXE 17 LETTRE DE MISSION

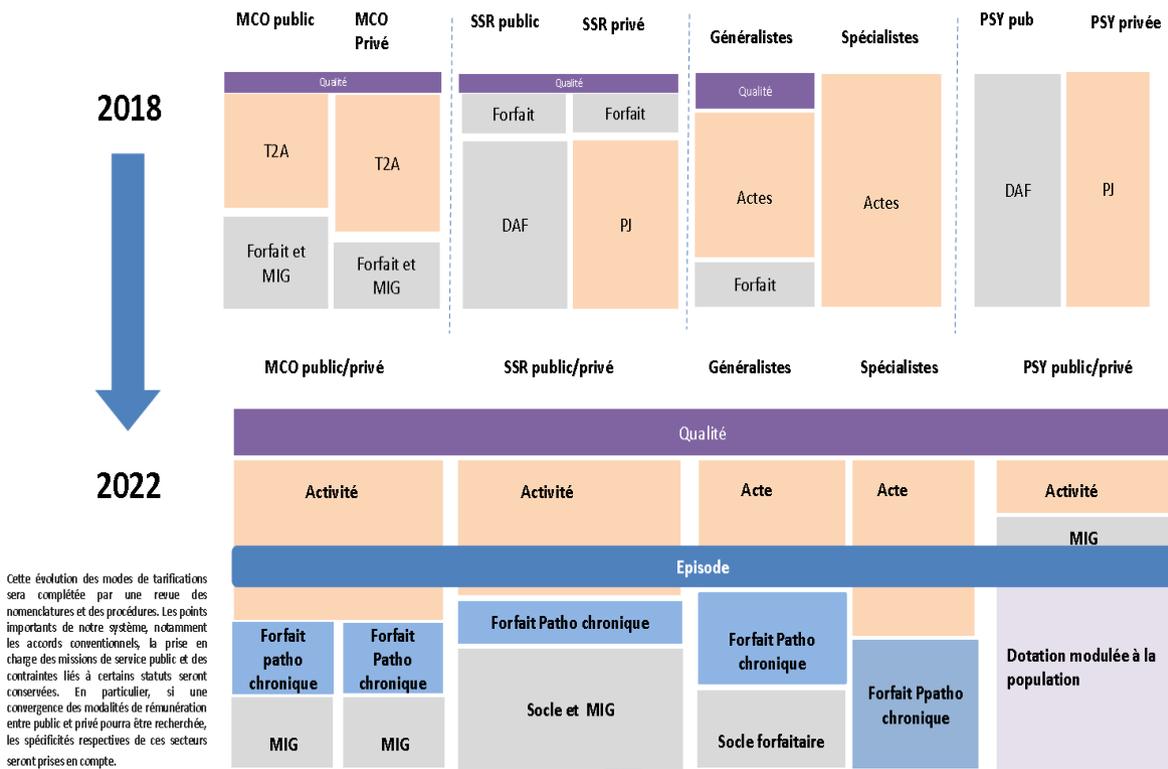
ANNEXE 18 FICHE D'AUTO CONTRÔLE DE L'OPERE

ANNEXE 19 PLANNING D'ORDONNANCEMENT

ANNEXE 20 ENTRETIENS N+1, N+2, N+3

ANNEXE 1 - EVOLUTION ET CONVERGENCE DE LA TARIFICATION

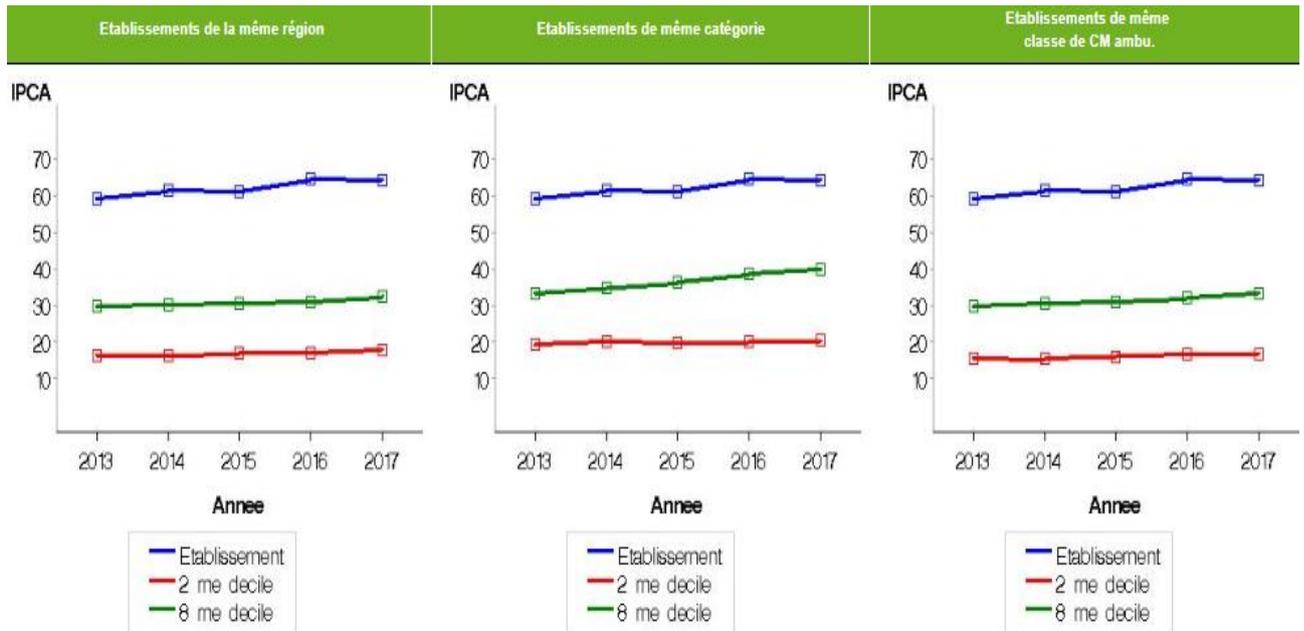
D'un modèle complexe et en silo vers un modèle réunifié au service des patients



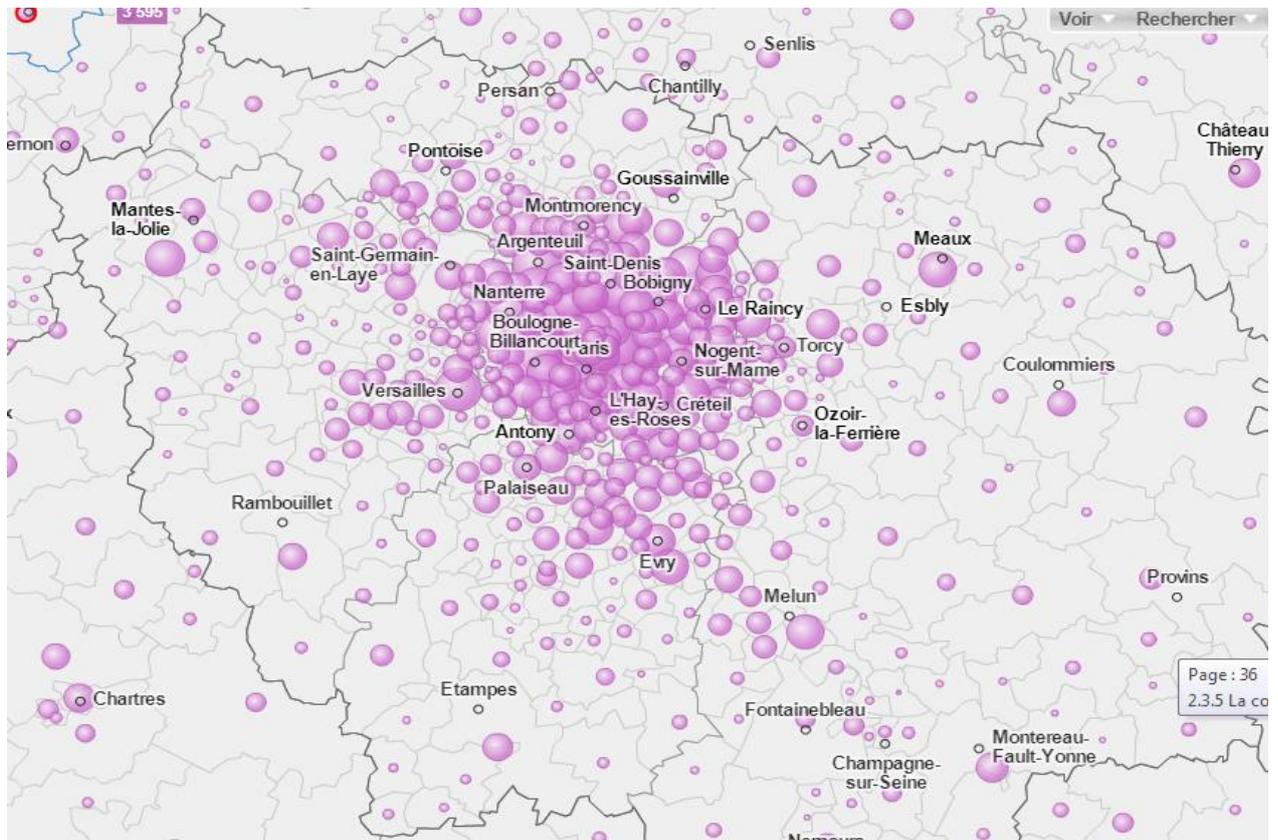
PROJECTION DE L'EVOLUTION DE LA PART T2A DANS LE FINANCEMENT



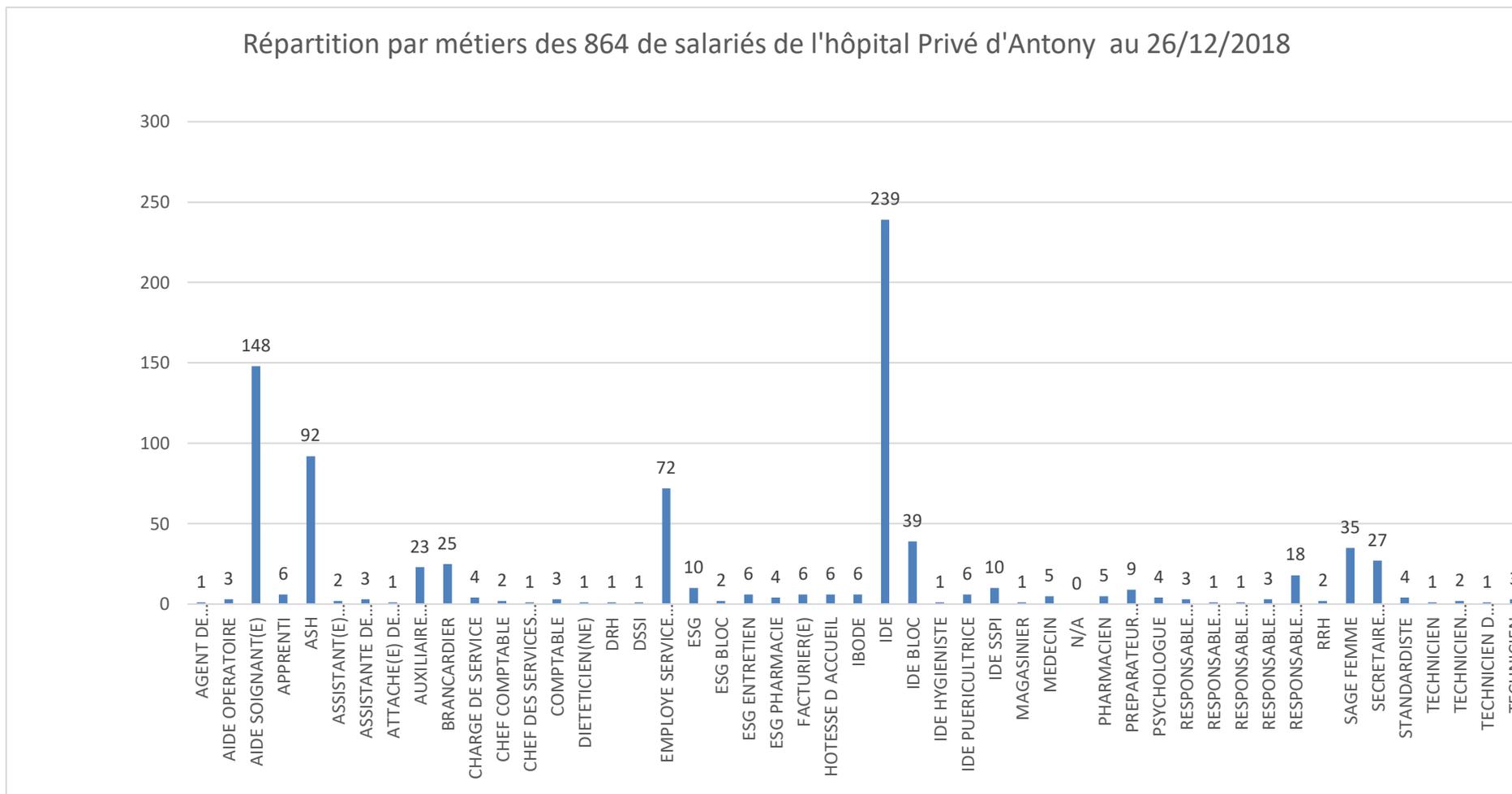
ANNEXE 2 - INDICATEUR DE PERFORMANCE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DE L'HÔPITAL PRIVE D'ANTONY



CARTOGRAPHIE DE LA ZONE D'ACTIVITE DE L'HÔPITAL PRIVE D'ANTONY



ANNEXE 3- RECENSEMENT DES EFFECTIFS DE L'HOPITAL PRIVE D'ANTONY

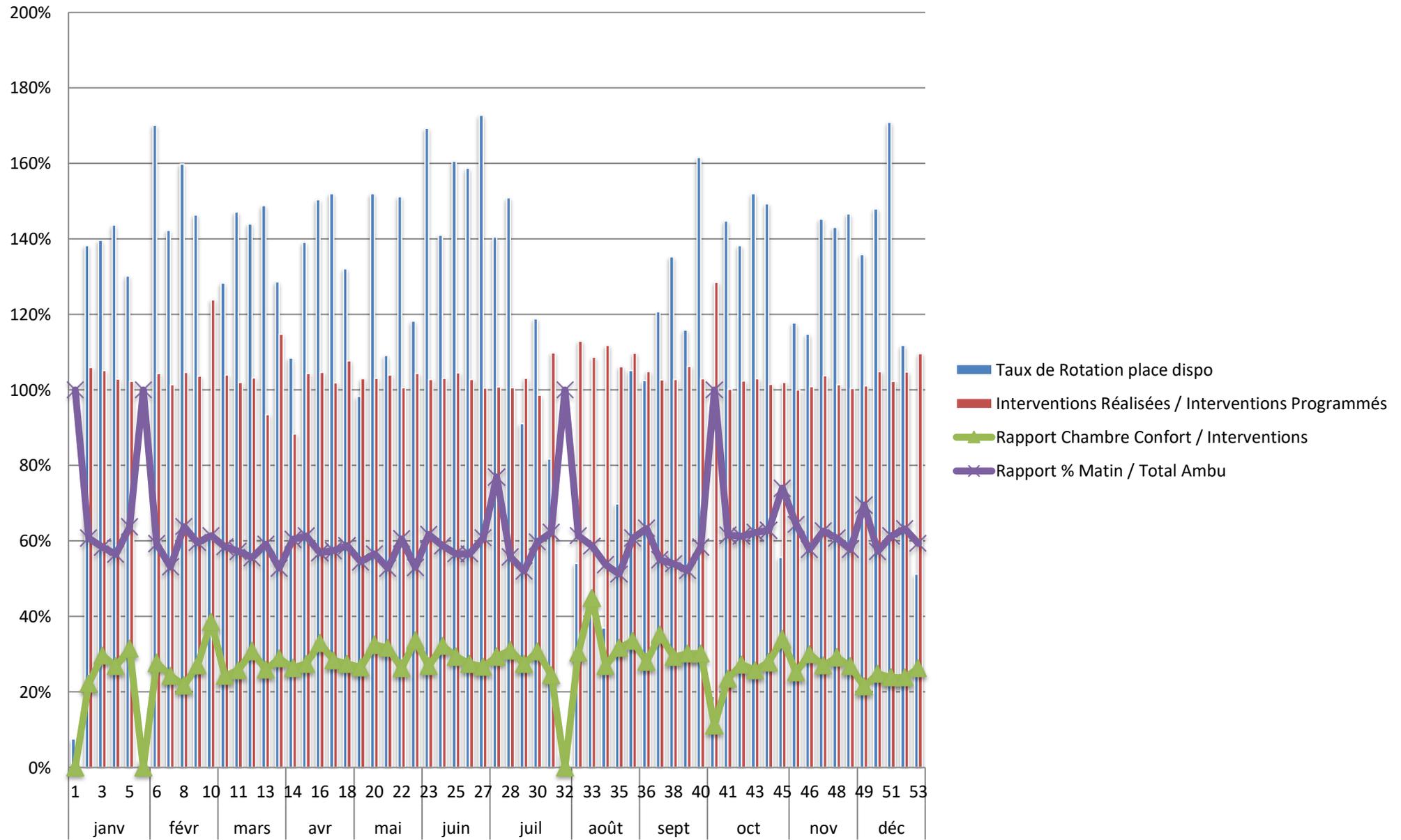


ANNEXE 4-TABLEAUX DE BORD

UF	Date												Total général
	janv	févr	mars	avr	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	déc	
Uro	60	58	81	65	49	76	50	45	78	81	46	70	759
Viscéral	105	90	69	84	101	98	48	52	96	85	108	96	1032
Endo	821	875	899	832	818	990	758	325	739	752	822	705	9336
Ophtalmo	275	290	287	288	241	291	133	48	270	248	270	184	2825
ORL	35	27	30	43	42	35	29	10	31	30	33	29	374
Stomato	161	263	222	307	195	311	232	114	172	339	176	257	2749
Vasculaire+ Cardio	122	120	149	133	107	117	79	57	130	154	149	157	1474
Ortho	123	142	152	130	163	165	138	58	163	152	133	154	1673
Main	154	172	165	151	163	177	164	111	169	176	145	162	1909
Gynéco	80	87	101	78	103	103	64	52	67	94	111	91	1031
Lithotricie	21	31	28	20	18	8	4	3	12	14	9	7	175
Plastique	42	32	44	29	29	36	17	15	35	26	39	15	359
Pédiatrie	51	70	66	62	48	100	56	37	62	66	69	56	743
Divers	6	14	20	21	6	18	21	14	33	20	9	21	203
Total 2016 :	2056	2271	2313	2243	2083	2525	1793	941	2057	2237	2119	2004	24642

RAPPORT 2015	1817	1983	2191	2135	1761	2344	1737	806	1974	2217	1837	2114	22916
%	13,2%	14,5%	5,6%	5,1%	18,3%	7,7%	3,2%	16,7%	4,2%	0,9%	15,4%	-5,2%	7,5%

Indicateurs UCA Annuel



ANNEXE 5 -INFORMATION TRANSMISE AUX PATIENTS ELIGIBLES AU PARCOURS A PIED AU BLOC OPERATOIRE



Madame, Monsieur,

Une prise en charge Ambulatoire personnalisée, appelée « ambuGo » a été mise en place à l'Hôpital Privé d'Antony pour répondre à vos attentes.

Grâce à ambuGo vous bénéficiez d'une plus grande autonomie pendant votre hospitalisation. Vos trajets entre votre box Ambulatoire et le bloc opératoire s'effectuent, à pied, accompagné d'un brancardier.

Il a été prouvé que la participation active du patient dans sa prise en charge, diminue le stress et l'anxiété liés à une intervention chirurgicale.

L'équipe médicale propose ambuGo aux patients valides, qui répondent à plusieurs critères d'éligibilité évalués par le praticien et l'anesthésiste pour assurer la sécurité et la qualité d'un parcours personnalisé.

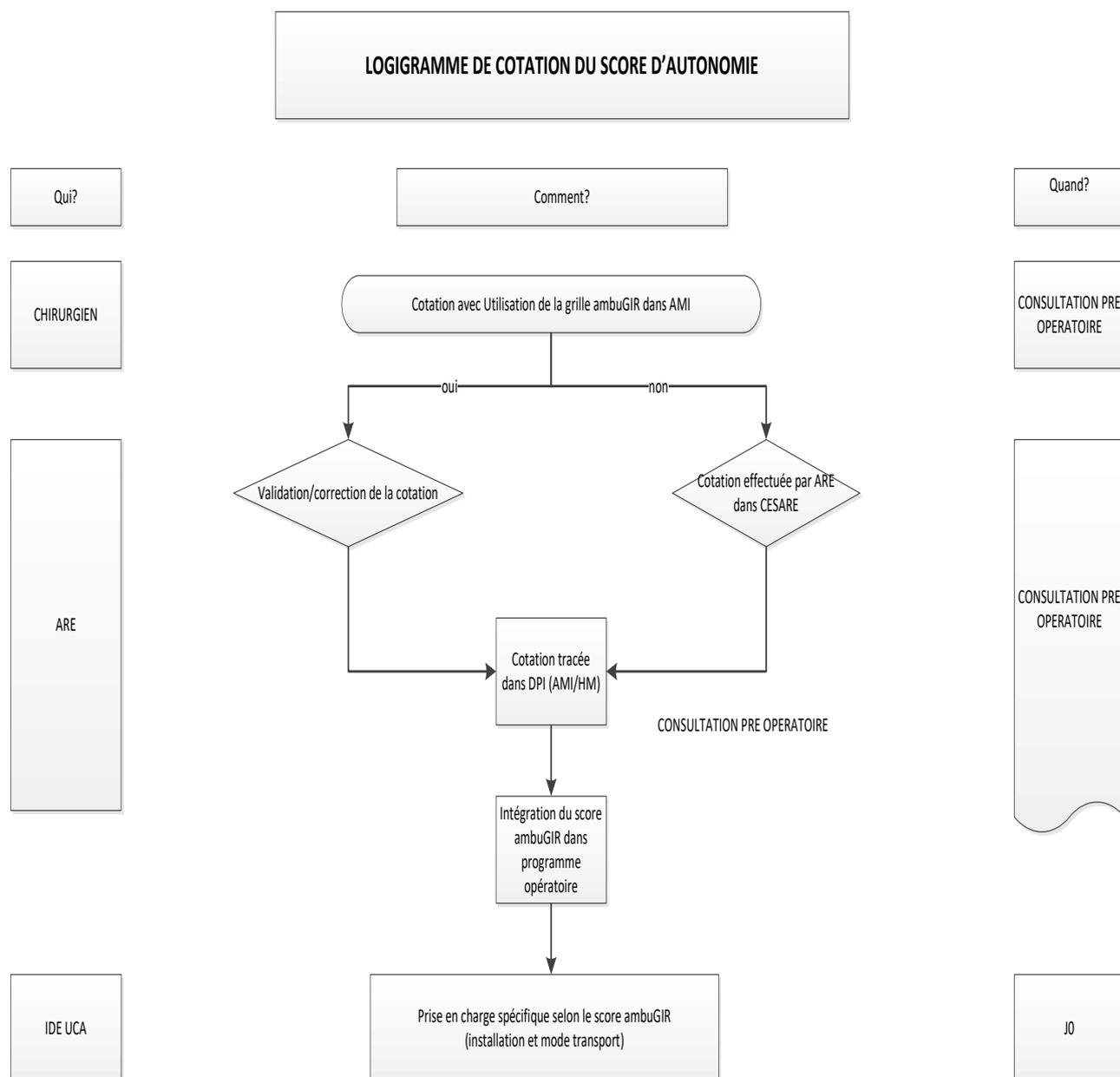
N'hésitez pas à en discuter avec votre praticien si vous souhaitez devenir acteur de votre santé et bénéficier de cette prise en charge spécifique.

L'Equipe médicale



Hôpital privé
d'Antony

ANNEXE 6-ARBRE DECISIONNEL POUR LA COTATION DE L'AUTONOMIE (AMBUGIR)



Pour faciliter la cotation de l'autonomie des patients, un score réduit modifié de GIR1 à GIR4 est établi, c'est le modèle ci-dessous qui est utilisé en référence dans l'établissement.

GIRAMBU 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, et/ou fonctions mentales sont altérées, nécessite une présence continue d'intervenants

GIRAMBU 2 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui nécessite une présence discontinue d'intervenants : besoin d'une aide pour les transferts, les soins corporels, la toilette.

GIRAMBU 3 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, l'habillage et les repas.

GIRAMBU 4 : Personne autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Nb : Les patients Girambu 1 et 2 ne peuvent être intégrés dans une procédure AmbuGo

ANNEXE 7-DEPLIANT OFFRE PRESTATION HOTELIERES (GAMME SOLO)

Une bulle de confort pour mon séjour en ambulatoire.

Pour m'assurer bien-être et tranquillité, je réserve un espace privé⁽¹⁾ pour m'accueillir lors de mon intervention. Je choisis parmi les trois niveaux de confort celui qui me convient le mieux pour me détendre et récupérer.

Je prépare ma visite en réservant ma formule sur⁽²⁾

ramsay-services.fr



Le coût de mon hospitalisation parfaitement maîtrisé.

J'évalue au plus près le coût de mon hospitalisation, et je suis la prise en charge par ma mutuelle sur :

ramsay-services.fr

Hôpital privé d'Antony

1 rue Velpeau
92160 Antony
Tél.: 01 46 74 37 00

@RamsayGDS

RamsayGDS

RamsayGDS

www.ramsay-services.fr



MON ESPACE PRIVÉ

Pour mon séjour en ambulatoire ma sérénité est assurée.



Simplifiez-vous la santé

(1) Un espace collectif est également disponible.
(2) Sous réserve de disponibilité le jour de mon admission.



BULLE PLUS

Mon espace privé.

Télévision.

Wi-Fi haut débit en illimité.

Collation⁽³⁾

BULLE PLUS : 70 €

(3) Prestation soumise à validation du personnel soignant.



BULLE CONFORT

Mon espace privé.

Présence possible de mon accompagnant.

Télévision.

Wi-Fi haut débit en illimité.

Pause gourmande⁽³⁾

Place de parking incluse⁽⁵⁾

Cadeau de bienvenue.

BULLE CONFORT : 95 €

(3) Prestation soumise à validation du personnel soignant.
(5) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.



BULLE GRAND CONFORT

Mon espace privé.

Chambre spacieuse et confortable.

Présence possible de mon accompagnant.

Télévision.

Wi-Fi haut débit en illimité.

Pause gourmande⁽³⁾

Pause gourmande pour mon accompagnant⁽⁴⁾

Place de parking incluse⁽⁵⁾

Cadeau de bienvenue.

Journal quotidien ou magazine.

BULLE GRAND CONFORT : 125 €

(3) Prestation soumise à validation du personnel soignant.
(4) Prestation limitée à un accompagnant par patient.
(5) Prestation limitée à une place et sous réserve de disponibilité.

Recettes hôtelières / Taux de vente CPH (YTD fin janv.)

Taux de vente CPH			Taux de vente CPH		
Rang	Etablissement	Taux de vente	Rang	Etablissement	Taux de vente
1	LA MUETTE	110%	26	GEOFFROY ST HILAIRE	46%
2	CMC PARIS V	109%	27	BOIS BERNARD	46%
3	MARCEL SEMBAT (CCBB)	109%	28	LAC ET ARGONAY	45%
4	BLOMET	94%	29	PAUL D'EGINE	44%
5	HPVA - VILLENEUVE D'ASCQ	88%	30	SAINTE MARIE	43%
6	SAINT AME	87%	31	LES PEUPLIERS	43%
7	JOUVENET	86%	32	HP SEINE ST DENIS	43%
8	LA LOUVIERE	74%	33	LANDY	39%
9	MAUSSINS - NOLLET	72%	34	HPDA - PASTEUR VALENCE	38%
10	PAYS DE SAVOIE	71%	35	MERMOZ	37%
11	HPV - LES FRANCISCAINES	69%	36	ANTONY	36%
12	LA MONTAGNE	67%	37	VERT GALANT	34%
13	HP DIJON BOURGOGNE	65%	38	VILLENEUVE SAINT-GEORGES	33%
14	L UNION	65%	39	CLAUDE GALIEN	32%
15	LES MARTINETS	63%	40	PARLY II	32%
16	KENNEDY	62%	41	HP OUEST PARISIEN	32%
17	LAMBERT	56%	42	HP EST PARISIEN	30%
18	MARNE LA VALLEE	53%	43	JEANNE D'ARC	30%
19	HP DE LA LOIRE	53%	44	RESIDENCE DU PARC	28%
20	CLINIQUE DU PLATEAU BEZONS	52%	45	CLAIRVAL	20%
21	CMCO EVRY (MOUSSEAU)	52%	46	ST MARTIN CAEN	20%
22	ESTUAIRE	52%	47	MARNE CHANTEREINE	19%
23	ARMAND BRILLARD	52%	48	JACQUES CARTIER	17%
24	MONTICELLI-VELODROME	51%	49	HPDA - GENERALE VALENCE	14%
25	CONVERT	50%			



Nous prenons soin de vous

15

Recettes hôtelières / Taux de vente CPA (YTD fin janv.)

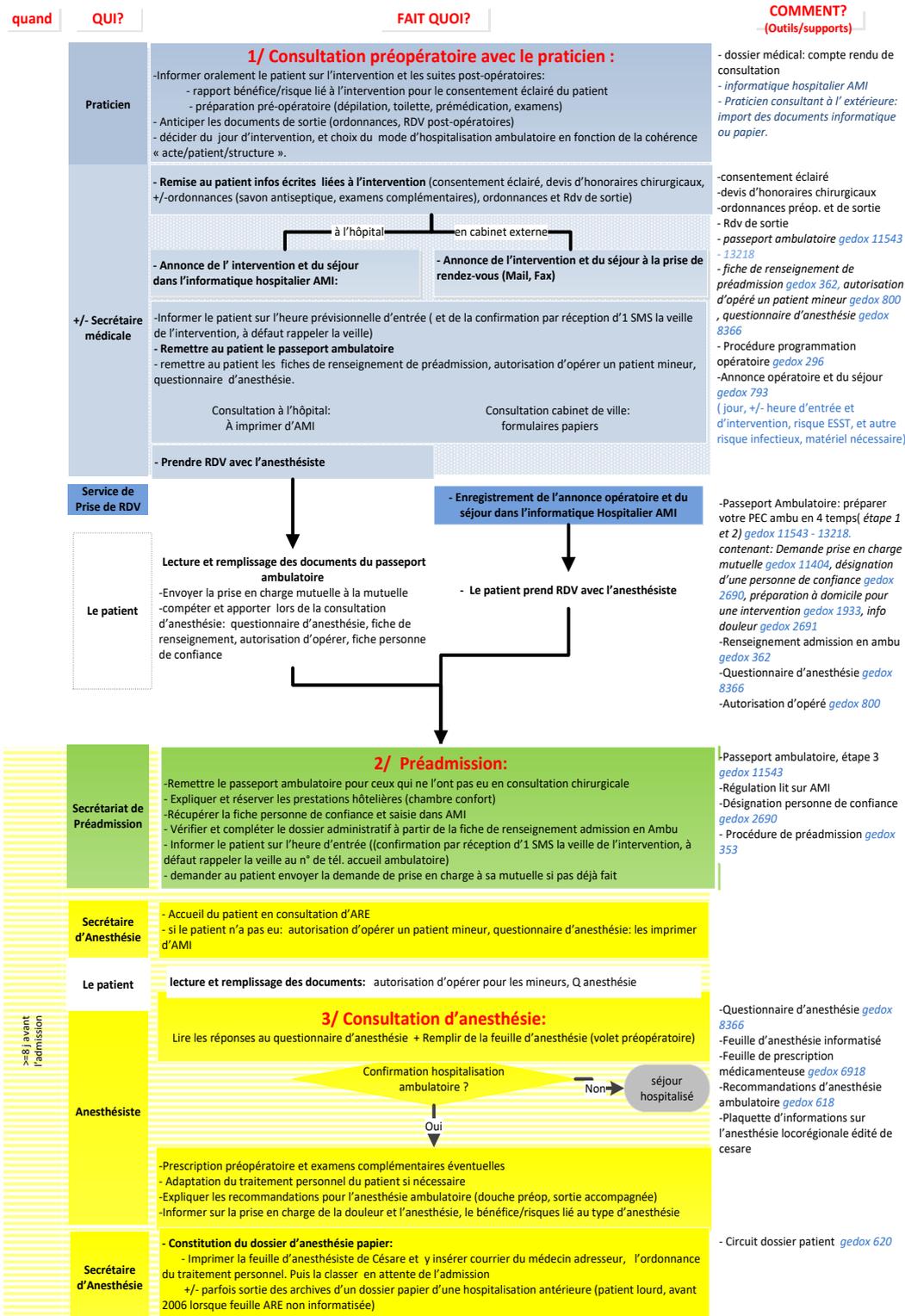
Taux de vente CPA			Taux de vente CPA		
Rang	Etablissement	Taux de vente	Rang	Etablissement	Taux de vente
1	LA MONTAGNE	101%	26	HP SEINE ST DENIS	19%
2	JOUVENET	99%	27	ANTONY	18%
3	LA MUETTE	97%	28	MERMOZ	16%
4	HPV - LES FRANCISCAINES	95%	29	HP DIJON BOURGOGNE	16%
5	LES MARTINETS	94%	30	PAYS DE SAVOIE	15%
6	PARLY II	91%	31	SAINTE MARIE	14%
7	HP OUEST PARISIEN	91%	32	VERT GALANT	13%
8	MAUSSINS - NOLLET	87%	33	CMCO EVRY (MOUSSEAU)	13%
9	HPVA - VILLENEUVE D'ASCQ	83%	34	CONVERT	12%
10	MARCEL SEMBAT (CCBB)	72%	35	KENNEDY	12%
11	CMC PARIS V	69%	36	HP DE LA LOIRE	11%
12	LA LOUVIERE	57%	37	MARNE LA VALLEE	10%
13	PAUL D'EGINE	55%	38	MONTICELLI-VELODROME	5%
14	BLOMET	54%	39	ST MARTIN CAEN	3%
15	SAINT AME	46%	40	RESIDENCE DU PARC	3%
16	LANDY	45%	41	LAC ET ARGONAY	3%
17	LAMBERT	37%	42	HPDA - PASTEUR VALENCE	2%
18	ESTUAIRE	31%	43	HPDA - GENERALE VALENCE	1%
19	JEANNE D'ARC	30%	44	GEOFFROY ST HILAIRE	1%
20	CLINIQUE DU PLATEAU BEZONS	29%	45	MARNE CHANTEREINE	0%
21	JACQUES CARTIER	29%	46	VILLENEUVE SAINT-GEORGES	0%
22	BOIS BERNARD	29%	47	CLAUDE GALIEN	0%
23	L UNION	24%	48	HP EST PARISIEN	0%
24	ARMAND BRILLARD	22%	49	CLAIRVAL	0%
25	LES PEUPLIERS	19%			

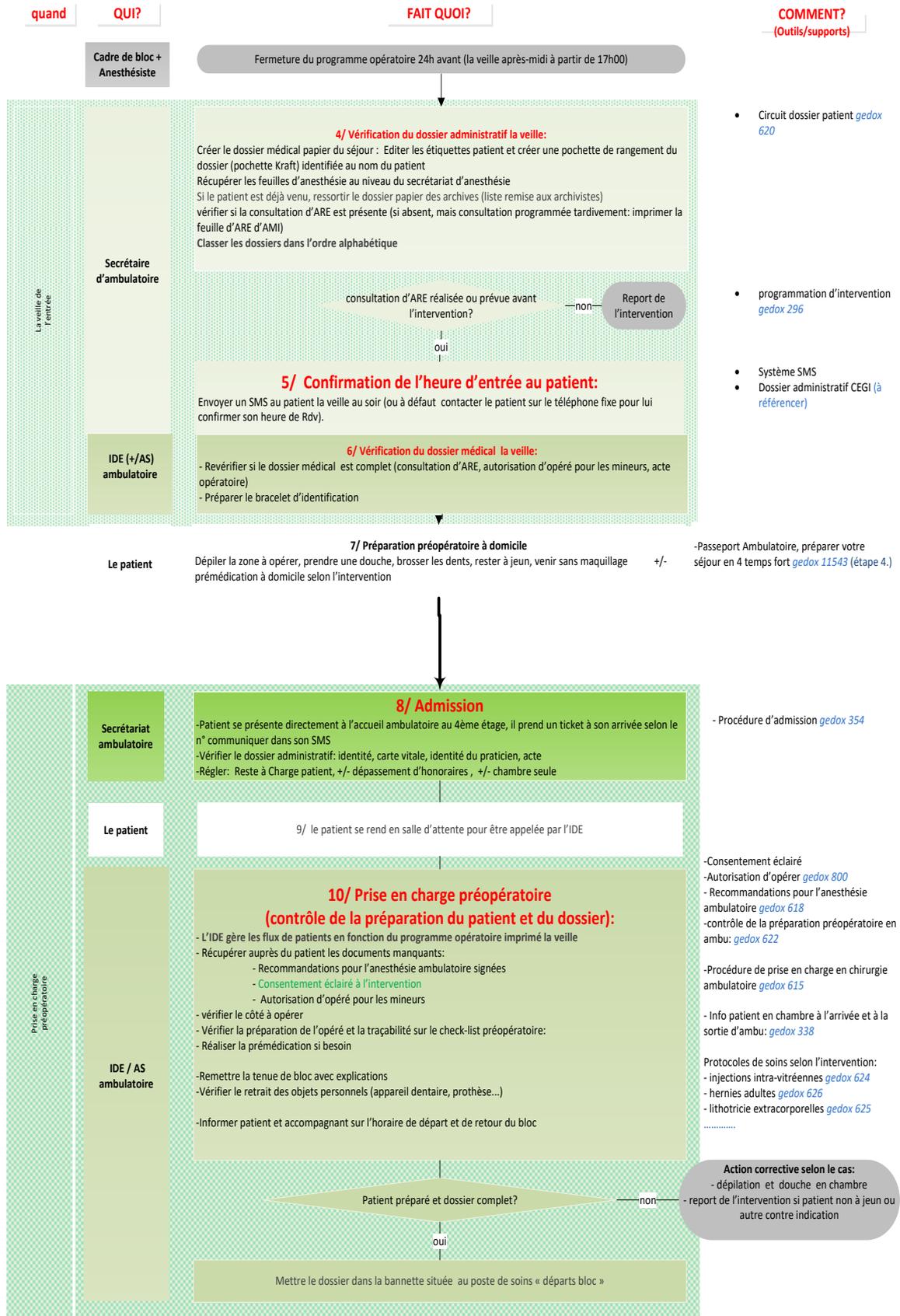


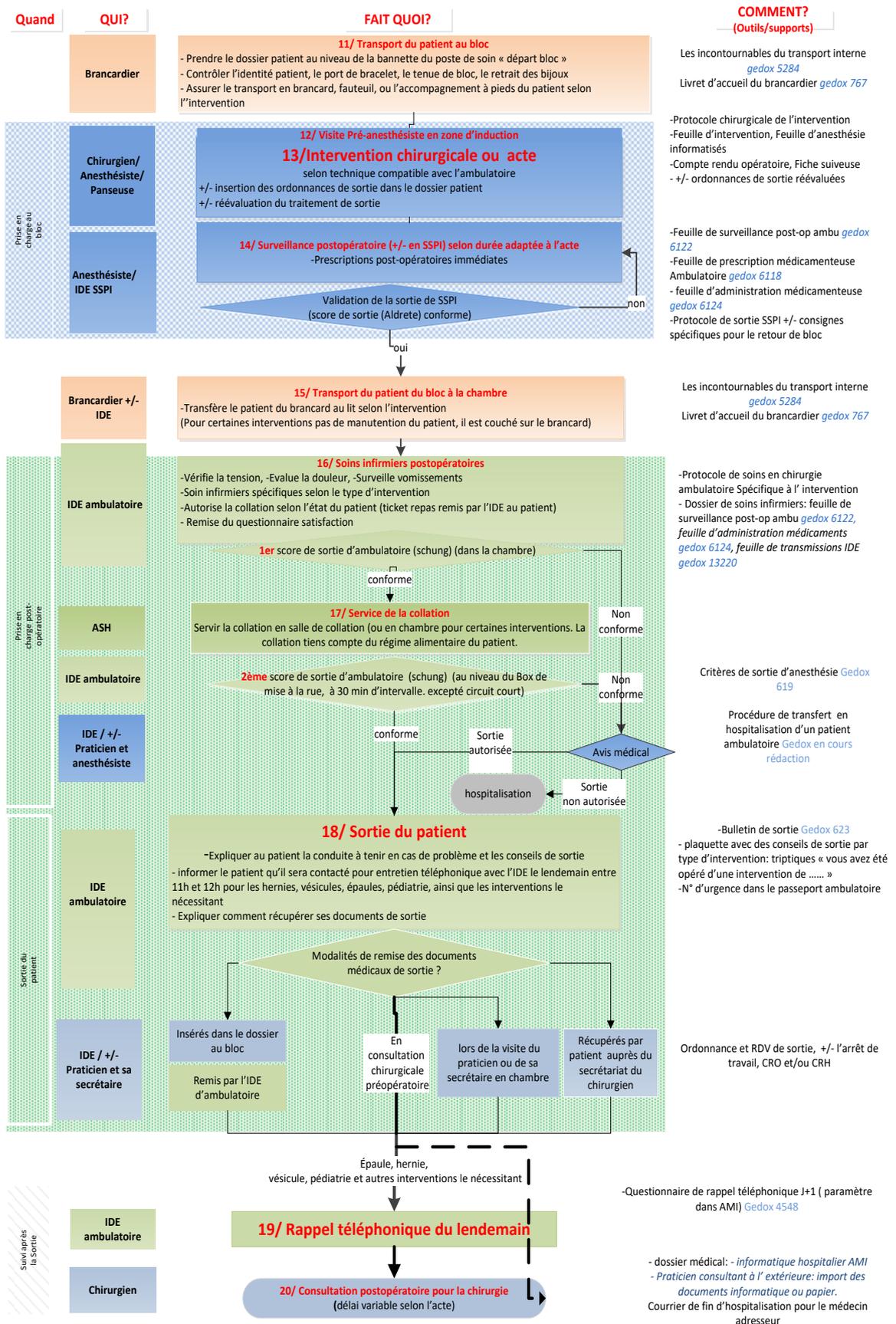
Nous prenons soin de vous

16

ANNEXE 9-CARTOGRAPHIE DU PARCOURS PATIENT ENCHIRURGIE AMBULATOIRE







LA QUALITE PERCUE PAR LES PATIENTS



Questionnaire de sortie 2018 :

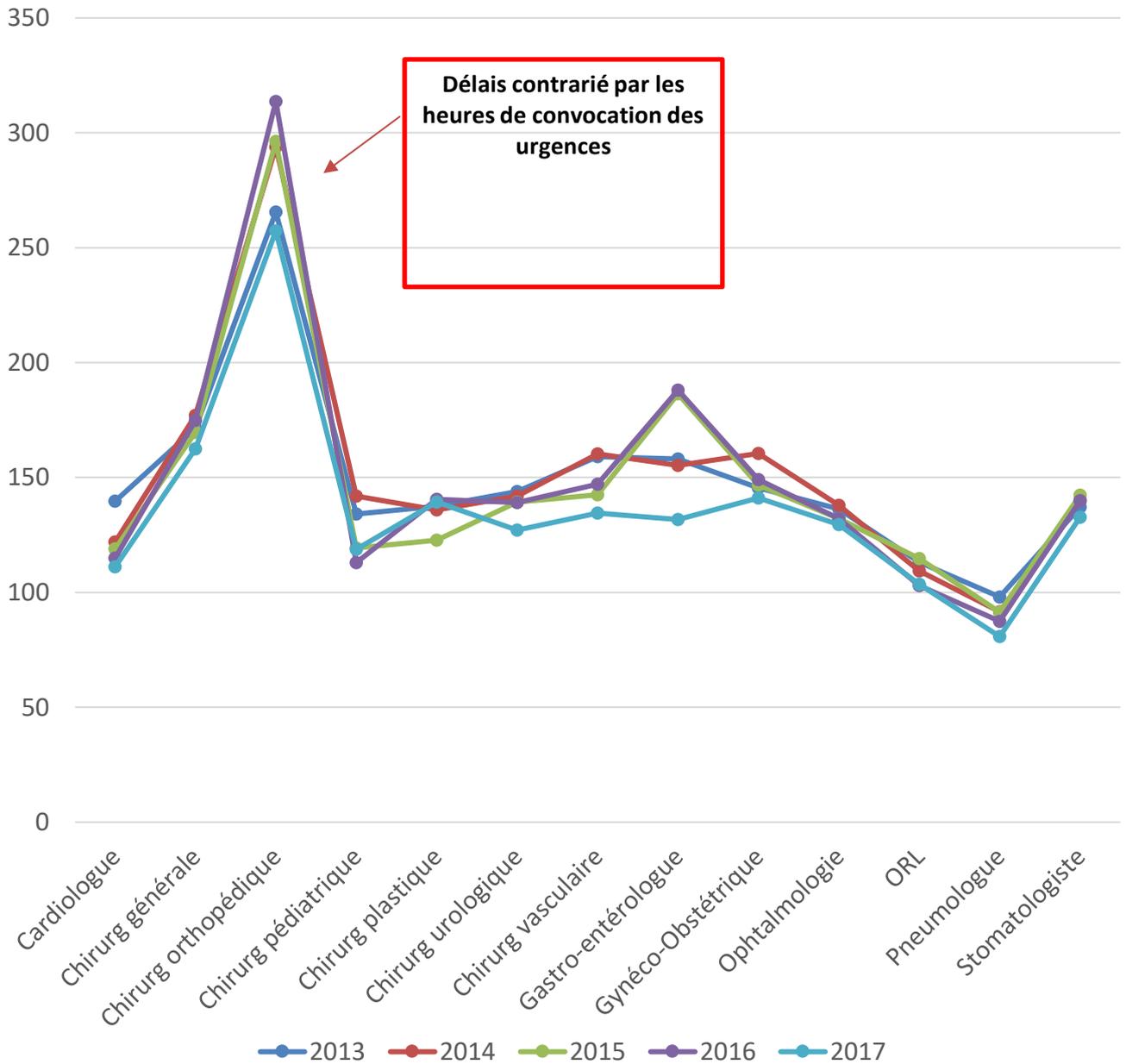
	HPA	Ambulatoire	Chirurgie	Médecine	Soins algus (USC, réa)	Maternité
Nb questionnaires	8701 (-745) ↓	6547 (+181) ↑	1195 (-232) ↓	250 (-289) ↓	189 (+26) ↑	520 (-451) ↓
Taux de retour	20% (-3%) ↓	25% (=)	17% (-2%) ↓	10% (-11%) ↓	11% (+1%) ↑	11% (-10%) ↓
Jugement Global (% de Très satisfaits)	66% (+3%) ↑	68% (+4%) ↑	63% (+1%) ↑	63% (+1%) ↑	67% (+16%) ↑	57% (-4%) ↓
Score NPS - 2018 (Nb [9;10]-Nb [0;6])/Nb notes	0,68 (+0,04) ↑	0,71 (+0,03) ↑	0,66 (+0,09) ↑	0,62 (+0,03) ↑	0,70 (+0,02) ↑	0,46 (+0,02) ↑

2018:

- Taux de retour (cible ≥ 20%) ⊕ → Objectifs 2019 : améliorer taux de retour en Médecine, Soins algus; basculer à 100% le suivi satisfaction Maternité sur le portail
- Jugement global (cible ≥ 50%) ⊕
- Accord d'intérêt sur l'évolution sur score NPS (cible > 0,65) ⊕

ANNEXE 12- SEQUENCE TEMPS D'ATTENTE EN MINUTES ADMISSIION/BLOC OPERATOIRE PAR SPECIALITES

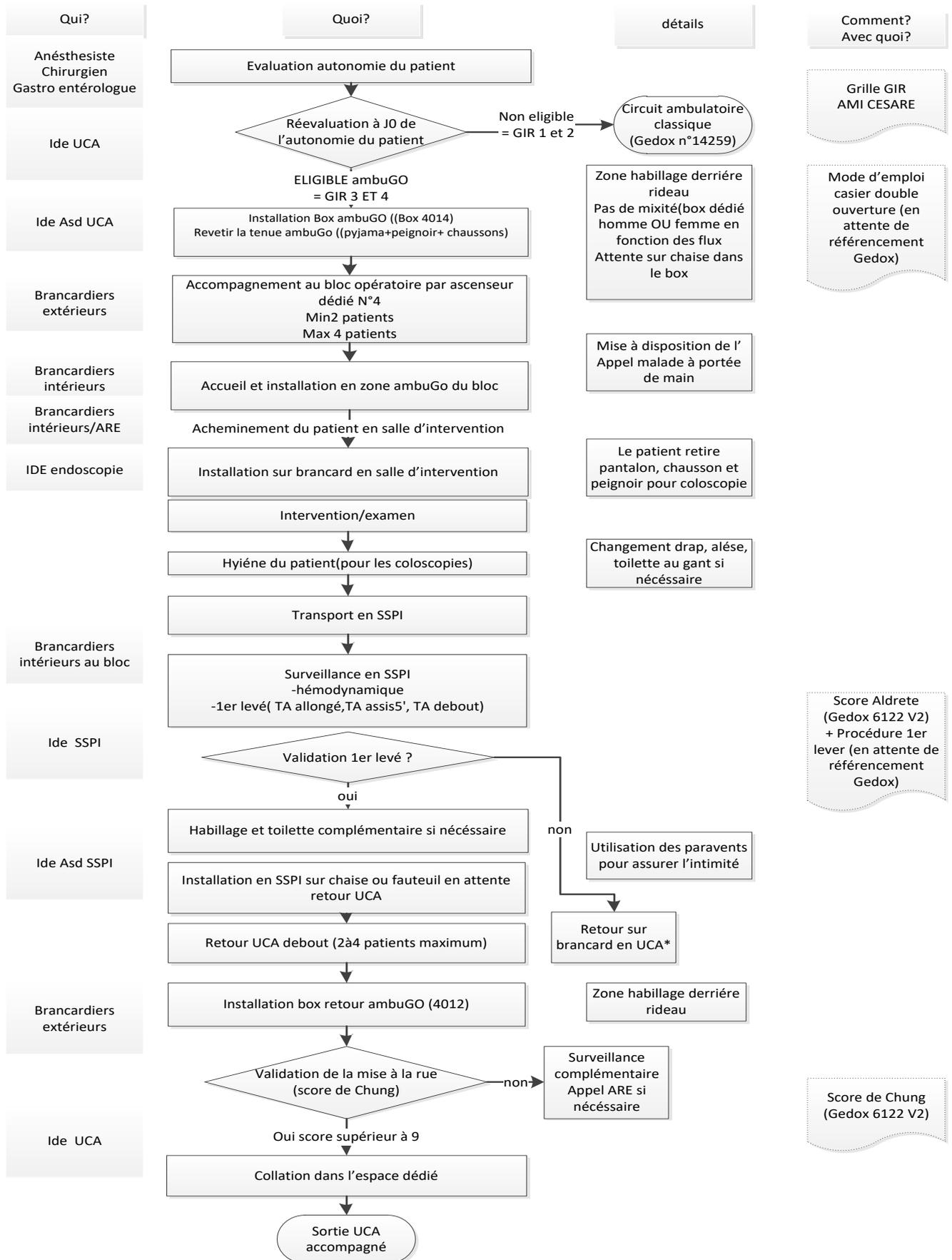
Moyenne des délais entre admission au service ambulatoire et admission en salle d'intervention



ANNEXE 13-CRITERES DE LA GRILLE D'IMPACT

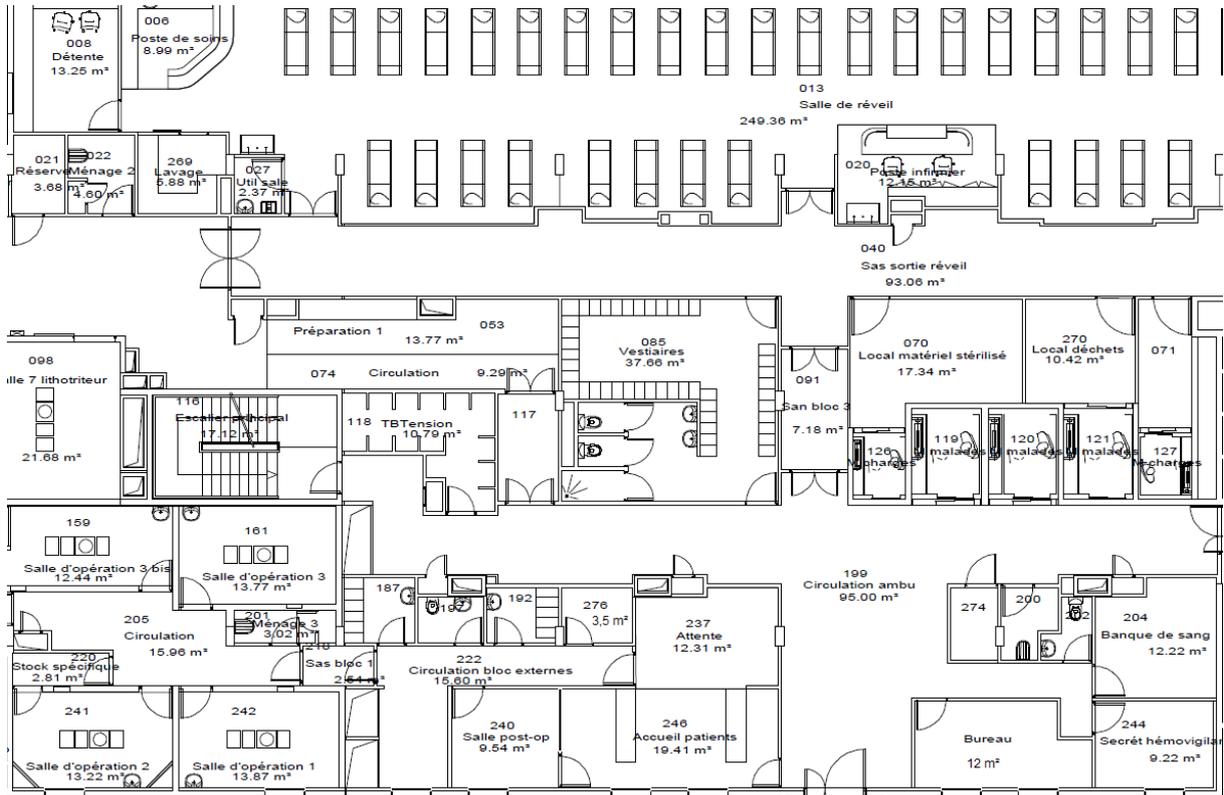
Attractivité		
Le projet permet-il d'accéder à une innovation médicale, soignante, technique ou organisationnelle permettant d'améliorer la problématique des flux	Oui	nouvel aigillage dans le parcours actuel
Le projet contribue-t-il à l'amélioration du vécu du patient en dehors de sa prise en charge médicale et soignante : accessibilité, lisibilité, simplicité, accompagnement... ?	Oui	Autonomie, acteur de sa santé
Le projet participe-t-il à une meilleure intégration de l'établissement dans son environnement par la mise en place de réseaux, de partenariats ?	Oui	UCA modèle de liaison ville hôpital
Qualité		
Le projet concourt-il à l'amélioration de la prise en charge des patients?	Oui	diminution de l'attente
Le projet apporte-t-il une réponse à un risque, un manque ou un dysfonctionnement identifié dans la prise en charge du patient ?	Oui	retards au bloc, de l'attente pour les
Le projet contribue-t-il à l'amélioration de la qualité de vie au travail ?	Oui, très significativement	desengorgement de l'UCA,
Organisation		
Le projet permet-il le développement de nouveaux types de parcours ou modes de prise en charge (ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, télémédecine...)	Oui, très significativement	chemin clinique/ Parcours patients
Le projet est-il vecteur de fluidification des organisations ou du parcours patient (réduction des délais, simplification des circuits, facilitation de la sortie...)?	Oui, très significativement	chemin clinique/ Parcours patients
Le projet vise-t-il une mutualisation de moyens matériels, humain ou immobiliers ?	Oui	reduction HC Tous corps de métiers+service MUTUALISATION PERSONNEL
Impératif		
Le projet permet-il de répondre à une contrainte réglementaire (loi, décret...) ou à une demande prioritaire des tutelles ou des corps d'inspection (CPOM, SROS...)?	Oui, en partie	développement UCA bien ancré dans l'établissement
Le projet apporte-t-il une réponse à un risque pour le fonctionnement et l'activité de l'établissement (obsolescence des équipements, RH-GPEC, finances...)	Oui avec un fort degré d'urgence	Absorber une activité croissante
Le projet est-il un pré-requis à la mise en œuvre d'un autre projet stratégique (adaptation des outils, du système d'information, de l'infrastructure...)?	Oui	La réussite du projet permettra d'explorer la possibilité d'un développement à d'autres
Soutenabilité		
Le projet nécessite-t-il des ressources supplémentaires (humaines, matérielles, immobilières...)?	Oui, mais peu conséquent	Augmentation de 0,5 ETP. Budget travaux limité
Le projet propose-t-il des modalités d'autofinancement par augmentation des recettes ou maîtrise des coûts (développement d'activité, redéploiements, maîtrise des consommations...)?	Oui en totalité	augmentation du CA hôtelier et meilleur absorption de l'activité. Maîtrise RH
Le projet peut-il faire l'objet d'une aide financière par subvention (en investissement ou en exploitation) ?	Non	

ANNEXE 14-PARCOURS PATIENT AMBUGO

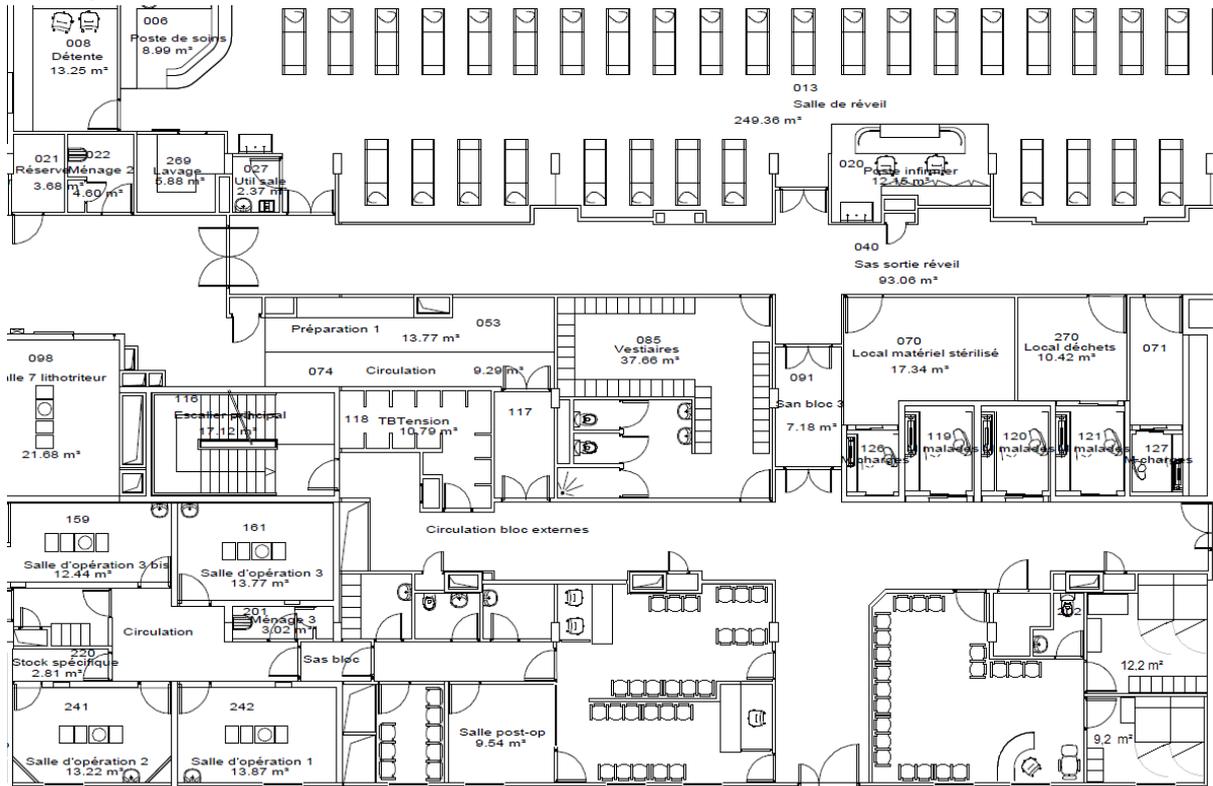


ANNEXE 15-PLANS DU HUB

AVANT



APRES

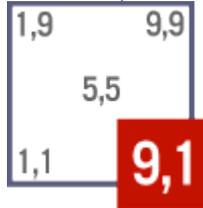


PLAN EN 3D

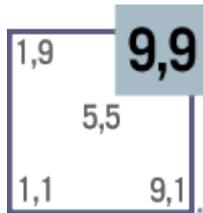


ANNEXE 16 : INDICE MANAGERIALE

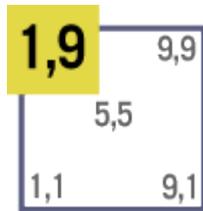
Cette grille permet de définir cinq styles de comportement (susceptibles de variations et de nuances). Ce sont :



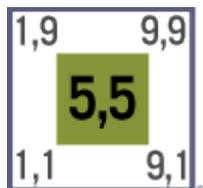
Le style 9.1: le management est fondé sur le travail d'équipe. L'efficacité est atteinte grâce à des conditions de travail qui tiennent compte au minimum des facteurs psychologiques.



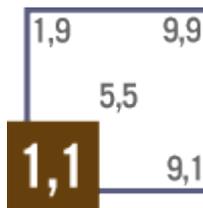
Le style 9.9: le management fondé sur le travail d'équipe. Le travail est accompli par des hommes responsables, l'organisation règle l'interdépendance des différents départements reliés au même tronc commun : les rapports sont fondés sur la confiance et le respect mutuels.



Le style 1.9: c'est le management "country club". Une grande attention accordée aux besoins des collaborateurs dans le domaine des relations au travail, conduit à l'établissement d'un bon climat dans l'entreprise et d'un rythme de travail agréable.



Le style 5.5: le management institutionnel. Grâce à une bonne organisation, des résultats intéressants peuvent être atteints en équilibrant les impératifs de la production et le maintien du bon moral des collaborateurs.



Le style 1.1: le management appauvri. Un effort minimum pour effectuer le travail suffit pour maintenir l'adhésion du collaborateur de l'entreprise.

En fonction du critère qu'ils retiennent dans leur recherche - la promotion hiérarchique du manager - Blake et Mouton considèrent le style 9.9 comme le plus efficace s'il est le style dominant de l'intéressé ; il peut utilement se compléter de temps à autre par les styles 9.1 ou 5.5 en tant que styles complémentaires.

Selon leur conception, l'efficacité du leadership s'accroît en fonction d'une diagonale allant de 1.1 à 9.9.

ANNEXE 17-LETTRE DE MISSION

HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2018-2019
-----------------------------------	---

Désignation du projet :

Améliorer la gestion des flux patients des services de chirurgie ambulatoire, prise en charge RAAC et soins externes tout en assurant la cohésion dans la coordination des activités interagissant avec le bloc opératoire.
Projet impliquant la maîtrise de la masse salariale, et imposant donc le développement d'une nouvelle organisation efficiente sans augmentation des ressources en personnels.
Il faudra aussi nécessairement prendre en compte l'impact sur le chiffre d'affaire hôtelier et veiller à son optimisation.

Commanditaire :

Direction des soins, Directeur des opérations

Nom du responsable du projet :

MAHLAL Salim

Missions du responsable du projet :

La délocalisation de la banque du sang et de la cellule implant offre une opportunité d'espace stratégique au carrefour des services de chirurgie, des soins externes et du bloc opératoire. Il faut intégrer dans cet espace une partie du flux des patients de chirurgie ambulatoire (situé à l'étage supérieur).

La création « d'une rampe de lancement » commune devra permettre de désengorger le service ambulatoire, l'accueil des patients admis selon le protocole de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie.

Le responsable du projet doit veiller à la qualité et la sécurité des soins, assurer un environnement ordonné et permettre la bonne tenue de la programmation opératoire.

La création d'indicateurs de suivi et de performance permettra d'évaluer et de réajuster la dynamique du projet.

Moyens alloués :

Espace disponible de 70 m², budget travaux

Modalités de reporting :

Plan d'action
Comité de Pilotage
Tableau de suivi d'indicateur
retroplanning

Durée :

12 mois

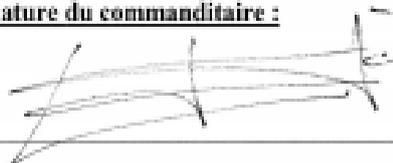
Documents de référence :

Guide de l'ANAP
Guide de la MeAH
Recommandation HAS

Date :

le 24/10/18

Signature du commanditaire :

 D. COLPOINT.



Hôpital privé
d'Antony

ETIQUETTE DU PATIENT

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Unité de soin :

Fiche Auto Contrôle de l'Opéré

→ CHECK-LIST à cocher par le patient

-  Cela fait au moins 6h que suis à jeun et que je n'ai pas absorbé d'aliments solides, ni de boissons, Et au moins 2h que je n'ai pas absorbé d'eau, de jus de pomme ou raisin (sans pulpe et sans gaz)
-  Cela fait au moins 6h que je n'ai pas fumé.
-  Cela fait au moins 6h que je n'ai pas mâché de chewing-gum.
-  → J'ai pris une douche au savon doux ce matin.
→ Je n'ai ni maquillage ni vernis à ongle.
→ J'ai revêtu la tenue de bloc sans mes sous-vêtements.
→ J'ai attaché mes cheveux si besoin.
-  J'ai enlevé bijoux et objets de valeur (même alliance et piercing) et les ai déposés dans le coffre de ma chambre.
-  J'ai vidé ma vessie.
-  J'ai déposé mes lunettes, lentilles, prothèses auditives et appareil dentaire dans les étuis prévus à cet effet.

A remettre à l'infirmière pour insertion dans le dossier de bloc

ANNEXE 20-RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS -VERBATIMS-

Entretien N°1 (N+1)

1. Selon vous, quelle est la bonne dimension pour un hôpital ?

La taille d'un hôpital influe forcément sur ses capacités d'accueil et sur l'efficacité des flux patients mais est souvent déterminée à un instant T. Les évolutions tant tarifaires que technologiques vont modifier au cours du temps les organisations au détriment de la structure architecturale initialement prévue. De ce fait, on ne peut définir d'emblée un idéal de conception sur la taille d'un établissement hospitalier, dans le sens bon ou non. Ce qui semblait adapté le jour dit sera totalement inadapté quelques années plus tard.

2. Qu'est-ce qui influence l'architecture et les activités de l'hôpital ?

De nombreux facteurs sont à prendre en considération. Selon les évolutions en termes de tarification, remboursements, exigences de flux, bornes tarifaires et MAP, cartes géographiques en pôles de Santé, autorisations décernées par l'ARS, l'architecture va influencer sur les possibilités d'adaptation. Ainsi a-t-on vu émerger certaines obligations tel le développement de l'ambulatorio, réorganisation des parcours avec ambuGO en local, des flux encore plus rapides, la RAAC, l'augmentation du nombre de passages journalier aux urgences. La Tarification en baisse et incitations financières à la qualité. La redistribution tarifaire des coûts de journée, des prestations hôtelières avec augmentation du volume de chambres seules.

3. Dans un article de presse Agnès Buzyn annonce que chaque hôpital doit être responsable de sa réorganisation. Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Il me semble évident et primordial que chaque établissement soit en capacité de s'adapter et de réagir selon les évolutions du moment, au risque de périliter. Ainsi avons-nous dû modifier nos flux, nos prestations hôtelières, nos circuits et même nos choix de développement de certaines spécialités (regroupement de secteurs d'activité). L'hôpital doit être en mesure d'adapter ses fonctionnements, organisations, circuits selon les évolutions en Santé et autres technologies (digitalisation, transformations administratives...) Chaque hôpital doit en effet être responsable de sa réorganisation, à condition d'en avoir les possibilités et moyens, tant géographiques, que structurels ou humains.

4. Quels sont les nouveaux défis des managers à l'hôpital ?

Les managers doivent aussi évoluer selon les nouveautés organisationnelles décrétées. Un manager aujourd'hui ne peut se contenter d'une gestion minimaliste auprès de soignants anciens et chevronnés. Le management ne peut plus être directif ou simplement participatif. Il doit s'adapter à la conjoncture, aux soignants très mobiles, aux injonctions des supérieurs hiérarchiques en lien avec les nouvelles contraintes de la Santé. Le manager doit être au fait des mouvances et décisions en termes de restructuration en Santé. Il doit être promoteur des règles édictées par la hiérarchie, s'adapter aux disponibilités et compétences des équipes, décider des procédures et process, assurer ses fonctions contrôles, « rentabiliser » les prestations patientes, « entrer dans le moule » attendu.

5. Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

Je verrai bien un hôpital orienté principalement ambulatorio et urgences, les 2 secteurs en expansion actuellement. La digitalisation devrait permettre un gain de temps pour les équipes paramédicales. Une structure permettant un accès de plain-pied ambulatorio/bloc opératoire. Des urgences aux flux distincts entrées/sorties. Un partage dossier unique avec logiciel d'accès unique et uniformisé. Une architecture permettant d'associer fluidité, humanisation, modernité.

Enfin ma vision de l'hôpital de demain, idyllique aujourd'hui, sera totalement surannée demain...

Entretien N° (N+2)

1. Selon vous, quelle est la bonne dimension pour un hôpital ?

Je ne sais pas s'il est possible de quantifier précisément la bonne ou la mauvaise taille pour un hôpital. Je pense qu'il y a un capacitaire minimal de structure à envisager pour pouvoir amortir l'ensemble des charges fixes (loyer, intervention des prestataires), les différentes autorisations dont l'établissement peut disposer.

2. Qu'est-ce qui influence l'architecture et les activités de l'hôpital ?

On a des tendances, des principes architecturaux selon les années de construction et les activités, par exemple, le service de chirurgie ambulatoire de l'hôpital d'Antony au début des années 2000. Il a été dimensionné selon un certain capacitaire et au-dessus du bloc opératoire. Cela n'est plus pertinent aujourd'hui.

Dans les nouvelles structures qui sortent de terre, on trouve des unités de chirurgie ambulatoire intégrées au bloc opératoire.

Le cadre réglementaire influe sur les activités. Les enjeux de facturation avec les bornes basses et hautes. Il y a également les évolutions des techniques. Il y a 20 ans une prothèse totale de hanche restait hospitalisée 8 à 10 jours, et c'était une norme. Maintenant avec la RAAC c'est à la journée ou en 48h.

3. Dans un article de presse Agnès Buzyn annonce que « chaque hôpital doit-être responsable de sa réorganisation ». Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Si je prends la chose positivement, je dirais que chaque structure est plus à même de faire ce qui est opportun. Ce qui pourrait éviter des consignes, directives au niveau national.

Ça relève de la décentralisation et d'une volonté d'autonomie des structures. Petite précision, plus aucune fermeture d'hôpital ne se fait sans l'accord du maire Par définition le maire est président du Conseil d'Administration, on lui confie alors la responsabilité.

4. Quels sont les nouveaux défis des managers à l'hôpital ?

Alors je vais parler de mon expérience personnelle. On ne manage pas les jeunes collaborateurs, comme on manage les plus anciens collaborateurs. Les profils ont changé. La littérature traite sur comment travailler avec les jeunes, c'est intéressant pour nous les vieux. Il faut apporter de nouveaux éléments motivationnels.

L'avènement du numérique et du digital, sera la future révolution. Il faudra s'adapter.

Aujourd'hui on a baissé les bras sur l'utilisation

Pour la réussite de certains projets, il est important d'impliquer au bon moment ses collaborateurs et qu'il participe le plus en amont possible à la réflexion. Ce qui ne dispense pas le manager de poser un cadre général, de fixer un cahier des charges pour cadrer la réflexion. Le groupe de travail ne ressemble à un brainstorming ambulatoire duquel ne ressortirait que des choses inutilisables ou complètement déconnectés de la réalité économiques, des contingences financières et de ce que l'établissement serait en capacité de faire.

5. Quel est votre vision de l'hôpital de demain ?

Le digital, le numérique de plus en plus. J'imagine le suivi du patient tout au long de sa prise en charge, en amont, pendant et à l'issue de la prise en charge. Également le volet télémédecine sera un des axes à travailler pour lutter contre la désertification. Il faut penser à assurer la disponibilité d'une super compétence médicale ou d'autres métiers.

Un autre volet le décroisement, ouverture ville-hôpital qui est également essentiel.

Aujourd'hui un gouvernement qui réfléchit très sérieusement à la tarification au parcours, il va revenir à l'hôpital la responsabilité de tout organiser, coordonner et donc de tout optimiser. Il faudra assurer une prise en charge qualitative avec les frais réellement engagés. Il faut des managers qui maîtrise le contenu de leur activité et faire comprendre aux salariés les enjeux et contraintes et dans la mesure du possible de faire avancer tout le monde à la même vitesse sur l'ensemble des projets.

Entretien N° (N+3)

1. Selon vous, quelle est la bonne dimension pour un hôpital ?

Problématique bien plus vaste que le segment sur lequel sont nos références, notamment, je pense que la taille optimale n'est pas loin d'être la nôtre : établissements entre 400 et 500 lits/places.

Il va y avoir besoin de plus en plus de médecine avec notamment des modalités de prise en charge qui ouvriront sur des séjours de courte durée, et sur le fait de piloter des patients rattachés à l'Hôpital, mais qui seront hors des murs le plus longtemps possible et qui passeront à l'Hôpital soit pour des phases aiguës, soit pour des phases bilans de contrôle, de suivi. Il y aura de plus en plus la possibilité de manager les patients hors de nos murs. C'est ce qui est en train de se profiler quand ils parlent de tarification au parcours, de forfait de gestion de pathologies chroniques. C'est ce qui va se profiler à court/moyen terme sur les pathologies comme le diabète, insuffisance rénale, BPCO, insuffisance cardiaque, tous les patients +/- polyopathologiques ou en tout cas avec une pathologie dominante, qui vont être hors des murs et qui ne passeront chez nous que sur des phases de décompensation ou sur des phases d'approfondissement de diagnostic.

De ce point de vue, je pense que 500 lits même avec une hausse de médecine conséquente, on va sans doute largement améliorer les durées de séjour et les prises en charge strictement médicales. Je pense effectivement que nous, comme référentiels, ne sommes pas loin d'être la taille qui permette de tenir les capacités des différentes composantes, des différentes modalités, notamment les soins critiques ou les soins spécialisés, l'hébergement complet et les capacités ambulatoires.

Pour donner un exemple de taille :

Il y a plus d'une dizaine d'années, presque 15 ans, la problématique de la fusion des hôpitaux de Dijon dans le groupe était assez illustrative du sujet puisqu'il y avait 3 établissements qui additionnés, faisaient près de 550 lits et finalement on en a construit 280 mais avec une modularité (ça va faire le lien avec le côté architecture et l'influence sur l'architectures et l'activité) qui rendrait les choses évolutives.

2. Qu'est-ce qui influence l'architecture et les activités de l'hôpital ?

Vous prenez le truc sous l'angle des flux et je pense effectivement que c'est le bon sujet, que ce soient les flux internes à l'établissement ou les flux externes et si l'on parle effectivement demain d'épisodes de soins.

Pour moi, la première des influences sur l'architecture, sachant que je n'ai pas de référence de construction, de projets d'établissement de zéro, je pense que les projets de ce genre sont finalement assez rares. Je vais vous donner deux exemples qui sont à mon sens assez emblématiques :

-vous avez eu dans notre région, la construction de l'Hôpital du Sud Francilien qui est, de mon point de vue, assez illustratif de « l'Ancien régime », c'est-à-dire l'époque plan hôpital 2005-2007, où il y a eu un grand plan d'investissement et où, on a reconstruit des structures neuves, et c'est vrai que le CHSS a créé 1000 lits, ce qui fait un peu figure de dinosaure dans le paysage moderne parce qu'il y a eu, comme une course de gigantisme qui n'a absolument pas anticipé les problématiques actuelles. C'est pour moi le contre-exemple.

-Après dans les projets actuels des hôpitaux, si vous prenez le cas de ce qui se passe dans le Nord Essonne où ils vont aller reconstruire l'Hôpital à Saclay, il n'y a pas encore de schéma ou de projet architectural, mais je pense que construire un hôpital aujourd'hui doit être essentiellement driver par la problématique de la gestion des flux avec sans doute finalement plus de plateaux techniques que de lits d'hébergement. Je crois qu'à l'époque, on avait un ratio en chirurgie qui était d'une salle d'opération pour 30 lits environ, et je pense que le ratio a quasiment dû être doublé parce que pour nous, nous sommes à 20-25 salles d'opération pour 400 lits. Je pense que ça pourrait encore évoluer dans ce sens-là.

Je ne sais pas si on peut parler d'incitation financière à l'ambulatoire, en tout cas il y a quand même eu effectivement des politiques sur la suppression des bornes ou sur l'alignement des tarifs entre le tarif d'hospitalisation et le tarif d'ambulatoire qui fait que oui la rationalité voudrait que pour le même tarif, il soit plus logique de privilégier l'ambulatoire plutôt que le court séjour. Les contraintes d'hébergement d'hospitalisation et de logistique qui vont derrière. Ça diminue les charges mais c'est toujours pareil, si on part d'un existant et qu'on va vers l'ambulatoire, on vide les structures, on fait tourner les boîtes plus vites (là c'est très orienté chirurgie ce que je vous dis), mais pour autant, on ne s'est pas démonté des morceaux d'hôpital. Donc il y a beaucoup de nos structures, notamment privées, qui au fur et à mesure ont vu leurs services se vider et beaucoup fonctionnent avec des services vides, nous les premiers de manière saisonnière. Quand vous faites là l'échelle des structures des plus petites tailles, au bout d'un moment vous vous retrouvez avec un immobilier qui est décalé par rapport à vos besoins et après sa génère ou pas des projets de regroupement mais les projets de regroupement, finalement ce sont deux hôpitaux à moitié vides qui se concentrent pour en faire un, mais c'est soit l'hôpital qu'on a vidé est fermé mais ça dans le public c'est plutôt rare, soit il est reconverti et est reconverti sur des activités de long séjour, ça va être un peu le sujet Orsay-Longjumeau où certaines structures vont être gardées pour faire du SSR ou du long séjour gériatrique et l'Hôpital MCO pur, ils vont en construire un là où il y en avait trois avant. C'est sûr que la problématique est bien de concentrer des activités dans des plateaux techniques plus conformes aux nouvelles modalités de prise en charge sinon on se retrouve avec le tarif de l'ambulatoire et vous vous traînez les coûts de structure d'un établissement qui est vide à 20, 30 ou 40%. Là pour le coup si vous ne pouvez le remplir avec autre chose c'est gênant. Si on prend un exemple un peu théorique : si vous êtes un établissement de référence en province sur un bassin de population d'une ville intermédiaire avec une centaine de milliers d'habitants, si vous êtes le seul dans le quartier et que vous passez en ambulatoire, je vous le dis mais c'est un peu compliqué de démonter des morceaux d'hôpital pour réduire les charges.

Ça implique de connaître son territoire après c'est toute la problématique de « j'ai acheté » et toute la problématique sous-jacente et émergente de l'aggravation des soins, ce qui va un peu nous amener à la conclusion de la vision du futur, mais si moi je fais la transition avec la question sur la vision de l'hôpital de demain, moi j'aurais envie de vous répondre que pour moi c'est un cœur de réseau, un peu au sens informatique du terme, c'est-à-dire que c'est un Hub, la plateforme par laquelle vous transitez un certain nombre de flux diagnostiques, flux de gestion de problématiques aiguës, et donc ça va être un peu le pivot, le centre névralgique d'un réseau, d'un territoire. Le réseau va être soit des établissements de premier rang, de proximité ou autre mais qui vont être des satellites, c'est un peu ce qui profile avec les GHT quand ils ont des projets médicaux où ils arrivent à graduer les niveaux de prise en charge et il y a toujours, quelque part, un navire amiral et des satellites qui assure le maillage du territoire et qui servent un peu de pompe d'inspiration, de report d'activités vers un établissement de recours.

3. Dans un article de presse Agnès Buzyn annonce que « chaque hôpital doit-être responsable de sa réorganisation ». Qu'est-ce que cela évoque pour vous ?

Là pour moi on parle de l'hôpital essentiellement public, on parle j'aurais envie de vous dire pour faire un parallèle avec un autre secteur, c'est comme un peu les universités : chaque

hôpital doit se prendre en mains, se coordonner avec les autres acteurs du territoire, ne pas tout faire si ce n'est pas nécessaire. C'est plus une façon élégante d'induire des coopérations, dégradations, des mutualisations entre hôpitaux dans une logique locale, mais de ne pas attendre effectivement que ce soient les ARS ou le ministère qui donnent les orientations stratégiques d'un établissement sur le territoire. Et après, dans le côté responsabilisation de sa réorganisation, il y a tous les sujets qui chez nous sont intrinsèques à notre nature d'acteurs privés, de fonctionnement de groupe donc c'est toutes les mutualisations de fonction support, de fonction logistique. Enfin quand on voit aujourd'hui comment on fonctionne, il y a de plus en plus de fonctions qui sont centralisées ou mutualisées, ça part des achats en passant par la finance au sens gestion des comptes et gestion de la trésorerie, en passant on pourrait imaginer même à notre échelle demain, de mutualiser les pharmacies, mutualiser les « spé », mutualiser les centres de reconstitution de chimio. Enfin vous voyez bien que quand elle parle de réorganisation, c'est des logiques de coopération et de mutualisation de ressources entre établissements et d'éviter de disperser les moyens dans tous les établissements quand ce n'est pas nécessaire.

4. Quels sont les nouveaux défis des managers à l'hôpital ?

Si je devais résumer en une phrase : arriver à faire de la gestion sous contrainte, sans perte de sens, pour les acteurs, pour les soignants essentiellement que ce soit le corps médical ou les soignants en général. C'est-à-dire qu'on est quand même dans un métier, dans un secteur d'activité qui ne s'est que peu ou pas posé de questions : celle de son efficacité parce qu'il y a une espèce de prédominance de l'utilité de la fonction qui fait que sauver des vies ou soigner des gens ça ne devrait pas avoir de coût, ça ne devrait pas être limité par des questions d'ordre financière. Or ce n'est pas une question que de finances au sens rentabilité, c'est bien une question de limitation des moyens que le pays ou la population peut consacrer à se soigner et donc, c'est plus pour moi un impératif de saine gestion qu'une question de rentabilité. Parce que la question de la rentabilité de l'hôpital ne se pose bien évidemment pas à l'hôpital public au sens santé publique. Nous en tant qu'acteurs privés, la question de notre rentabilité est liée à notre capacité à investir et donc à maîtriser notre destin et notre survie comme acteurs économiques. D'une certaine manière, le monde hospitalier public, de ce point de vue-là, est dans un carcan...pour partie de règles de gestion publique qui sont hérités d'absence de corruption, de respect des marchés publics, donc justement qui sont capables de rendre des comptes sur le fait que l'argent public a été utilisé de manière saine et vertueuse mais du coup le problème de fond qu'ils ont c'est qu'ils ne maîtrisent que peu ou pas leur politique d'investissement. C'est-à-dire qu'il y a vraiment une étanchéité entre les coûts de fonctionnement courants d'un établissement et quand ils ont besoin d'investir, on va dire que c'est d'autres sources de financement que le résultat de leur performance d'exploitation.

Le défi managérial c'est de réussir à avoir une gestion performante au sens efficace donc, je vais dire rentable, qui n'est pas le bon terme, mais rentable dans le sens qui permette de dégager des moyens, de l'investissement ou de la pérennité de l'établissement et de faire ça tout en gardant du sens pour les acteurs qui, par nature, que ce soit les médecins ou les infirmières, ne veulent pas se poser la question du coût : la plus grande incompréhension à laquelle on a à faire face d'habitude c'est que les médecins ou les infirmiers, ne veulent pas savoir comment ça marche, ne veulent pas savoir combien ça coûte, ils veulent pouvoir faire honnêtement leur métier et ils pensent que les coûts ne devraient pas être un problème. Donc la question c'est que comme, bien évidemment, les moyens ne sont pas infinis il faut donc mettre de la contrainte dans le système. Ces contraintes vont être les tarifs, les obligations de déficience, donc je reviens sur la question des mutualisations de ressources au niveau des hôpitaux au sens large. Donc le défi du manager, c'est de faire de la gestion responsable ou de la gestion opérationnelle qui dégage des marges de manœuvres sans perte de sens par rapport à la mission que les acteurs ont en tête et avec, de manière assez générale, le fait qu'ils ne veulent pas se poser la question de comment

fonctionne le système. Ils veulent les moyens pour travailler et les moyens pour travailler, dans la tête des gens, c'est toujours plus de ressources qu'elles soient techniques, humaines, matérielles ou autre, c'est rarement l'efficacité de la production.

Et dans l'accompagnement de leurs équipes :

Le grand défi c'est peut-être, là je le verrai plus sous un angle sociétal, qu'il y ait un rééquilibrage entre ce qu'étaient les au sens large et l'équilibre aujourd'hui attendu par, que ce soient les praticiens ou les personnels, sur le fait de ne pas être enchaîné à leur mission. Je pense que le défi des managers, à tous les échelons de nos structures c'est de réussir à faire tourner un truc 24/24, sans uniquement miser sur la bonne volonté des uns et des autres parce que les gens aujourd'hui conçoivent leur activité comme un temps particulier de leur vie mais pas 100% de leur vie. Je ne sais pas si je suis clair. Je pense que c'est un enjeu par rapport à l'émergence, par rapport à ce que traverse nos sociétés : l'équilibre vie privée/vie professionnelle, l'équilibre personnel même équilibre psychique. Voilà, les gens veulent bien bosser, ils veulent bosser dans de bonnes conditions mais quand ils ne bossent pas ils veulent vraiment pouvoir faire autre chose. Au début, quand vous aviez des bonnes sœurs, la question ne se posait pas, des gens qui embrassaient leur carrière par vocation, on va dire que l'énergie était inépuisable et puis, quand vous arrivez dans une génération où les choses sont plutôt vécues sous l'angle de l'expertise, de la technicité, du fait qu'effectivement les gens se voient plus comme des opérateurs ultraspécialisés de leur segment de niche, bon bah voilà, ce sont des hyper-spécialistes, mais le fonctionnement général du système leur importe (ou leur rapporte) un peu moins, eux ils veulent bosser quand ils bossent et quand ils bossent pas, le reste du système doit fonctionner quand même et ils ne veulent pas savoir comment.

5. Quel est votre vision de l'hôpital de demain ?

Pour moi, l'hôpital du futur c'est le hub, c'est la plateforme multimodale qui va vous permettre de gérer les cas complexes ou superviser un territoire. Ce réseau peut être avec des établissements secondaires, des centres avancés de consultation ou de soins primaires. C'est un peu la vision du Nord de l'Europe où vous avez soit des établissements complètement spécialisés, soit spécialisés sur des pathologies (que de l'orthopédie par exemple), soit des visions de type structures purement ambulatoires au sens chirurgie ambulatoire, et puis après vous avez la maille de soins primaires où là vous allez avoir toute la dimension, prévention, suivi des pathologies chroniques et puis donc, adressage vers le centre hospitalier quand c'est nécessaire. Et puis après, c'est le centre de coordination, de gestion de patients avec des pathologies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire...), des patients qui vont être sur le territoire, suivis, monitorés à distance, et dont la prise en charge va être coordonnée et puis après avec des secteurs territoriaux de type maison de santé, service d'infirmiers à domicile etc.

Master Management des Organisations Soignantes

M2MOS@18-19

TITRE DU DOCUMENT

**« Chaque hôpital doit-être responsable de sa réorganisation » Agnès BUZYN
Le Hub levier de performance architecturale et du management**

AUTEUR

Salim MAHLAL

MOTS CLÉS

*Politique de santé, mode de financement
architecture, Flux patients, Chirurgie ambulatoire,
hub, Qualité des soins, nouveau management*

KEY WORDS

Health politics, Form of financing, Architecture, Patient
flow, Ambulatory surgery, hub, quality of care, new
management

RESUME

Le juridisme croissant en santé et les modes de financements ont modelés la forme et la nature des activités à l'hôpital. La chirurgie ambulatoire est un exemple concret de cette évolution dans les hôpitaux. Cadre de santé et coordinateur du parcours patient dans un établissement de santé privé du groupe Ramsaygds, je suis missionné pour créer une nouvelle organisation dans la dynamique des flux patients. Les différentes restructurations de l'hôpital et les incitations des tutelles de santé à opérer le « virage ambulatoire » ont amené l'Hôpital Privé d'Antony à un taux de 71% de chirurgie ambulatoire, soit plus de 25.000 patients opérés en 2018.

Le revers de ce développement est que l'unité n'a plus la capacité d'absorber cette activité. Cela induit des retards au programme opératoire et de l'insatisfaction des usagers. En parallèle les unités d'hospitalisation complète ont des taux d'occupation en berne et de facto une baisse du chiffre d'affaire hôtelier.

La mise à disposition d'un espace contraint mais à localisation stratégique à proximité du bloc opératoire doit nous permettre d'être créatif. Ce sera un hub d'accueil patient qui assurera la répartition et la distribution de patients au plus près de leur intervention. Cela impliquera une réorganisation des circuits ambulatoires mais aussi de l'hospitalisation complète qui absorbera désormais une partie des flux ambulatoires

Le mot d'ordre sera de développer la transversalité par une stratégie managériale nouvelle dans l'établissement : L'analyse par scénarios. Elle consistera en la mobilisation de l'intelligence collective de tous les collaborateurs engagés dans le projet. Chacun aura son mot à dire dans le projet et la conduite du changement dans les organisations sera facilitée par son appropriation. Et si la performance économique et sociale passait par une refonte du management ?

ABSTRACT

Increasing legal concerns and methods of financing have changed the structure and nature of hospital activity. Ambulatory surgery is a concrete example of evolution in hospitals.

As a healthcare manager and patient flow coordinator in a Ramsaygds group private hospital, I have been charged with the task of creating a new system to improve patient flow.

Restructuration of the hospital and government incentives to develop ambulatory surgery have increased the rate of such surgery to 71% (more than 25,000 operations in 2018).

The financial impact is significant, but the ambulatory department is no longer able to handle this increase in activity. This results in operating theatre delays and patient dissatisfaction.

The availability of a strategic area near the operating theatre opens design possibilities.

It will be a hub which can accommodate patients in close proximity to the operating theatre.

This will necessitate the reorganization of day hospitalization and indeed of full hospitalization flow.

The main goal would be to develop transversality via a new managerial strategy in the hospital: The scenario analysis. It will consist of collective intelligence mobilization involved of all stakeholders in the project. Everyone will have their say in the issue of change management in the organizations and this will facilitate its adoption. What if economic and social performance were to lead to a new type of management?