



**FACULTÉ
DE SANTÉ**



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

Une approche innovante
pour réunir l'Unité de médecine ambulatoire
thérapeutique et l'Hôpital de semaine
en hépato-gastro-entérologie

ECUE 7.2 Projet managérial
Patrick FARNAULT
Abdenour KHELIL

Elodie BENARBIA
Année 2024/2025

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master 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

Alors que s'achève ce chapitre intense et passionnant de deux années en master Management des Organisations de la Santé, je ressens le besoin profond de prendre un instant pour exprimer ma gratitude.

Si aujourd'hui, je me tiens ici, c'est grâce à l'excellence collective, à la générosité de vos partages, à la richesse de nos échanges et à la bienveillance dont chacun a fait preuve à mon égard.

Ce projet managérial n'est pas seulement l'aboutissement d'un travail personnel : il est le reflet de toutes les rencontres universitaires, des conseils avisés, des encouragements discrets et des défis relevés ensemble. À travers chaque difficulté, j'ai découvert la force du collectif, la puissance de la coopération, et l'importance de l'humilité.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à mon cher époux, à mes deux merveilleuses filles, ainsi qu'à ma famille et à mes proches, pour leur soutien constant et leur affection.

Je remercie également mes enseignants, dont l'exigence et l'inspiration ont été précieuses, mes collègues de travail, pour leur soutien sans faille, leur patience et leur confiance. Chacun d'entre vous, à sa manière, a enrichi cette aventure et a contribué à faire de ce parcours un véritable chemin d'apprentissage et d'épanouissement.

Grâce à vous, j'ose désormais regarder l'avenir avec détermination et sérénité.

Merci à tous, du fond du cœur.

Elodie

« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait ».

Mark Twain

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1 PRESENTATION DU GROUPE HOPITAL PARIS SAINT JOSEPH (HPSJ) & HOPITAL MARIE LANNELONGUE (HML)	5
1.1 LA STRUCTURE HPSJ & HML	5
1.2 L'OFFRE DE SOINS.....	9
1.3 MISSIONS ET SPECIFICITES DES SERVICES D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	11
1.4 L'ORGANISATION DES SERVICES D'HEPTAO-GASTRO-ENTEROLOGIE.....	12
1.5 LE PARCOURS PATIENT D'HEPTO-GASTRO-ENTEROLOGIE.....	16
2 CADRE CONCEPTUEL :	19
2.1 OPTIMISATION ET PERFORMANCES DES ORGANISATIONS DE SANTE.....	19
2.1.1 Etats des lieux sur l'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé.....	19
2.1.2 Facteurs clés influençant la qualité des soins et l'efficacité opérationnelle	20
2.1.3 Revue des indicateurs de satisfaction des patients et de leur impact sur la prestation des soins de santé ...	23
2.1.4 Discussion sur la résilience des organisations de santé face aux défis futurs	24
2.2. LA COMPLEXITE DES ORGANISATIONS DE SANTE	26
2.2.1 Aperçu de l'interdépendance des acteurs.....	26
2.2.2 La diversité des logiques professionnelles	27
2.2.3 L'émergence de phénomènes non linéaires.....	27
2.3. GESTION STRATEGIQUE DU CHANGEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE.....	28
2.3.1 La gestion du changement nécessaire dans les environnements de santé.....	28
2.3.2 La gestion des résistances spécifiques au secteur de la santé	29
2.3.3 Rôle du leadership et des décideurs dans la conduite du changement organisationnel.....	30
3 PRÉSENTATION DU PROJET.....	32
3.1 CONTEXTES ET JUSTIFICATIONS DU PROJET	32
3.1.1 Le contexte externe du projet.....	32
3.1.2 Le contexte interne : Une opportunité stratégique du groupe.....	36
3.2 LA PHASE PREPARATOIRE	38
3.2.1 La commande et gouvernance du projet	38
3.2.2 Le mode projet et la dynamique de l'équipe	38
3.2.3 Les objectifs du projet.....	39
3.2.4 Les risques identifiés et les compétences mobilisées	40

3.3 LA PHASE DE LA MISE EN ŒUVRE	42
3.3.1 Les étapes clés du projet et le calendrier prévisionnel.....	42
3.3.2 La constitution de l'équipe projet.....	43
3.3.3 La répartition des rôles.....	43
3.3.4 La communication et conduite de changement.....	45
3.3.5 Analyse des attentes et des besoins des parties prenantes	46
3.3.6 La communication ciblée et adaptée	47
3.3.7 L'accompagnement des équipes	49
3.4 LA PHASE DE DIAGNOSTIC ET AUDIT	50
3.4.1 Objectifs et périmètre du diagnostic.....	50
3.4.2 Méthodologies et outils mobilisés	50
3.4.3 Les résultats obtenus des analyses.....	51
3.4.4 Orienter la prise de décision stratégique	56
3.4.5 Analyse comparative : le Benchmark.....	57
3.4.6 Objectifs de la phase de conception	60
3.5 LA PHASE DE DEPLOIEMENT	61
3.5.1 La gestion des plans architecturaux des espaces.....	61
3.5.2 La gestion des ressources paramédicales mutualisées.....	63
3.5.3 La gestion des ressources matérielles	64
3.5.4 La gestion financière et budgétaire	64
3.5.5 La gestion des systèmes d'information	64
3.5.6 La gestion documentaire.....	65
3.5.7 La gestion de la communication avec les partenaires et les usagers.....	65
3.6 LA PHASE DE SUIVI ET D'EVALUATION	67
3.6.1 Mise en place des indicateurs de suivi et tableaux de bords	67
4 ANALYSE RETROSPECTIVE.....	69
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE.....	71
TABLES DES ANNEXES.....	74

LISTE DES ABREVIATIONS

ACQ	Amélioration continue de la qualité
AM	Assistante médicale
ANI	Accord National interprofessionnel
AS	Aide-soignante
ASH	Agent de service hospitalier
AURA	Association des Usagers du Rein Artificiel
CA	Chirurgie ambulatoire
CDS	Cadre de Santé
COPIL	Comité de Pilotage
COVID-19	Coronavirus disease
CRH	Comptes rendus d'hospitalisation
DMS	Durée Moyennes de Séjour
DSI	Directrices des Soins Infirmiers
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
GHPSJ & HML	Groupe Hôpital Paris Saint Joseph et Hôpital Marie Lannelongue
HC	Hôpital conventionnel
HDJ	Hôpital de jour
HDS	Hôpital de semaine
HGE	Hépatogastroentérologie
HML	Hôpital Marie Lannelongue
HPSJ	Hôpital Paris Saint Joseph
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IDF	Ile-de-France
IFSI	Institut de formation de soins infirmiers
IFAS	Institut de formation d'aides-soignants
IPA	Infirmières en Pratique Avancée
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique
MICI	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PAO	Programme d'amélioration des organisations
PCA	Plan de continuité d'activité
Pôle Spé Chir	Pôle des Spécialités Chirurgicales
SIS	Systèmes d'information de santé
UMAT	Unité de médecine ambulatoire thérapeutique

INTRODUCTION

Les systèmes de santé sont confrontés à des défis croissants qui menacent leurs missions fondamentales : garantir à chaque patient, un accès à des soins de qualité, sûrs et adaptés à ses besoins. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, les contraintes budgétaires persistantes, la pénurie croissante des soignants, la saturation des établissements et exigences accrues de la qualité et la sécurité des soins, sont quelques facteurs qui complexifient la gestion et l'organisation des établissements de santé. Dans ce contexte, l'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé n'est plus une option, mais une priorité incontournable pour garantir la pérennité et la performance des établissements.

Cette transformation ne doit pas se limiter à des ajustements superficiels ou à des réponses ponctuelles. Elle suppose une refonte profonde des processus, cultures et pratiques professionnelles. L'objectif est d'adopter une dynamique d'innovation et d'adaptation, capable de répondre aux attentes des patients, des professionnels et des tutelles, en garantissant durablement la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Au cours des vingt dernières années, le secteur hospitalier a connu de profondes (r)évolutions, impulsées par des réformes visant à optimiser les parcours de soins, réduire les durées moyennes des séjours et développer l'ambulatoire, tout en tenant compte des contraintes financières croissantes. Le déploiement de la chirurgie ambulatoire (CA), de l'hôpital de jour (HDJ) et de l'hôpital de semaine (HDS) illustrent cette volonté d'une offre de soins à la fois efficiente, accessible et économiquement soutenable.

Dans cette dynamique, la Haute Autorité de Santé (HAS), à travers son projet stratégique 2025-2030, place la qualité, la coordination des parcours et l'innovation au cœur de ses ambitions, en soulignant la nécessité d'une approche globale et intégrée pour répondre aux besoins des personnes et des professionnels.

Le Groupe Hôpital Paris Saint Joseph (HPSJ) et Hôpital Marie Lannelongue (HML) s'inscrit pleinement dans cette dynamique d'innovation organisationnelle. Cependant, malgré des avancées notables dans la réorganisation des parcours du patient - de l'avant-hospitalisation jusqu'à l'après- certaines spécialités, telle que l'hépatogastro-entérologie (HGE), sont confrontées à des difficultés structurelles et organisationnelles qui freinent son développement. Pour y répondre, la Direction Générale du Groupe HPSJ & HML a lancé le PAO : Programme d'Amélioration des Organisations au sein des établissements.

Ce PAO est un programme qui mobilise les équipes des services autour de projets d'amélioration continue, adaptés aux spécificités et aux besoins de chaque service.

C'est dans ce cadre que s'inscrit **le projet de réunification des services d'UMAT (Unité de médecine ambulatoire thérapeutique) et d'HDS (Hôpital de semaine) en hépatogastro-entérologie**, que je présente comme projet managérial pour le MOS 2 UPEC. Ce projet vise à optimiser le parcours patient, à renforcer la cohésion d'équipe et à améliorer la performance globale de l'HGE, dans un contexte de contraintes diverses et d'attentes croissantes.

La première partie de ce projet managérial présente le Groupe HPSJ & HML, afin de mieux comprendre sa structure, ses missions et son organisation. La seconde partie explore les fondements théoriques de l'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé, en s'intéressant particulièrement à l'optimisation, la performance, la résilience, la complexité organisationnelle, ainsi qu'à la gestion stratégique du changement. Enfin, la dernière partie détaille la méthodologie appliquée en hépatogastro-entérologie, en présentant le projet de réunification des services, ses modalités de mise en œuvre, les méthodes de collecte et d'analyse de données, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation mise en place pour garantir la réussite du projet.

En somme, ce mémoire vise à contribuer à une meilleure compréhension des dynamiques d'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé, en proposant des pratiques concrètes et des réflexions théoriques pour renforcer la qualité des soins, l'efficacité opérationnelle et la satisfaction des patients, tout en préparant les organisations à faire face aux défis futurs.

1 PRESENTATION DU GROUPE HOPITAL PARIS SAINT JOSEPH (HPSJ) & HOPITAL MARIE LANNELONGUE (HML)

1.1 LA STRUCTURE HPSJ & HML

Le Groupe Hôpital Paris Saint Joseph et Hôpital Marie Lannelongue (GHPSJ & HML) est le fruit de deux fusions successives :

En 2006, trois établissements hospitaliers du sud parisien : l'hôpital Saint Joseph, l'hôpital Notre Dame de Bon Secours et l'hôpital Saint Michel, tous fondés au XIX^e siècle, ont uni leurs forces. Cette fusion a entraîné une restructuration des services et leur transfert progressif vers le site unique de Saint Joseph, dans le 14^{ème} arrondissement, achevé en mars 2011.

Plus tard, en 2020, l'HML situé au Plessis Robinson (92) a rejoint le groupe. Un nouveau site est en cours de construction au Plessis Robinson, avec une ouverture prévue fin 2026.

Ainsi, le GHPSJ & HML est issu de la fusion de plusieurs hôpitaux historiques parisiens, avec un développement récent incluant l'hôpital Marie Lannelongue. Le groupe est devenu un établissement majeur du sud parisien.



Cet **établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)**, géré par la fondation Hôpital Saint Joseph est un hôpital généraliste dispensant des soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Il offre à la fois des soins de proximité et une expertise de pointe dans diverses spécialités médicales et chirurgicales.

Son bassin de recrutement s'étend principalement sur les 14^{ème} et 15^{èmes} arrondissements de Paris, ainsi que les communes limitrophes telles que Vanves, Malakoff, Montrouge et le Plessis Robinson. Le groupe hospitalier attire également des patients d'autres arrondissements parisiens, de toute l'Ile de France et également de l'étranger.

Paris, avec ses 2,2 millions d'habitants et les 3 départements de la petite couronne (Hauts de Seine, Seine Saint Denis et le Val de Marne), totalisant ensemble environ 4,5 millions d'habitants, constitue un important réservoir de patients potentiels. De plus, l'accessibilité du groupe hospitalier par les transports en commun, facilite les déplacements et rend ainsi les soins plus accessibles à un large public.

L'offre de soins en Ile-de France se caractérise par sa densité et sa diversité. Dans ce contexte, le GHPSJ & HML évolue dans un environnement hautement concurrentiel, où il doit rivaliser avec des établissements privés lucratifs ainsi qu'à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP).

Cette concurrence accrue, incite l'hôpital à constamment améliorer la qualité de ses services et à innover pour répondre aux besoins des patients. En conséquence, le GHPSJ & HML s'efforce de se démarquer :



En 2002, le GHPSJ & HML obtient la certification V2022 avec la mention « Haute Qualité des soins » et un taux de conformité de 98% au référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Tableau d'honneur

Le Point 2024 Classement des Hôpitaux en France

14^e Meilleur Hôpital de France*

1^{er} Hôpital privé à but non lucratif de France



Une reconnaissance médiatique distingue le GHPSJ & HML dans la Presse en 2024 :

*Classement des hôpitaux publics et hôpitaux privés à but non lucratif (public + ESPIC) - Données année 2022

HÔPITAUX Paris Saint-Joseph Marie-Lannelongue

- Palmarès Le Point : Le GHPSJ & HML est le 1^{er} Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) de France et figure parmi les 50 meilleurs établissements hospitaliers de France dans le palmarès Le Point.

- Classement Newsweek : Le GHPSJ & HML est classé parmi les 100 meilleurs hôpitaux au niveau mondial dans les classements **World's Best Hospitals** depuis 2019 publiés par Newsweek.

- Le GHPSJ & HML est le premier établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) en France à avoir obtenu la **certification ISO 9001** pour son activité de recherche clinique. Ce label officiel, reconnu de tous, reflète une démarche volontariste forte et un engagement tant humain que financier.

Evolution du classement des Hôpitaux « concurrents »

Classement Le Point 2024

	2021	2024	
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	8 ^e	9 ^e	→
Hôpitaux Saint-Joseph & Marie-Lannelongue	20 ^e	14 ^e	→
Hôpital Cochin	27 ^e	27 ^e	=
Hôpital Européen Georges Pompidou	25 ^e	29 ^e	→
Institut Mutualiste Montsouris	34 ^e	32 ^e	→
Hôpital Saint-Joseph (Marseille)	45 ^e	35 ^e	→
Hôpital Necker	38 ^e	37 ^e	→
Hôpital de la Croix-Saint-Simon	42 ^e	42 ^e	=
Hôpital Foch	40 ^e	49 ^e	→

Classement Le Point 2024

ESPIC PUBLIC

HÔPITAUX Paris Saint-Joseph Marie-Lannelongue

Cet établissement, bien qu'étant un établissement de santé privé d'intérêt collectif, opère sous l'égide de la **Fondation Hôpital Saint Joseph**. Cette dernière, détentrice de la personnalité juridique, délègue certaines compétences à son directeur général. Ainsi, le directeur général agit par délégation du président de la Fondation pour les aspects financiers, et par délégation du conseil d'administration pour les signatures.

Officiellement constituée et reconnue d'utilité publique, la fondation est habilitée à recevoir des dons et legs. Elle a pour but d'assurer le fondement et l'entretien du groupe hospitalier et de poursuivre l'œuvre entreprise par le fondateur de l'hôpital.

Aujourd'hui, la fondation gère plusieurs établissements de santé privés à but non lucratif, tous en secteur 1 :

- **L'Hôpital Paris Saint Joseph** à Paris 14^{ème}, issu de la fusion avec la maternité Notre Dame de Bon Secours et l'Hôpital Saint Michel depuis 2006.
- **L'Hôpital Marie Lannelongue** au Plessis Robinson (92) intégré depuis 2020.
- **Les Centres de Santé Marie Thérèse**, présents dans les 14^{ème}, 15^{ème}, 20^{ème}, ainsi qu'à Malakoff (92).
- **Un Campus de formation en Santé** : Institut de formation de soins infirmiers (IFSI) et Institut de formation d'aides-soignants (IFAS).



Le GHPSJ & HML s'engage autour de 4 missions principales :

Soigner : Nous sommes au service du mieux-être de tous les patients, sans discrimination, en apportant des soins d'excellence.

Accompagner : En lien avec les autres acteurs de soins, nous accompagnons tous les patients, y compris les plus démunis, tout au long de leur parcours médical et médico-social.

Innov : Notre implication dans la recherche et notre capacité à intégrer l'innovation sous-tendent l'amélioration continue des soins prodigués.

Former : Nous assurons la formation des professionnels de santé par l'enseignement, la transmission des savoirs et le transfert de l'expérience de nos équipes.

Le groupe s'engage à incarner les valeurs fondamentales suivantes : **accueil, éthique, professionnalisme, esprit d'équipe**.

Par ailleurs, le site actuel de l'Hôpital Paris Saint Joseph, de 5,5 hectares, abrite également six établissements de santé indépendants sur son site :

- **Le Centre de santé Marie Thérèse**, accueille les patients en journée et le samedi matin pour des consultations de médecine générale ou de spécialités – ophtalmologie, proctologie...
- La maison médicale de garde
- **L'Association des Usagers du Rein Artificiel (AURA)**, pour la prise en charge des patients dialysés.
- **La clinique Arago**, spécialisée dans les interventions orthopédiques.
- **L'hôpital Léopold-Bellan**, avec une filière gériatrique.
- Et **l'hôpital Sainte Marie**, établissement de soins de suites et de réadaptation spécialisé en neurologie, orthopédie et déficience visuelle.



Depuis 2016, l'ensemble ainsi constitué, forme une « **cité hospitalière** », sans personnalité morale, dont le projet médical organise les relations fonctionnelles entre les différentes entités : gestion des urgences, de l'imagerie médicale, des soins de premiers recours, de la pharmacie à usage intérieur... Les relations entre les différentes structures donnent lieu à des flux financiers, notamment sous forme de loyers et de prestations de services.

L'HPSJ & HML bénéficie d'un réseau de partenariats avec des acteurs externes, réputés pour offrir à ses patients une gamme de soins élargie et s'intégrer au sein de filières de soins permettant un accompagnement sécurisant de ses patients.

- L'Union des Blessés de la Face et de la Tête – UBFT.
- La maison médicale Jeanne-Garnier pour la prise en charge des soins palliatifs.
- L'hôpital Sainte-Anne assurant une permanence psychiatrique pour les patients des urgences.
- L'institut Jérôme Lejeune garantissant à leurs patients la réalisation de bilans médicaux complets.
- Le centre de santé de Montrouge et l'hôpital Cognacq-Jay pour la réalisation de leurs examens de biologie.
- L'Institut Curie pour la réalisation de leurs examens de microbiologie en partenariat avec l'Institut Mutualiste Montsouris.

1.2 L'OFFRE DE SOINS

L'Hôpital Paris Saint-Joseph offre une gamme complète des soins, à la fois hospitaliers et de proximité, incluant un service des urgences ouvert 24h/24 et 7j/7 pour une prise en charge médicale et chirurgicale immédiate.

L'établissement regroupe de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, permettant ainsi de traiter une grande variété de pathologies au sein d'un même lieu. La collaboration étroite entre les équipes soignantes assure une prise en charge globale des patients et facilite le suivi de leur état de santé.

Selon le rapport d'activité de 2023, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de l'hôpital se caractérise par :

- une forte activité d'urgences, garantissant un accès continu aux soins.
- une offre large de soins diversifiée, couvrant un large éventail de spécialités
- une prise en charge coordonnée, grâce à la collaboration entre les différentes équipes médicales.

Nos Chiffres clés en 2023

Offrir le meilleur à nos patients

Une activité en croissance continue au service des patients



Des équipes engagées jour après jour



L'Hôpital Marie-Lannelongue est un centre d'excellence dans la chirurgie du thorax, des vaisseaux et du cœur, du nouveau-né à l'adulte.

Il traite les malformations congénitales du cœur, les maladies et les tumeurs de la cage thoracique, les hypertension artérielles pulmonaires et les cardiopathies valvulaires ou les maladies coronariennes.

Pour traiter ses patients, l'HML a développé des programmes de transplantation du cœur, des poumons, du bloc cœur-poumons chez l'adulte et l'enfant.

Il est un centre d'innovation pour les remplacements de la trachée par tissus autologues ou les endartériectomies pulmonaires vidéo-assistées sous arrêt circulatoire en hypothermie profonde pour traiter les séquelles d'embolie pulmonaire.

Au-delà de ses activités de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire conventionnelles ou thérapeutiques instrumentales par cathétérisme, l'HML est le centre de référence national français des cardiopathies congénitales complexes. Il est également l'un des 5 centres experts au monde en mesure de traiter chirurgicalement l'hypertension artérielle pulmonaire thromboembolique. L'HML est le cofondateur avec

l'hôpital Gustave Roussy de l'Institut d'Oncologie Thoracique (devenu en 2021 le CICT : Centre International des Cancers Thoraciques).

Le groupe Hôpital Paris Saint Joseph et Hôpital Marie Lannelongue propose donc une large gamme de spécialités médicales et chirurgicales.

Voici quelques-unes des spécialités disponibles dans ces établissements liés :

Spécialités Médicales

Médecine interne
Médecine vasculaire
Cardiologie
Hépto-gastro-entérologie
Endocrinologie
Néphrologie
Pneumologie et transplantation
Greffes-Transplantations
Rhumatologie
Neurologie
Oncologie
Infectiologie
Psychiatrie
Gériatrie
Pédiatrie
Pole des cardiopathies congénitales du nouveau né à l'adulte
Transplantation pulmonaire - cardiopulmonaire

Autres services

Anesthésie- Réanimation adulte et pédiatrique
Urgences
Médecine physique et réhabilitation

Spécialités chirurgicales

Chirurgie générale
Chirurgie orthopédique
Chirurgie digestive
Chirurgie aortique et vasculaire
Chirurgie cardiaque et transplantation
Chirurgie urologique
Chirurgie vasculaire
Chirurgie thoracique et transplantation
Chirurgie plastique et reconstructrice
Chirurgie gynécologique
Chirurgie pédiatrique

Un plateau technique performant

29 Salles d'opérations	2 Salles de césariennes	1 Laboratoire de biologie médicale et d'anatomopathologie
2 Salles hybrides	5 Scanners 44 900 examens	26 700 examens d'anatomopathologie et 3 770 000 analyses médicales
8 Salles d'imagerie et de cardiologie interventionnelle	4 IRM 16 200 examens	1 Laboratoire de microbiologie
1 Robot chirurgical	1 EOS 2 970 examens	1 Plateforme de dosages des médicaments
6 Salles d'endoscopies	1 TepScan 7 200 examens	
9 Salles d'accouchements	2 Gamma caméras 3 200 examens	

Après avoir exposé la structure de l'établissement, je vais maintenant vous présenter les services d'hépto-gastro-entérologie (HGE) dans le contexte du projet managérial que j'ai retenu.

1.3 MISSIONS ET SPECIFICITES DES SERVICES D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Les services d'hépto-gastro-entérologie du GHPSJ & HML offrent une prise en charge complète des maladies digestives et pancréatiques. Ils consacrent une expertise étendue sur les diagnostic et traitement des pathologies de l'ensemble du tube digestif, du foie et du pancréas. Ils accueillent également tous les patients venant pour réaliser des endoscopies digestives diagnostiques ou interventionnels.

Les principales orientations :

- Le dépistage du cancer et des polypes du colon. Le service fait partie du centre de référence des tumeurs du pancréas en lien avec le service d'oncologie.
- La prise en charge des maladies chroniques intestinales (MICI).
- La prise en charge des pathologies biliaires et pancréatiques.

Les pathologies traitées :

- Pathologies colo-rectales : Dépistage du cancer colorectal, polypes colorectaux, diverticulose colique, atteinte colorectale de l'endométriose
- Pathologies de l'œsophage de l'estomac : Reflux gastro-œsophagien, œsophagite, infection à Helicobacter Pylori, gastrite, ulcère gastrique ou duodénal, diagnostic des tumeurs de l'œsophage et de l'estomac
- Résection des tumeurs digestives superficielles
- Pathologies de l'intestin grêle : Bilan d'anémie ferriprive, maladie cœliaque
- Hémorragies digestives
- Pathologies biliaires et pancréatiques : Lithiase biliaire, pancréatites aiguë et chronique, tumeurs et kystes pancréatiques
- Maladies chroniques intestinales (MICI) : Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique
- Pathologies hépatiques : Stéatose, cirrhose, hépatite aiguë ou chronique, hyperferritinémie, surcharge en fer
- Troubles fonctionnels intestinaux : Dépistage du cancer colorectal, polypes colorectaux, infection à Helicobacter pylori, lithiase biliaire, MICI

Une prise en charge multidisciplinaire :

Le dépistage et le traitement des cancers digestifs se font de façon conjointe avec les services de chirurgie digestive et d'oncologie et les dossiers sont discutés chaque semaine en réunion pluridisciplinaire.

Le service entretient également des rapports très étroits avec le service de proctologie pour le bilan et la prise en charge de certaines pathologies anorectales.

1.4 L'ORGANISATION DES SERVICES D'HEPTAO-GASTRO-ENTEROLOGIE

A l'Hôpital Paris Saint Joseph, sont présents :

- Consultations médicales 5 j/7
- Hospitalisation conventionnelle : 20 lits d'HC
- Hospitalisation de semaine : 8 lits d'HDS
- 1 unité de médecine ambulatoire thérapeutique : UMAT, composée de 4 fauteuils et 1 lit
- 1 unité d'endoscopie de 4 salles d'endoscopie, dont 3 salles d'endoscopie conventionnelle et une de salle d'endoscopie interventionnelle, ouverte 5 j/7.

A l'Hôpital Marie-Lannelongue, sont proposés :

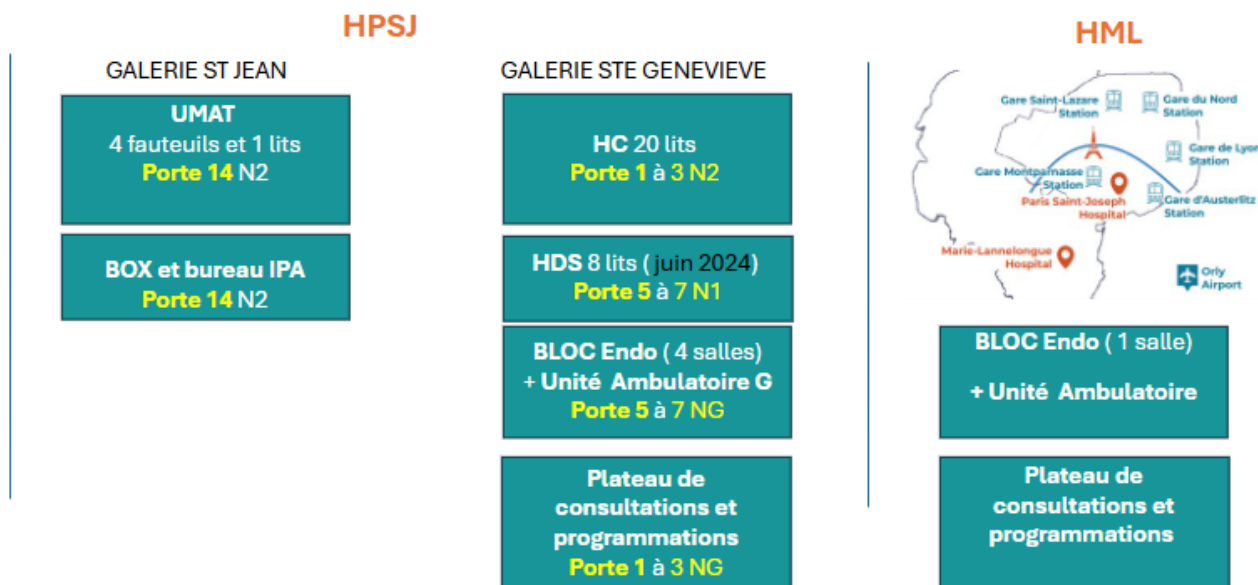
- 1 consultation, 3 j/semaine.
- 1 unité d'endoscopie de 2 salles d'endoscopies conventionnelles, 3 j/semaine.

Les plateaux techniques :

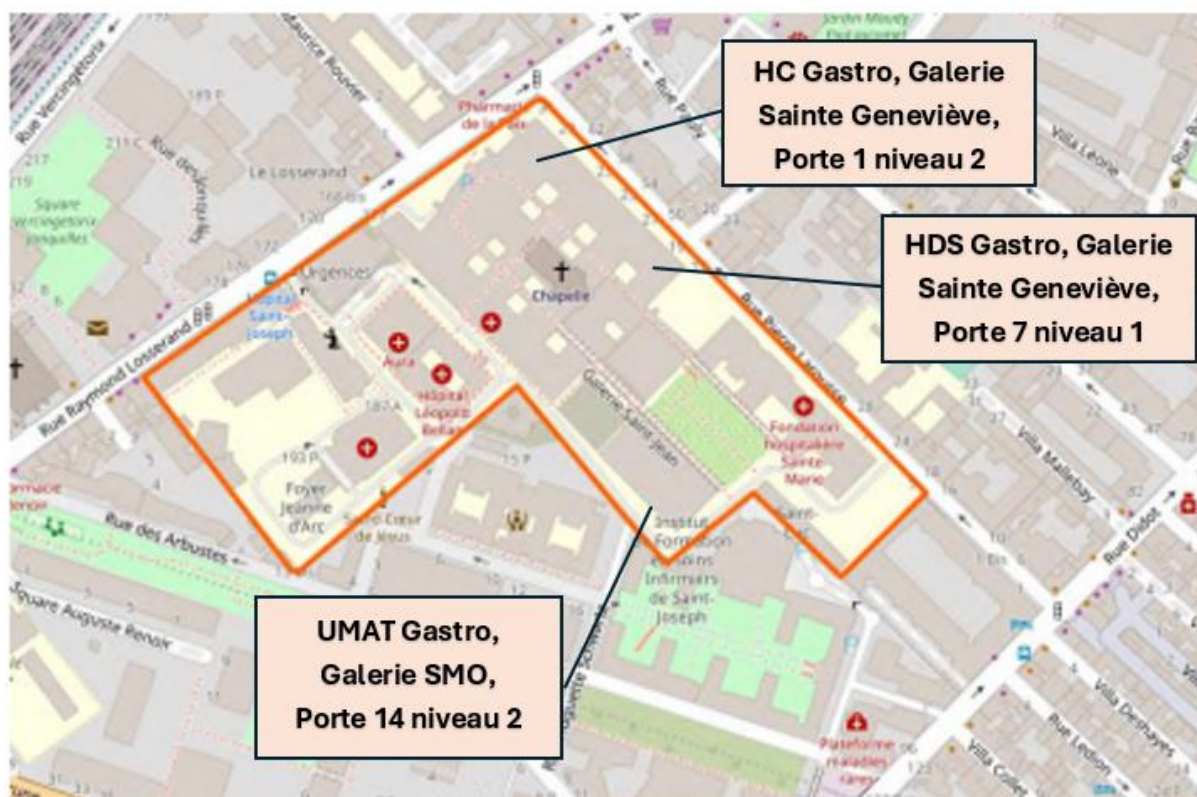
- Les plateaux techniques endoscopiques et radiologiques, modernes et performants permettent d'assurer un bilan rapide et en particulier du cancer du pancréas. Une astreinte opérationnelle d'endoscopie est assurée 7j/7, 24h/24 par les médecins du service sur les 2 sites de l'Hôpital Paris Saint Joseph et Hôpital Marie Lannelongue.

Tous les services d'hépatogastro-entérologie fonctionnent de manière indépendante et sont positionnés comme suit :

Les services d' hépatogastro entérologie



La spécialité d'hépatogastro-entérologie, est divisée en plusieurs services hospitaliers dispersés au sein du GHPSJ comme suit :



Le service d'hospitalisation conventionnelle (HC), Pôle Spé Chir, Galerie Sainte Geneviève, Porte 1 niveau 2 :

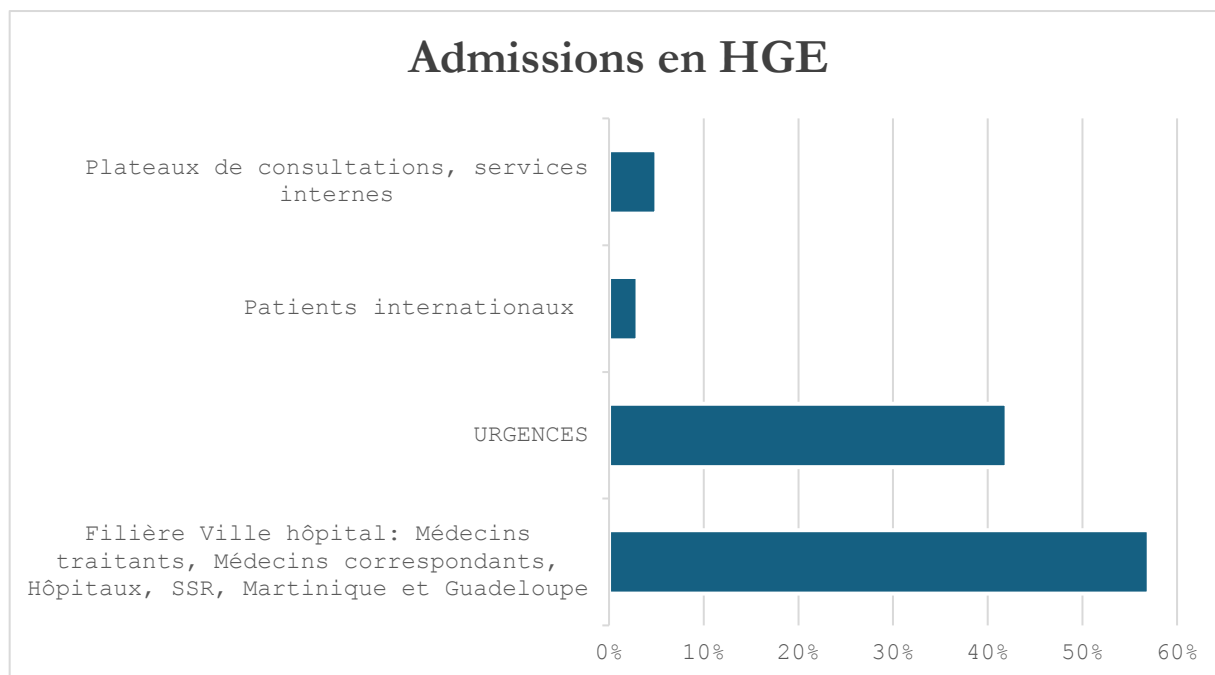
Le service d'hospitalisation conventionnelle (HC) en hépatogastro-entérologie est une composante essentielle de la prise en charge des patients souffrant de pathologies digestives complexes.

Il est dédié à l'accueil et au traitement des patients nécessitant une hospitalisation prolongée pour des pathologies hépatogastro-entérologiques. Il assure la prise en charge des patients présentant des affections aiguës ou chroniques, telles que les : hémorragies digestives, complications de cirrhose, pancréatites aiguës, pathologies cancéreuses digestives, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) nécessitant une surveillance rapprochée, sevrages alcooliques, et d'autres pathologies digestives nécessitant des soins hospitaliers.

Il accueille également des patients programmés pour des endoscopies à visées diagnostiques.

Bien que le service d'HC dispose de 20 lits, cette capacité s'avère insuffisante pour répondre à la demande actuelle. Une analyse des données d'occupation révèle qu'une capacité de 26 lits serait nécessaire pour optimiser l'accueil des patients.

L'admission en HC peut se faire par la filière ville Hôpital, à la suite d'une urgence, d'une consultation ou d'un transfert depuis un autre service ou établissement.



Le service d'HC est composé d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant :

- 8,5 infirmières (IDE)
- 6 aides-soignantes (AS)
- 3 agents de services hospitaliers (ASH)
- 1 assistante Médicale (AM)
- 1 infirmière référente (IDE réf)
- 1 diététicienne
- 1 kinésithérapeute
- 1 cadre de santé A (CDS)

Comme dans les autres services d'HGE, l'équipe soignante assure principalement : l'accueil administratif, l'évaluation complète du patient (clinique, paraclinique, poids, taille), la prescription et l'administration des traitements (médicaments, endoscopies), la surveillance continue (paramètres vitaux, scores), la gestion de la douleur, le soutien psychologique et social, et l'éducation thérapeutique spécifique aux patients d'HGE.

Le service d'hospitalisation de semaine (HDS), Pôle Spé Chir, Galerie Sainte Geneviève, Porte 7 niveau 1 :

L'hospitalisation de semaine est un mode de prise en charge qui permet aux patients de recevoir des soins médicaux durant quelques jours, hors week-ends, ouvert du lundi au vendredi. Ce dispositif est particulièrement adapté pour des traitements récurrents nécessitant une surveillance régulière. L'HDS favorise une meilleure qualité de vie en permettant aux patients de conserver une certaine autonomie tout en bénéficiant d'un suivi médical. Ce modèle contribue également à désengorger les services d'hospitalisation classique, optimisant ainsi l'utilisation des ressources hospitalières.

A l'HPSJ, les patients programmés hospitalisés sur les 8 lits d'HDS, entrent les lundis et mercredis, et sortent les mercredis et vendredis, pour une fermeture du service vendredi soir.

L'équipe non médicale est constituée de :

- 4 infirmières (IDE)
- 3 aides-soignantes (AS)
- 1 agent de services hospitaliers (ASH)
- 1 assistante Médicale (AM)

- 1 diététicienne
- 1 kinésithérapeute
- 1 cadre de santé B (CDS)

L'Unité de médecine ambulatoire thérapeutique (UMAT), Pôle SMO, Galerie Saint Jean, Porte 14 niveau 2 :

L'UMAT en hépato-gastro-entérologie est un service spécialisé qui permet aux patients de recevoir des traitements et des soins sans nécessité d'hospitalisation. A l'HPSJ, elle offre la possibilité d'avoir des perfusions de fer, des transfusions, des traitements médicamenteux réguliers pour les patients atteints de MICI, des ponctions d'ascite, et des suivis réguliers auprès des médecins, diététiciennes ou IPA, tout en permettant aux patients de rentrer chez eux après chaque séance. Cette unité permet des prises en charges rapide et efficace, tout en améliorant la qualité de vie des patients. Également, l'unité contribue à désengorger les services d'hospitalisations de semaine ou conventionnelle, optimisant ainsi les ressources de l'établissement.

L'équipe non médicale, mutualisée avec le service d'oncologie est constituée de :

- 3 infirmières (IDE)
- 1 agent de services hospitaliers (ASH)
- 1 assistante Médicale (AM)
- 1 diététicienne
- 1 cadre de santé B (CDS)

Les équipes médicales :

Elles se composent de :

- 14 médecins spécialistes, dont 4 assistants
- 1 assistant partagé avec le service de pancréatologie de l'Hôpital Beaujon. Il s'agit d'une collaboration extrêmement précieuse entre les deux services pour la prise en charge des patients atteints de maladie du pancréas.
- 1 assistant partagé avec le service de proctologie, aide les prises en charges multidisciplinaire.
- 5 internes en médecine et 1 interne inter-CHU sont accueillis régulièrement pour la formation de techniques en endoscopie interventionnelle.

Reconnus experts dans les domaines de l'hépatogastro-entérologie, les services accueillent des externes, étudiants en médecine de l'Université Paris Cité dans le cadre de sa mission d'enseignement.

L'équipe médicale est renforcée également par la présence de :

- **2 infirmières de pratique avancée (IPA)**, jouant un rôle clé dans le suivi des patients d'hépatogastro-entérologie.

Conformément au décret du 18 juillet 2018, relatif à la pratique avancée¹, « les IPA peuvent exercer, dans leur domaine de compétences, des activités de suivi et de coordination en lien avec les médecins, notamment dans la prise en charge des maladies chroniques, par le biais d'un protocole de coopération validé et inscrit dans le projet médical partagé ».

Selon l'article R. 6132-3 du Code de santé public², le projet médical du groupe constitue le cadre stratégique de l'organisation médicale de l'établissement. Toute extension ou délégation de compétences doit être formalisée et soumise à l'approbation de l'ARS.

¹ « Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée », 2018-629 § (2018).

² « Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 26 avril 2025,
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/.

Une IPA dispose de compétences élargies et d'une activité dérogatoire pour le suivi de patients sur des parcours complexes, en collaboration avec le médecin. Les IPA seront en mesure de renouveler les traitements et de prescrire certains examens de surveillance. Leur rôle portera également sur la fluidité des parcours de patients et l'introduction d'innovations dans les prises en charge infirmière.

La prise en charge des patients de gastro-entérologie a évolué ces dernières années avec de nouvelles thérapeutiques et de nouveaux gestes techniques, mais surtout le recours à l'UMAT nécessitant auprès du patient, une information et un suivi rigoureux, à l'hôpital mais également avant et après son hospitalisation.

Le rôle des IPA d'hépto-gastro-entérologie à HPSJ s'articule autour de 4 axes principaux :

- la prise en charge des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).
- la prise en charge des patients bénéficiant d'une endoscopie ambulatoire ou d'une endoscopie thérapeutique interventionnelle complexe.
- la prise en charge des patients bénéficiant d'une vidéocapsule de l'intestin grêle.
- le programme d'ETP (Education thérapeutique) auprès des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

Elles relèvent toutes les deux de ma supervision, en collaboration avec un médecin référent désigné.

Les services d'HC, d'HDS et d'UMAT collaborent étroitement avec d'autres services de l'établissement, tels que le : service des urgences, service d'endoscopie, service de radiologie, service de chirurgie digestive, service d'oncologie, service de proctologie, service de médecine interne, service de réanimation. Cette collaboration permet d'assurer une prise en charge globale et coordonnée des patients, en fonction de leurs besoins spécifiques. L'objectif principal des services est de fournir des soins médicaux et infirmiers de qualité, tout en assurant le confort et la sécurité des patients.

1.5 LE PARCOURS PATIENT D'HEPTO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Dans le cadre de mon projet, j'ai développé une initiative centrée sur le parcours patient au sein du service d'HGE. Cette démarche vise à présenter, analyser et améliorer l'expérience des patients tout au long de leur séjour, en tenant compte des aspects cliniques, émotionnels et organisationnels.

Pour concrétiser cette approche, j'ai conçu une « **Carte de Parcours** », ([ANNEXE 1](#)) élaborée à partir des retours d'expérience de 15 patients volontaires, hospitalisés en HGE. Cette initiative vise à comprendre le cheminement des patients tout au long de leur hospitalisation, en identifiant les étapes clés, les interactions significatives et les éléments contextuels pouvant influencer leur expérience. Cette démarche a été réalisée en collaboration avec plusieurs soignants investis dans ce projet présenté, afin d'assurer une analyse globale et pluridisciplinaire. (Infirmières, aides-soignantes et externes).

M'inspirant de la lecture d'« Adopter l'esprit Proofmaking »³ de Mr Bejean, j'ai adopté une démarche fondée sur des réponses concrètes plutôt que sur des croyances préconçues. Selon ce professeur, il est essentiel de « ne pas raisonner sur de fausses croyances, mais sur une connaissance fine des conditions, moteurs et freins d'usage en situation réelle ». Ainsi, j'ai tenté d'inclure tous les éléments contextuels influençant l'expérience des patients.

³ Béjean Mathias et al., *Adoptez l'esprit Proofmaking: dépassez l'incertitude, innovez et propulsez vos projets* (Paris: Pearson, 2022).

« Carte Parcours » du patient en hépato-gastro-entérologie :

1- Prise de conscience (extérieur à l'hôpital)

- Action : Le patient ressent ou observe des symptômes digestifs (douleurs abdominales, ballonnements, saignements, vomissements, gênes...).
- Point de contact : Recherche d'informations en ligne +, consultation avec un médecin généraliste.
- Émotion : Inquiétude ++, confusion, bouleversement...

2- Prise de rendez-vous

- Action : Le patient prend rendez-vous ou est adressé avec un gastro-entérologue de l'hôpital.
- Point de contact : Appel téléphonique au secrétariat de consultation (médecin généraliste ou lui-même) ou en direct sur le site web « Doctissimo » désigné de l'hôpital.
- Émotion : Soulagement d'obtenir un rendez-vous, mais anxiété à l'idée de la consultation.

3- Consultation initiale

- Action : Le patient se rend à la consultation spécialisée d'hépatogastro-entérologie.
- Point de contact : Accueil de l'hôpital, salle d'attente des consultations HGE, consultation avec le médecin gastro-entérologue désigné.
- Émotion : Nervosité, espoir d'obtenir des réponses.

4- Examens complémentaires

- Action : Le médecin gastro-entérologue prescrit des examens (bilan sanguin, échographie, scanner, endoscopie, hospitalisation programmée...).
- Point de contact : Prise de rendez-vous pour les examens auprès de la secrétaire de programmation, post consultation : Réalisation des examens au sein de l'établissement.
- Émotion : Inquiétude concernant les résultats, anticipation.

5- Résultats et suivi

- Action : Le patient reçoit les résultats des examens lors d'une nouvelle consultation, au décours des endoscopies réalisées, ou durant son hospitalisation programmée.
- Point de contact : Consultation avec le médecin pour discuter des résultats et des options de traitement envisagées.
- Émotion : Soulagement ou inquiétude selon les résultats, beaucoup d'informations à assimiler, besoin de clarté sur les prochaines étapes.

6- Traitement et suivi

- Action : Le patient commence le traitement (médicaments, changements de régime alimentaire). Il peut être hospitalisé dans les services qui correspondent à ses besoins : HC, HDS, UMAT ou parcours ambulatoire.
- Point de contact : Suivi régulier avec le médecin, consultations de contrôle, réhospitalisations programmées.
- Émotion : Espoir d'amélioration, inquiétude, confiance, engagement dans le traitement.

Il m'a semblé primordial d'inclure non seulement les aspects cliniques du parcours, mais aussi les émotions et ressentis vécus par les patients durant leur séjour. Les patients du service d'HGE, souvent confrontés à des maladies chroniques, vivent ce parcours de manière récurrente et expriment des attentes élevées. Cependant, selon Mr Bejean, leurs retours d'expériences ne sont pas optimaux pour identifier les axes d'amélioration. Afin d'enrichir mon projet, j'ai complété l'analyse des patients « cœur de cible », par celle des patients dits « extrêmes », dont les parcours s'écartent des usages standards ou attendus. Cela inclut notamment les patients non programmés, venant des urgences, de consultation ou de ville. Ces profils atypiques permettent d'identifier des besoins spécifiques et d'enrichir l'analyse globale du parcours.

Cette carte de parcours constitue un outil précieux pour visualiser l'expérience du patient tout au long des différentes étapes de son parcours de soins en gastro-entérologie. Elle illustre de manière claire et structurée :

- Les interactions clés entre le patient et le « système hospitalier ».

- Les points critiques où des ajustements peuvent être apportés (communication, organisation des soins...).
- Les émotions vécues à chaque étape.

Elle s'inscrit pleinement dans une logique managériale visant à aligner :

- Les objectifs organisationnels du service avec les attentes exprimées par les patients.
- L'innovation continue dans la gestion du parcours patient.
- La collaboration entre équipes soignantes pour garantir une prise en charge fluide et humaine.

En identifiant les points de contact, tels que les consultations médicales, les examens diagnostiques, et les interactions avec le personnel soignant, ainsi que les émotions ressenties à chaque étape, les professionnels de santé peuvent acquérir une compréhension approfondie des besoins et des attentes des patients. Par exemple, un patient peut ressentir de l'anxiété avant un examen, de la frustration lors de l'attente des résultats, ou encore de la satisfaction après avoir reçu des explications claires sur son état de santé.

Cette compréhension des émotions et des points de contact est essentielle pour mettre en place des améliorations ciblées. En analysant les retours d'expérience des patients, les équipes médicales et paramédicales peuvent identifier les moments critiques où des ajustements sont nécessaires, que ce soit en termes de communication, d'organisation, de soins prodigués, de gestion des délais, ou de soutien émotionnel... L'objectif ultime est d'optimiser l'expérience patient, en veillant à ce qu'elle soit la plus fluide et positive possible, ce qui contribue également à améliorer leur qualité de vie.

Ainsi, cette carte de parcours ne se limite pas à un simple outil de visualisation, mais elle devient un levier d'innovation et d'amélioration continue dans le domaine des soins en gastro-entérologie, en plaçant le patient au cœur des préoccupations des professionnels de santé. Dans l'ECUE 6.4 : « L'utilisateur et le système » enseigné par Mme Mourre⁴, le patient est désormais un patient partenaire qu'il ne faut pas négliger dans notre démarche et les équipes en ont pleinement conscience. L'objectif est ainsi double : améliorer l'expérience patient tout en renforçant l'efficacité opérationnelle des services HGE.

Les équipes impliquées démontrent une conscience aigüe de leur rôle moteur dans la transformation des services. Animées par une approche proactive, elles ont spontanément partagé leur enthousiasme avec leur collègues, agissant comme des vecteurs d'information. Cette diffusion volontaire, de pair en pair, amplifie la portée du projet et favorise une adhésion collective aux changements, enseigné dans l'ECUE 7.1 : Le Management des Ressources Humaines dans les transitions de Mr Marchand⁵.

Face à la structure actuelle, aux services proposés et au parcours des patients en HGE dans notre établissement, il devient indispensable d'explorer, à travers une approche théorique et bibliographique, les moyens les plus efficaces pour répondre aux exigences du projet institutionnel formulé par la direction du GHPSJ & HML. Cette réflexion devra explorer l'optimisation des organisations de santé, leur complexité ainsi que les stratégies de transformation visant à concilier efficacité, qualité des soins et capacité d'adaptation face aux défis futurs.

⁴ « ECUE 6.4 L'utilisateur et le système. M.L. MOURRE Master Management des établissements de santé 1 et 2, Université Paris-Est Créteil. », s. d.

⁵ Xavier Marchand, « ECUE 7.1 Le management des RH dans les établissements de soins : vers un changement de paradigme », s. d.

2 CADRE CONCEPTUEL :

2.1 OPTIMISATION ET PERFORMANCES DES ORGANISATIONS DE SANTE

2.1.1 Etats des lieux sur l'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé

L'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé est un sujet d'une importance croissante, particulièrement dans un contexte où les systèmes de santé sont confrontés à des défis tels que l'augmentation de la demande de soins, des ressources limitées, la hausse des coûts, la complexité des soins, les attentes croissantes des patients ainsi que l'intégration des nouvelles technologies pour rester compétitifs. Elle est devenue **une priorité stratégique** pour de nombreuses institutions. La littérature existante met en lumière plusieurs approches et modèles qui visent à optimiser les performances des organisations de santé.

L'un des modèles les plus influents retenu est le modèle de **l'amélioration continue de la qualité** (ACQ), qui repose sur l'idée que les organisations doivent constamment évaluer et améliorer leurs processus⁶. Elle repose sur l'identification et la résolution continues des inefficacités au sein des processus existants, avec pour objectif d'accroître la productivité, la qualité, et la satisfaction client, tout en réduisant les coûts et les déchets.

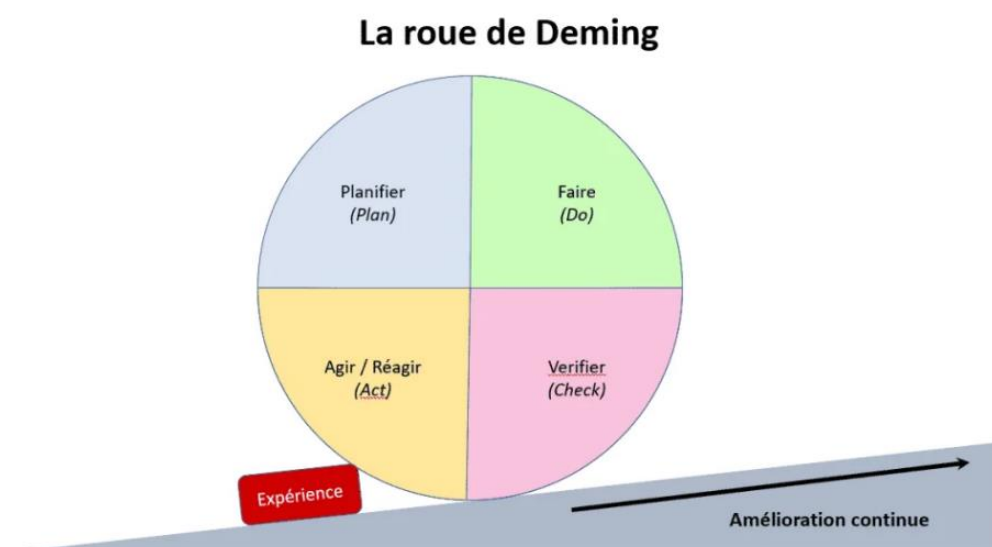
L'adoption de l'amélioration continue permet aux entreprises de rester compétitives dans un environnement en constante évolution. Elle encourage une culture où l'efficacité est constamment recherchée et où chaque membre de l'équipe est engagé dans le processus d'amélioration :

- Réduction des coûts grâce à l'optimisation des processus
- Meilleure qualité des produits et services constante
- Une plus grande satisfaction des clients

Au cœur de l'amélioration continue se trouve l'idée que des améliorations petites mais régulières peuvent conduire à gains substantiels sur le long terme. Ce modèle a été largement adopté dans le secteur de la santé : il s'applique à tous niveaux de l'organisation et touche divers aspects des opérations depuis la gestion de la qualité jusqu'à la production et l'administration.

Les établissements qui adoptent cette démarche utilisent diverses initiatives méthodologiques telles que :

- Le cycle PDCA (Plan Do Check Act), une stratégie de résolution de problèmes interactive qui consiste à améliorer le processus et à mettre en œuvre des changements jusqu'au résultat voulu.



⁶ « L'amélioration Continue : Méthode Pdca Selon Deming - Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC) », s. d., consulté le 26 janvier 2025.

- Le processus Six Sigma, une méthode qui vise à réduire la variabilité du produit final. Sur l'amélioration des processus existants, la technique DMAIC est utilisée :
 - Définir la possibilité d'amélioration
 - Mesurer les performances de vos processus actuels
 - Analyser les processus pour repérer les défauts et la source du problème
 - Innover pour améliorer les processus en s'attaquant à la source du problème
 - Contrôler les processus améliorés et évaluer les futures performances pour corriger les éventuels écarts.
- La philosophie du Kaizen (en japonais : « changement vers le meilleur ») qui repose sur la conviction que notre vie doit être jalonnée de petites améliorations continues si nous voulons nous épanouir chaque jour davantage. Ce même concept peut s'appliquer au monde du travail en éliminant le « Muda » (gaspillage), « Mura » (irrégularité), et « Muri » (surcharge).
- La méthodologie des cinq pourquoi, une technique d'amélioration des processus utilisée pour identifier les causes racines d'un problème. La théorie est simple : En rassemblant un groupe parties prenantes impliqués dans un échec, il faut poser la question « pourquoi » cinq fois d'affilée pour identifier la cause. Cette méthode vise à cerner les problèmes liés à un processus.

Une autre approche notable est celle de **la gestion du changement**. Dans son ouvrage, *Leading Change*, John P. Kotter définit la gestion du changement comme un processus structuré qui vise à aider les organisations à naviguer à travers des transformations significatives⁷. Il souligne notamment l'importance de la culture organisationnelle et de l'engagement des employés dans le processus d'amélioration. Des études montrent que les initiatives d'amélioration qui impliquent les équipes de soins et qui favorisent la communication ouverte sont plus susceptibles de réussir⁸.

Aussi, la littérature souligne l'importance de **l'évaluation régulière des performances et des résultats** pour mesurer l'impact des initiatives d'amélioration. Pour améliorer la performance des organisations de santé, il est essentiel de s'appuyer sur des indicateurs clés de performances (KPI). Les principaux types d'indicateurs incluent :

- Les indicateurs structurels : Ressources humaines, équipements, et budgets nécessaires à la prise en charge.
- Les indicateurs de processus : Pratique professionnelles et coordination des activités.
- Les indicateurs de résultats : Etat de santé des patients après traitement
- Les indicateurs de satisfaction : Retours des patients sur leur expérience dans le système.

Les audits et les indicateurs de performance, tels que ceux des dossiers, patients traceurs, parcours traceurs, satisfaction des patients, et les résultats cliniques, sont essentiels pour guider les décisions stratégiques. Ils permettent en effet d'ajuster les stratégies en fonction des besoins changeants des patients et des défis du secteur. Ces travaux soulignent l'importance d'intégrer une vision plus holistique de la qualité des soins.

L'amélioration organisationnelle dans le secteur de la santé nécessite donc une **approche multidimensionnelle** qui intègre des modèles de qualités, une gestion efficace du changement et une évaluation rigoureuse des résultats. Pour approfondir cette réflexion, il est pertinent d'examiner les facteurs qui influencent la qualité des soins et l'efficacité opérationnelle.

2.1.2 Facteurs clés influençant la qualité des soins et l'efficacité opérationnelle

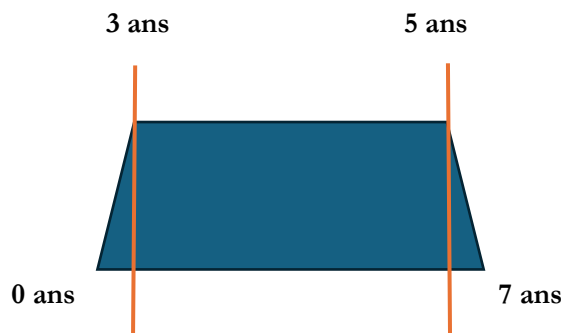
La qualité des soins et l'efficacité opérationnelle sont des enjeux cruciaux dans le secteur de la santé. Plusieurs facteurs clés influencent ces deux dimensions, et leur compréhension est essentielle.

⁷ John P. Kotter, « Leading Change: A Conversation with John P. Kotter », *Strategy & Leadership* 25, n° 1 (1997): 18- 23, <https://doi.org/10.1108/eb054576>.

⁸ Xavier Marchand, « ECUE 7.1 Le management des RH dans les établissements de soins : vers un changement de paradigme ».

Parmi ceux-ci, **la formation et le développement des compétences du personnel de santé** jouent un rôle fondamental. Plusieurs exemples issus du monde du sport montrent que des professionnels bien formés et compétents sont plus à même d'atteindre des niveaux de performance élevés. Les soignants, grâce à une formation adaptée, doivent être en mesure de fournir des soins de haute qualité.

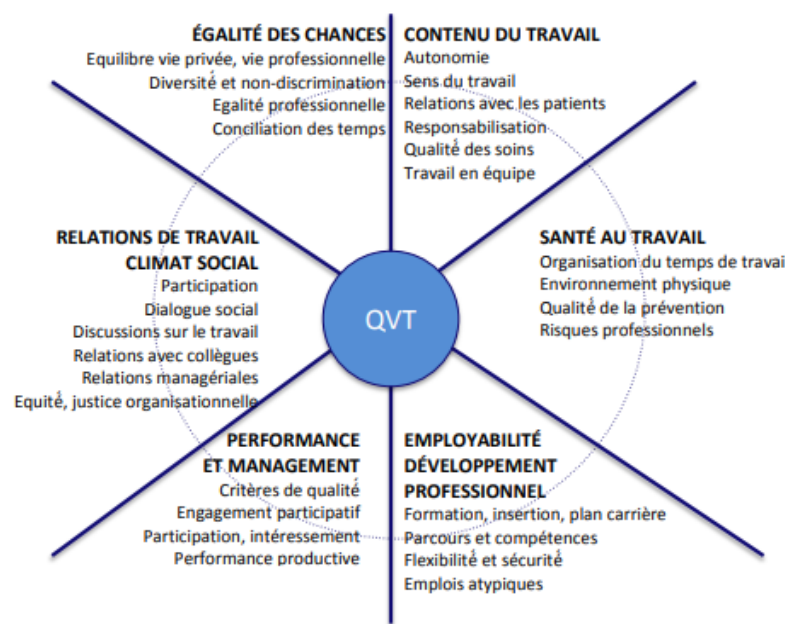
Selon Mr Marchand, dans le cours « Le management des RH dans les établissements de soins : vers un changement de paradigme », un schéma d'apprentissage dans un métier est notifié ainsi :



- de 0 à 3 ans de prise de poste : Phase d'apprentissage
- de 3 ans à 5 ans : Phase plateau, on trouve les meilleurs formateurs, avec assez de recul pour accompagner, car ils viennent de vivre « toutes » les situations de travail.
- de 5 à 7 ans : On apprend moins, on automatise de plus en plus.

Ainsi, la formation continue est indispensable pour s'adapter aux évolutions des pratiques des soignants.

La qualité de vie au travail constitue un élément central de la vie au travail. Telle que définie par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) signé en juin 2013, « la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises »⁹. Des conditions de travail favorables, la reconnaissance professionnelle et la gestion du stress, par exemple contribuent à motiver et engager les équipes, impactant directement la qualité des soins.



⁹ « Texte de base : Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle - Légifrance », consulté le 9 mai 2025, https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000028216997/.

Pour accompagner les établissements de santé, le réseau de l'Anact- Aract a développé un outil spécifique, la « Boussole qualité de vie au travail »¹⁰. Organisé autour de 6 grands axes, celle-ci a pour objectif d'aider les acteurs à faire l'inventaire des enjeux ou problèmes de qualité de vie au travail propres à leur établissement en se positionnant sur chaque axe.

La culture organisationnelle est aussi un autre facteur déterminant. En premier lieu, l'engagement des directions, la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue avec l'évaluation des pratiques régulières et la gestion des risques sont des forces majeures d'efficacité et de sécurité.

Les organisations qui encouragent le feedback et l'apprentissage continu, notamment à travers des commissions qualité des établissements, sont souvent plus efficaces dans la mise en œuvre de pratiques de soins optimales. Ces commissions jouent un rôle clé en évaluant les performances, en identifiant les domaines d'amélioration et en promouvant des initiatives qui renforcent la qualité des soins au sein de l'organisation, des services et des soignants.

Une gouvernance et une culture qui favorisent la communication ouverte et la collaboration entre les équipes de soins contribue à une meilleure qualité des soins¹¹. Elles optimisent l'efficacité opérationnelle et la pertinence des prises en charges.

De ce fait l'élaboration et l'application de protocoles homogènes, l'évaluation des pratiques standardisées et la pertinence des soins assurent l'harmonisation et la qualité des soins.¹²

La gestion des ressources humaines et la charge de travail des équipes de soins influencent également l'efficacité opérationnelle dans les établissements de santé. Une charge de travail excessive expose les soignants à un risque accru d'épuisement professionnel, ou burn out, phénomène largement documenté par Maslach & Leiter¹³. Il souligne que l'épuisement professionnel n'est pas uniquement une défaillance individuelle mais principalement le résultat de l'organisation et de l'environnement professionnel. L'épuisement professionnel impacte négativement la qualité des soins prodigués et la sécurité des soins. Les conséquences organisationnelles sont également notables : augmentation de l'absentéisme, du turn over, des erreurs et une baisse de l'engagement des équipes. LA HAS rappelle que la QVT et la qualité des soins sont indissociables : « Un environnement de travail sain, valorisant et équilibré favorise l'engagement, la satisfaction au travail et la performance collective »¹⁴.

Ainsi, il est important pour les établissements de santé de mettre en œuvre des plans d'actions concrets visant à réguler la charge de travail, soutenir les équipes professionnelles, promouvoir un management bienveillant afin de prévenir l'inefficacité professionnelle et l'efficacité opérationnelle durable.

Selon l'ECUE 5.2 « Concevoir ensemble dans le milieu de soin » de J. Coubart-Millot, **l'architecture et la conception de espaces** influencent également la sécurité, la confidentialité et le bien-être des patients. L'organisation physique des locaux, l'accessibilité, la signalétique, la propreté et le confort des installations influencent directement l'efficacité opérationnelle et la qualité des soins prodigués.

Plusieurs études font le lien entre les conditions de travail et **les équipements techniques** : La disponibilité, la modernité et la maintenance des équipements médicaux sont des facteurs déterminants pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Ils permettent de diagnostiquer, de traiter et de prévenir. Un équipement défaillant peut entraîner des erreurs, des retards de soins, compromettre l'intégrité des traitements (frigo, poussoirs seringues électriques, médicaments, vaccins...) et nuire à la confiance des patients dans le système de soins.

¹⁰ « qvt_fiche_outil_boussole.pdf », consulté le 9 mai 2025, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/qvt_fiche_outil_boussole.pdf.

¹¹ Abraham Carmeli et Jody Hoffer Gittel, « High-Quality Relationships, Psychological Safety, and Learning from Failures in Work Organizations », *Journal of Organizational Behavior* 30, n° 6 (2009): 709-29, <https://doi.org/10.1002/job.565>.

¹² « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé », Haute Autorité de Santé, consulté le 9 mai 2025, https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante.

¹³ Tony Machado, « Chapitre VII. L'épuisement professionnel ou burnout », in *La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention*, Psychologies (Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2015), 147-58, <https://doi.org/10.4000/books.pur.61715>.

¹⁴ « resah-editions_guide-qvt_vf.pdf », consulté le 9 mai 2025, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/resah-editions_guide-qvt_vf.pdf.

La technologie est aussi essentielle dans cette amélioration organisationnelle. L'implémentation et « l'interopérabilité » des systèmes d'information de santé (SIS) permettent une meilleure gestion des données et une coordination accrue des soins, telles que les dossiers médicaux électroniques qui facilitent l'accès aux données et améliore la prise de décision.

D'actualité, l'intelligence artificielle (IA) peut analyser de grandes quantités de données pour identifier des tendances, prédire des résultats, aider à la décision médicale et personnaliser les soins aux patients, ce qui améliore encore l'efficacité des services de soins. Cependant, des défis subsistent, notamment la nécessité de former le personnel à l'utilisation et à l'intégration des nouvelles technologies dans les pratiques existantes pour garantir une adoption réussie.

Par ailleurs, selon la DRESS¹⁵ et l'HAS¹⁶, **les indicateurs de performance** dans les établissements de santé sont essentiels pour évaluer la qualité des soins et l'efficacité des services. L'utilisation d'indicateurs de structures, de processus, et de résultats permettent de mesurer, piloter et ajuster divers aspects. Par exemple, des études montrent que l'utilisation d'indicateurs tels que la satisfaction des patients, le taux d'infections nosocomiales, ou le délai de transmission des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) peut aider à identifier des domaines nécessitant des améliorations. De plus, ces indicateurs favorisent la transparence et la responsabilité au sein des établissements, afin d'ajuster en continu la qualité et l'efficacité des soins.

La qualité des soins et l'efficacité opérationnelle reposent sur un équilibre entre ressources humaines, matérielles, organisation, culture de qualité et pilotage rigoureux. L'action sur ces leviers, constitue le commencement d'un système performant et centré sur le patient.

2.1.3 Revue des indicateurs de satisfaction des patients et de leur impact sur la prestation des soins de santé

La satisfaction des patients est aujourd'hui largement reconnue comme un indicateur clé de la qualité des soins de santé et l'efficacité des services dans les établissements de santé. Elle reflète non seulement la perception globale de l'expérience vécue des patients, mais influence également les résultats cliniques, l'adhésion aux traitements et à l'efficacité des services de santé¹⁷.

En France, le dispositif national e-Satis, piloté par l'HAS, permet de mesurer en continu la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés. Ils permettent de recueillir des données sur divers aspects des soins : la qualité de l'accueil, la communication avec le personnel, le temps d'attente, la propreté des installations, la qualité de l'hôtellerie et la gestion de la douleur... Les scores de satisfaction sont calculés via les réponses des patients sur différents axes, puis implémentés pour donner un score global par établissement et au niveau national.

Ces indicateurs permettent d'identifier les domaines nécessitant des améliorations et d'ajuster les services en conséquence.

La littérature et les analyses institutionnelles montrent que la satisfaction des patients a **un impact direct sur plusieurs aspects de la prestation :**

Des scores de satisfaction élevés tendent à avoir de meilleurs résultats cliniques, une réduction des réadmissions et une diminution des complications¹⁸. Les indicateurs issus de ces enquêtes influencent précisément les axes d'améliorations et permettent d'ajuster les pratiques et l'organisation en conséquence.

¹⁵ « Les éléments de la "performance" hospitalière », 1999.

¹⁶ « Comprendre les indicateurs », Haute Autorité de Santé, consulté le 9 mai 2025, https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs.

¹⁷ Aristide Relwendé Yameogo et al., « Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo », *The Pan African Medical Journal* 28 (27 novembre 2017): 267, <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.267.13288>.

¹⁸ Robert L. Kane, Matthew Maciejewski, et Michael Finch, « The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes », *Medical Care* 35, n° 7 (1997): 714-30.

De plus, la publication des résultats favorise la transparence, la responsabilisation et l'engagement des établissements de santé dans une démarche d'amélioration continue. La satisfaction des patients impacte également la réputation et l'attractivité des établissements, influençant leur variabilité financière et leur positionnement dans la concurrence des établissements.

Cependant, il est essentiel de reconnaître que la satisfaction des patients ne doit pas être le seul indicateur de la qualité des soins. La satisfaction des patients reste un indicateur subjectif, fortement influencé par les attentes, les expériences passées et les valeurs individuelles également. Pour une évaluation complète, il est nécessaire de la croiser avec d'autres facteurs, tels que les résultats cliniques et la sécurité des patients, comme le recommande l'HAS.

En résumé, la revue des indicateurs de satisfaction des patients met en évidence leur rôle dans l'évaluation et l'amélioration de la prestation des soins de santé. Ils fournissent des informations précieuses pour guider les décisions stratégiques et opérationnelles des établissements de santé, comme piloter la qualité, renforcer la confiance et l'engagement des patients et orienter les démarches d'amélioration continue. Pour maximiser l'impact de ces indicateurs, il est essentiel d'adopter une approche intégrée qui considère à la fois la satisfaction des patients, des soignants et les résultats cliniques.

Pour aborder la question de l'adaptabilité et de la pérennité des établissements, il convient désormais de savoir comment les organisations peuvent renforcer leur résilience face aux défis actuels et futurs.

2.1.4 Discussion sur la résilience des organisations de santé face aux défis futurs

La résilience des organisations de santé est devenue un sujet central dans le contexte des défis croissants auxquels elles sont confrontées, notamment les pandémies, les changements démographiques et les contraintes budgétaires et environnementales.

La résilience se définit comme la capacité d'une organisation à prévenir, absorber, s'adapter, à se rétablir et à évoluer face à une crise ou à des chocs (sanitaires, économiques, environnementaux...) ¹⁹. Dans le secteur de la santé, cette capacité est essentielle pour garantir la continuité des soins et la sécurité des patients.

Un des principaux défis auxquels les organisations de santé doivent faire face est l'augmentation des demandes de services de santé, exacerbée par le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques. Pour répondre à ces défis, il est nécessaire d'adopter des approches innovantes et flexibles, telles que l'intégration des technologies numériques, la télémédecine ou l'amélioration des processus opérationnels. Les établissements qui investissent dans des infrastructures robustes et des technologies avancées se montrent plus aptes pour faire face aux crises, comme l'a démontré la pandémie de COVID-19.

La culture organisationnelle, joue également un rôle déterminant dans la résilience. Elle désigne l'ensemble des valeurs, croyances, normes et pratiques partagées qui guident les comportements et interactions des membres d'une organisation. Une culture flexible, évolutive et axée sur la collaboration, l'apprentissage continu et l'innovation favorise la capacité d'adaptation en situation de crise. Les leaders doivent encourager un environnement où les employés se sentent valorisés et soutenus, ce qui peut renforcer leur engagement et leur capacité à faire face aux défis. ²⁰

De plus, **la gestion des ressources humaines** est un autre levier essentiel à la résilience organisationnelle. Il est indispensable de veiller à la formation, au soutien et au bien-être du personnel, en

¹⁹ Anna Sagan et al., « RENFORCER LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ », 2022.

²⁰ MACSF Prévention Médicale, « 8 Recommandations pour la Résilience en Santé », [prevention-medicale.org](https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/recommandations-pour-augmenter-resilience-travail-sante), consulté le 9 mai 2025, <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/recommandations-pour-augmenter-resilience-travail-sante>.

particulier dans des situations de stress élevé. Des dispositifs de bien-être et de soutien psychologique peuvent prévenir l'épuisement professionnel et maintenir la motivation des équipes.²¹ La QVT, expliquée précédemment, s'inscrit comme un facteur clé de la résilience.

Par ailleurs, la résilience des organisations de santé dépend également de leur capacité des organisations à établir **des partenariats solides** avec d'autres acteurs du système de santé, y compris les gouvernements, les entreprises et les communautés²². Ces collaborations permettent de mutualiser les ressources, de partager les connaissances et d'accélérer l'innovation, ce qui permet ainsi une réponse plus efficace aux crises. L'exemple de l'alliance télésanté-système de santé, dans les zones rurales ont permis d'élargir l'accès aux spécialistes, de réduire les délais de réponse et de limiter les transferts inutiles aux patients. La collaboration entre hôpitaux et industrie pharmaceutique, permet de rationaliser l'approvisionnement en médicaments, optimiser la gestion et négocier les prix. Ces deux exemples de partenariats illustrent concrètement l'apport de telles alliances.



Figure 1. Les caractéristiques fondamentales de la résilience des systèmes de santé (d'après Kruk, adaptation Rockefeller, 2015 <http://bit.ly/2pTw49z>)

La résilience des organisations de santé face aux défis futurs repose sur une combinaison de facteurs : l'innovation, la culture organisationnelle, la gestion des ressources humaines, les partenariats stratégiques et l'implication des patients. En adoptant une approche proactive et intégrée, à tous niveaux, les organisations de santé peuvent non seulement survivre aux crises, mais aussi en sortir renforcées pour l'avenir.

En résumé, l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité opérationnelle repose sur une approche intégrée qui prend en compte la formation du personnel, la culture organisationnelle, l'utilisation des technologies, la satisfaction des patients et la gestion des ressources humaines. Les recherches futures devraient continuer à explorer ces dimensions pour développer des stratégies encore plus efficaces, permettant ainsi aux organisations de santé de répondre aux défis actuels et futurs de manière proactive et résiliente.

Dans cette perspective, il faut également reconnaître et analyser la complexité inhérente aux organisations de santé, dont la nature « multifacette » influence directement leur capacité à s'adapter, à innover et à maintenir des standards élevés d'efficacité et de qualité.

²¹ Christina Maslach et Michael P. Leiter, « Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry », *World Psychiatry* 15, n° 2 (2016): 103-11, <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.

²² « series_briefing-1_june_17-french.pdf », consulté le 10 février 2025, https://rebuildconsortium.com/media/1670/series_briefing-1_june_17-french.pdf.

2.2. LA COMPLEXITE DES ORGANISATIONS DE SANTE

La définition de la complexité selon Larousse est la suivante : « Caractère de ce qui est complexe, qui comporte des éléments divers qu'il est difficile de démêler ». Il précise que la complexité renvoie à une complication, un enchevêtrement de facteurs interdépendants, opposé à la simplicité ou à la clarté.

Dans les organisations de santé, d'après Lamarche et Millet, la complexité se manifeste par quatre dimensions clés :

- L'interdépendance des acteurs,
- La diversité des logiques professionnelles,
- L'émergence de phénomènes non linéaires,
- L'imprévisibilité des dynamiques organisationnelles.²³

Selon leur approche, on considère que le fonctionnement des organisations ne repose pas uniquement sur l'application mécanique de directives hiérarchiques ou de l'accumulation de propositions. Il émerge plutôt des interactions dynamiques entre leurs composantes (humaines, techniques et culturelles), à tous les niveaux (stratégique, opérationnel et individuel).

2.2.1 Aperçu de l'interdépendance des acteurs

Dans les organisations de santé, l'interdépendance des acteurs est une caractéristique fondamentale de la complexité. Elle désigne la situation où les parties prenantes ne peuvent atteindre leurs objectifs qu'en coopérant et se coordonnant ensemble car chacun s'influence mutuellement. Les acteurs forment un réseau d'interactions où chaque décision ou action influence l'ensemble du système.

Dans le secteur de la santé, l'interdépendance se manifeste à plusieurs niveaux :

- Entre professionnels : (Médecins, infirmiers, aides-soignants, agents techniques, secrétaires, pharmaciens, gestionnaires) : La prise en charge globale exige la coordination de tous ces acteurs, la coordination de plusieurs rôles et la reconnaissance de l'apport de chacun.
- Entre institutions : Une grande diversité d'établissements : hôpitaux, cliniques, centres de santé communautaires, établissements de soins de longue durée ou encore ESPIC, permettent à chacun, une adaptation à des objectifs, des ressources et des populations cibles différents. La continuité des soins repose sur leur capacité à partager l'information, harmoniser leurs pratiques et résoudre ensemble les difficultés.
- Entre divers facteurs environnementaux : Les politiques de santé, les réglementations gouvernementales, les instances de régulation, les assureurs, les innovations technologiques imposent la manière dont les organisations s'adaptent constamment.
- Entre acteurs et usagers : Les associations d'usagers ou les partenaires sociaux contribue à redéfinir les équilibres de « pouvoir » et à renforcer le système de santé collaboratif.

La pandémie de COVID-19 a pleinement illustré la nécessité pour ces organisations d'être agiles et de s'ajuster rapidement aux changements de situations inédites et complexes :

- Réorganisation des services et espaces pour faire face à l'afflux massif de patients.
- Adaptation continue des protocoles en fonction de l'évolution de la situation (prévention des infections : masques, blouses, gants, traitements...).
- Création de cellule de crise, plan de continuité d'activité (PCA) et adoption de management à distance.
- Le dispositif ORSAN coordonnant une réponse de ressource nationale (dépistages sur les parkings, vaccins dans les gymnases et les soins critiques adaptés selon les besoins en Alsace...)

Cette interdépendance nécessite donc une constante coordination et impose des pratiques et procédures de soins sensibles aux modifications ou aux imprévus. Selon Lamarche et Maillet, la résilience et la performance

²³ Paul A. Lamarche, Lara Maillet, et Pierre Joubert, *Les organisations de santé vues sous l'angle de la complexité* (Presses de l'Université Laval, 2024), <https://univ.scholarvox.com/book/88955167>.

des établissements de santé dépend de la collaboration, de la coopération et du partage d'informations entre les acteurs, pour s'adapter collectivement et efficacement au contexte évoluant. Ainsi, comprendre cette interdépendance est un levier majeur pour assurer la continuité et la qualité des soins.

Dans cette optique, il est pertinent d'examiner plus en détail la manière dont les différents professionnels de santé interagissent et se répartissent les rôles au sein de ces organisations complexes, afin de mieux comprendre les dynamiques internes qui peuvent également influencer la qualité des soins.

2.2.2 La diversité des logiques professionnelles

La complexité organisationnelle se manifeste aussi par **la diversité des logiques professionnelles**²⁴ au sein des établissements de santé. Elle représente la coexistence de référentiels, de modes de raisonnement, de valeurs, de pratiques propres à chaque sous-groupe (cadres, médecins, infirmiers, agents techniques, etc...), au sein des organisations de santé.

Chaque groupe professionnel développe une logique qui lui est propre, fondée par sa formation, ses missions, ses objectifs ou normes déontologiques, etc... Les médecins, par leur logique médicale privilégient le diagnostic et le traitement des maladies, tandis que les infirmiers assurent la continuité et la qualité de la relation de soins. Les pharmaciens jouent un rôle dans la gestion des médicaments, alors que les gestionnaires visent l'efficacité et la gestion des ressources. Chaque professionnel possède « un rôle », ce qui influence la manière divergente dont il va aborder une même situation.

Lamarche et Maillet insistent sur le fait que la coexistence de ses différentes logiques crée des interactions entre ces professionnels complexes, mais essentielles pour assurer une approche holistique des soins. Ces interactions souvent non linéaires, rendent la dynamique organisationnelle évolutive, riche et imprévisible. Ainsi, la dynamique ne suit pas une trajectoire linéaire ou prévisible, elle varie en fonction d'ajustements ou de modifications successifs des relations ou des pratiques, qui peuvent induire aléatoirement des effets inattendus ou disproportionnés en finalité.

- La congestion des urgences hospitalières, avec l'afflux massif de patients peut provoquer un engorgement non proportionnel des urgences, résultant d'interactions complexes entre flux de patients, disponibilité des lits d'aval, facteurs internes et externes, mobilisation des ressources, produisant des effets ou même ruptures dans la capacité de prise en charge.

Cette pluralité peut générer souvent des tensions, des incompréhensions, des conflits de valeurs ou de priorités, mais elle constitue aussi une source d'innovation, d'adaptation et de complémentarité. Elle permet de dépasser les modes hiérarchiques et mécaniques descendants, et impose aux équipes d'adopter une attitude d'auto-organisation, d'adaptabilité et de co-construction dans leurs environnements mouvants.

2.2.3 L'émergence de phénomènes non linéaires

Les organisations de santé sont soumises à des mouvements non linéaires, dans lesquels des petits changements peuvent entraîner des répercussions majeures souvent imprévues. À l'inverse d'une vision mécanique et hiérarchique, la vision complexe met l'accent sur l'apparition d'événements inattendus, imprévisibles issues des interactions entre les acteurs et l'environnement. Ces phénomènes se traduisent par des innovations, des adaptations ou encore des crises inattendues.

Dans ce contexte, la gestion hospitalière doit impérativement intégrer cette dimension incertaine et cette capacité d'auto-organisation en privilégiant la flexibilité et l'expérimentation plutôt que l'application de procédures figées et strictes.

- Dans un service d'UMAT HGE, un retard de 30 minutes dans la prise en charge d'un patient- en raison d'une panne informatique par exemple- peut provoquer un effet domino sur l'ensemble de la programmation du service. Ce léger décalage initial en soit, peut entraîner une accumulation de patients en salle d'attente, allonger les délais de passage,

²⁴ Paul A. Lamarche, Lara Maillet, et Pierre Joubert, *Les organisations de santé vues sous l'angle de la complexité*, 1^{re} éd. (Québec City: Presses de l'Université Laval, 2024).

générer du stress chez les soignants et finalement impacter la qualité des soins prodigués. Ainsi, un événement mineur, isolé et localisé, peut avoir des impacts majeurs et imprévus sur l'ensemble de l'organisation.

L'imprévisibilité des soins est également un défi central dans cette dynamique non linéaire.

- Les patients peuvent présenter des symptômes inattendus ou des complications qui exigent des ajustements rapides et parfois improvisés dans la programmation des soins. Cette variabilité peut entraîner une surcharge de travail, augmenter la pression sur le personnel soignant, ce qui peut affecter la qualité des soins fournis²⁵.

Face à ces situations, les équipes doivent s'adapter en temps réel, s'auto organiser et réagir avec agilité. La gestion hospitalière ne peut donc se contenter des protocoles rigides et strictes.

Ces exemples mettent en lumière la nécessité, pour les organisations de santé, d'intégrer la flexibilité, la capacité d'adaptation et l'intelligence collective dans leurs modes de fonctionnement, afin de répondre efficacement à l'imprévu et d'éviter l'amplification des perturbations initiales. Comme le suggèrent Lamarche et Maillet, il s'agit d'encourager l'auto-organisation et la coopération transversale, afin de transformer l'imprévu en opportunité d'innovation et d'amélioration continue.

Cette perspective invite à repenser les modes de management : Reconnaître la non-linéarité des organisations de santé, permet de se doter d'outils gestionnaires adaptés à la complexité, capables de soutenir la résilience et la performance dans un environnement aux défis croissants. C'est pourquoi le chapitre suivant s'intéressera à l'analyse des stratégies de gestion du changement, en explorant les leviers et méthodes permettant d'accompagner au mieux l'évolution des structures hospitalières face à ces défis.

2.3. GESTION STRATEGIQUE DU CHANGEMENT DANS LE SECTEUR DE LA SANTE

Face à la complexité grandissante et à l'imprévisibilité des environnements hospitaliers, la gestion stratégique du changement s'impose comme un levier incontournable pour permettre aux établissements de santé de remplir pleinement leurs missions. Dans ce contexte, je vais à présent examiner les principes, les leviers et les méthodes qui permettent d'accompagner efficacement les transformations organisationnelles.

2.3.1 La gestion du changement nécessaire dans les environnements de santé

La gestion du changement dans le secteur de la santé est un processus systémique, où des transformations organisationnelles, technologiques ou culturelles sont pilotées, tout en préservant la qualité des soins et la résilience des équipes. Ce processus se réfère à « un ensemble structuré d'étapes pour passer d'un état actuel à un état futur souhaité », selon Kotter ²⁶. Dans un contexte marqué par des défis complexes, cela peut inclure l'implémentation de nouvelles technologies, la réorganisation des équipes, l'adoption de nouvelles pratiques cliniques, ou la réunification des services de soins.

L'apport de divers travaux et modèles clés permettent d'enrichir la compréhension de la gestion du changement, particulièrement dans le secteur de la santé :

- Le modèle de Kotter, l'un des modèles le plus connu de la gestion de changement, structuré en 8 étapes, souligne la création d'un sentiment d'urgence, la formation d'une coalition dirigeante et la mise en œuvre de changements. Ce modèle met en avant l'importance de la communication, du leadership et de l'engagement des acteurs à chaque étape définie du processus. Ces éléments sont particulièrement pertinents dans la collaboration indispensable des environnements de santé.

²⁵ Maslach et Leiter, « Understanding the Burnout Experience ».

²⁶ Kotter, « Leading Change ».

- L'approche systémique d'Autissier et Moutot²⁷ parle de la nécessité d'une approche systémique et participative. Avec la co-construction de solutions, l'accompagnement personnel et l'évaluation régulière des actions, ils ajustent en continu les stratégies d'améliorations pour renforcer l'adhésion des acteurs impliqués. Dans les établissements de santé, cette approche permet d'intégrer l'interdépendance des acteurs et la diversité des logiques professionnelles (médecins, paramédicaux, administratifs et gestionnaires).
- La vision Mr J. P. Dumond²⁸ souligne que la réussite du changement ne se limite pas à une planification d'étapes. Elle repose sur la capacité à mobiliser les acteurs autour d'un projet porteur de sens, sur la gestion des résistances liées à la peur de l'inconnu ou à la perte de repères.
- Plusieurs de ces auteurs notifient que le « changement continu » et la capacité d'auto-évaluation sont importants dans la conduite de changement des organisations de santé, confrontées aux environnements complexes et instables de la santé. Ils soulignent le rôle des organisations apprenantes, capables d'ajuster en permanence leurs pratiques grâce à l'apprentissage collectif et à l'innovation.

Dans le secteur de la santé, la gestion du changement est plus complexe du fait des différents acteurs - professionnels, patients ou parties prenantes-, de l'importance des enjeux et de la nécessité de garantir les missions des établissements de santé. Cette gestion du changement est souvent exacerbée par la résistance aux changements, qui peut émaner aussi bien des professionnels que des patients.

2.3.2 La gestion des résistances spécifiques au secteur de la santé

Selon Kotter, la résistance au changement est un phénomène naturel, souvent lié à la peur de l'inconnu, à l'attachement aux routines existantes ou à la crainte de perdre du pouvoir, du statut ou du contrôle sur son environnement professionnel. Chez les patients, la résistance au changement se manifeste davantage par une méfiance ou une incompréhension des changements apportés aux pratiques, processus, ou parcours. Alors que chez les soignants, cette résistance peut se manifester plutôt par une résistance à modifier, utiliser ou adopter divers éléments (technologies, protocoles, pratiques...)

Dans les environnements de la santé, la résistance aux changements est souvent plus marquée, ce qui complexifie la gestion des transformations organisationnelles. Plusieurs facteurs expliquent cette spécificité :

- **La forte identité professionnelle**, fondée sur l'autonomie, l'expertise technique et la responsabilité individuelle.
- **La complexité organisationnelle** et la multiplicité des parties prenantes, aux intérêts parfois divergents (professionnelles, économiques, réglementaires).
- **La pression réglementaire et la crainte de l'erreur**, avec des obligations strictes en matière de sécurité, qualité et traçabilités.
- **La surcharge de travail et le manque de temps** des équipes déjà fortement sollicitées.
- **L'épuisement des changements précédents** qui alimente la résistance aux nouvelles initiatives.

Ces éléments exigent une approche du changement attentive, participative et adaptée aux spécificités du secteur de la santé. Le leadership doit comprendre non seulement, la nécessité du changement mais aussi la partager et la faire accepter à l'ensemble des équipes.

²⁷ « Méthode de conduite du changement / David Autissier, Jean-Michel Moutot — MonaLira », consulté le 10 mai 2025, <https://www.monalira.org/biblio/livre?biblionumber=30515>.

²⁸ Jean-Paul Dumond, « dans les organisations de santé : concepts et usages », s. d.

2.3.3 Rôle du leadership et des décideurs dans la conduite du changement organisationnel

Dans la conduite du changement organisationnel du secteur de la santé, le rôle du leadership et des décideurs est central et multifacette. Leur implication influence directement la réussite du changement, autant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel.

Selon le Larousse, **le leadership** désigne à la fois la position de leader et la capacité d'une personne à influencer, à guider ou à mobiliser un groupe dans la poursuite d'un objectif commun. Il doit donc fédérer, inspirer et orienter l'action collective, au-delà de la simple place hiérarchique. Autissier et Moutot insistent également sur le fait que le leadership ne doit pas uniquement se trouver au sommet de la hiérarchie, mais il doit être partagé entre les différents niveaux de l'organisation, afin de créer une dynamique collective.

Selon les perspectives d'Autissier, Moutot et Kotter, plusieurs dimensions essentielles peuvent être identifiées dans une gestion stratégique de changement efficace :

Impulser la vision et le sens du changement :

Selon Kotter, le leadership crée un sentiment d'urgence suffisamment puissant pour motiver l'action. Les menaces et les opportunités communiquées, rendent le changement impératif. En parallèle, il formule une vision claire, inspirante et facile à comprendre pour motiver l'état futur souhaité et les bénéfices attendus, alignés avec les valeurs de l'organisation.

Le leader doit faire circuler les informations, expliquer les raisons du changement, les bénéfices attendus et les impacts sur les missions, en adéquation avec les valeurs de l'organisation.

Autissier et Moutot, insistent davantage sur la circulation de l'information et le sens de celle-ci. De manière transparente et continue, le leader est responsable de la communication du changement, tout au long du projet.

Constituer « une coalition de pilotage » engagée :

Autissier, Moutot et Kotter identifient le rôle clé de la « coalition de pilotage » dynamique : un groupe de leaders capables de porter le projet. Il faut motiver l'ensemble des acteurs à tous les niveaux, pour être tous référent du changement. Dans le secteur de la santé, cela suppose l'implication de compétences complémentaires, telles que celles de la Direction, des cadres de santé, des médecins ainsi que des infirmières, des aides-soignants et des agents administratifs... Ce type de leadership inspire et motive les employés à dépasser leurs intérêts personnels pour atteindre des objectifs communs.

Mobiliser et accompagner les équipes :

Pour Autissier et Moutot, le leadership ne se limite pas à la prise de décision, il a la capacité à mobiliser, accompagner et soutenir les équipes dans la durée. Il doit informer, impliquer, accompagner, rassurer et soutenir les équipes tout au long du processus. Et cela implique une présence sur le terrain afin de créer un climat de confiance, un engagement collectif dans le changement, de reconnaître les efforts fournis et de valoriser les initiatives et résultats individuels et collectifs. L'importance de l'accompagnement humain, notamment par la formation, le soutien psychologique et le coaching, peuvent faciliter l'adaptation du changement.

Gérer les résistances et encourager l'innovation

La résistance au changement est un phénomène naturel, particulièrement marquée dans le secteur de la santé. La gestion des résistances est un enjeu central. Le leadership doit anticiper ces résistances, les écouter et y répondre de manière adaptée. Un aspect fondamental du leadership dans le changement organisationnel est donc la communication. Selon Kotter, une communication efficace aide à réduire l'incertitude et la résistance au changement, favorisant une culture d'acceptation. Selon Autissier et Moutot, la reconnaissance des difficultés, l'ouverture du dialogue et la valorisation des retours d'expérience sont des leviers importants pour surmonter les freins et favoriser l'innovation et l'expérimentation.

Piloter le changement et ancrer les nouvelles pratiques

Un pilotage rigoureux ainsi qu'une évaluation régulière des actions et des résultats engagés sont nécessaires pour la conduite du changement. Les « pilotes » décideurs fixent des objectifs clairs, suivent l'avancement à l'aide d'indicateurs pertinents et ajustent régulièrement les stratégies en fonction des retours du terrain et des résultats observés. Selon Kotter, la « coalition de pilotage », composée de nombreux leaders de tous niveaux hiérarchiques est un facteur clé de réussite. Elle porte le projet, motive l'ensemble des équipes et soutient durablement le changement des nouvelles pratiques dans la culture organisationnelle.

Exemplarité et engagement durable

Enfin, le leadership implique une exemplarité et un engagement constant : Il est garant de la cohérence entre les discours et les actes. Il doit incarner les valeurs et les attitudes attendues, maintenir son implication et célébrer les réussites collectives. Cette image est essentielle pour inspirer la confiance et l'engagement des équipes.

En somme, la gestion stratégique du changement dans le secteur de la santé dépend d'une approche globale, intégrant à la fois l'implication dynamique des décideurs, l'analyse de résistances, et l'implication active des leaders partagés à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation. Selon les modèles d'Autissier, Moutot et Kotter, la réussite des changements dépend aussi bien de la clarté de la vision, de la mobilisation des équipes que de la capacité à piloter, communiquer et ajuster durablement les nouvelles pratiques. Dans un environnement aussi complexe et exigeant que celui de la santé, c'est grâce à ces leviers que les établissements de santé pourront garantir la qualité et la sécurité des soins, la cohésion de équipes et l'efficacité organisationnelle, afin de répondre à leurs missions.

Riche de ses enseignements et de cette analyse, je vais désormais présenter, dans le chapitre suivant, le projet de réunification des services HDS et UMAT, en détaillant son contexte, ses enjeux, et la démarche méthodologique utilisée pour accompagner ce changement au sein du GHPSJ & HML.

3 PRÉSENTATION DU PROJET

3.1 CONTEXTES ET JUSTIFICATIONS DU PROJET

Le projet de réunification des services d'hospitalisation de semaine (HDS) et d'unité de médecine ambulatoire thérapeutique (UMAT) en hépato-gastro-entérologie (HGE), s'inscrit dans la dynamique du Programme d'Amélioration des Organisations (PAO), actuellement déployé au sein des établissements Hôpital Paris Saint Joseph et Hôpital Marie Lannelongue. Ce programme PAO HGE, vise à optimiser les parcours de soins, renforcer la qualité et l'efficacité des prises en charge, et répondre aux nouveaux enjeux du secteur hospitalier.

Il convient de préciser que ce PAO, établi sur les deux établissements HPSJ & HML, a débuté en juin 2024, avant mon entrée en Master 2 « Management des organisations soignantes » à l'UPEC, en septembre 2024.

Mon projet managérial, élaboré dans le cadre de ce Master, s'inscrit dans l'un des volets spécifiques du PAO dédié à l'HGE, avec pour objectif la création d'une seule unité regroupant les activités d'HDS et d'UMAT.

Pour saisir pleinement les enjeux et la pertinence de ce projet de réunification, il est nécessaire de procéder à une analyse approfondie du contexte dans lequel s'inscrit ce PAO.

3.1.1 Le contexte externe du projet

Le groupe HPSJ & HML évolue dans un environnement de santé en mutation rapide, confronté par des défis structurels et conjoncturels majeurs. Parmi eux figurent le vieillissement accéléré de la population, l'augmentation constante des maladies chroniques, l'exigence croissante d'une prise en charge personnalisée, ainsi que le déploiement du dépistage national gratuit de certains cancers.

Selon Mr Videau et Mr Vechard, les enseignants du MOS 1 UPEC en économie et politique de santé, la demande de soins en Ile de France est un sujet complexe, influencée par une multitude de facteurs socio-démographiques, économiques et épidémiologiques.

Prendre en compte tous ces déterminants est fondamental pour adapter au mieux l'offre de soins, optimiser les parcours et garantir la pertinence des réorganisations proposées.

▪ Facteurs démographiques et épidémiologiques

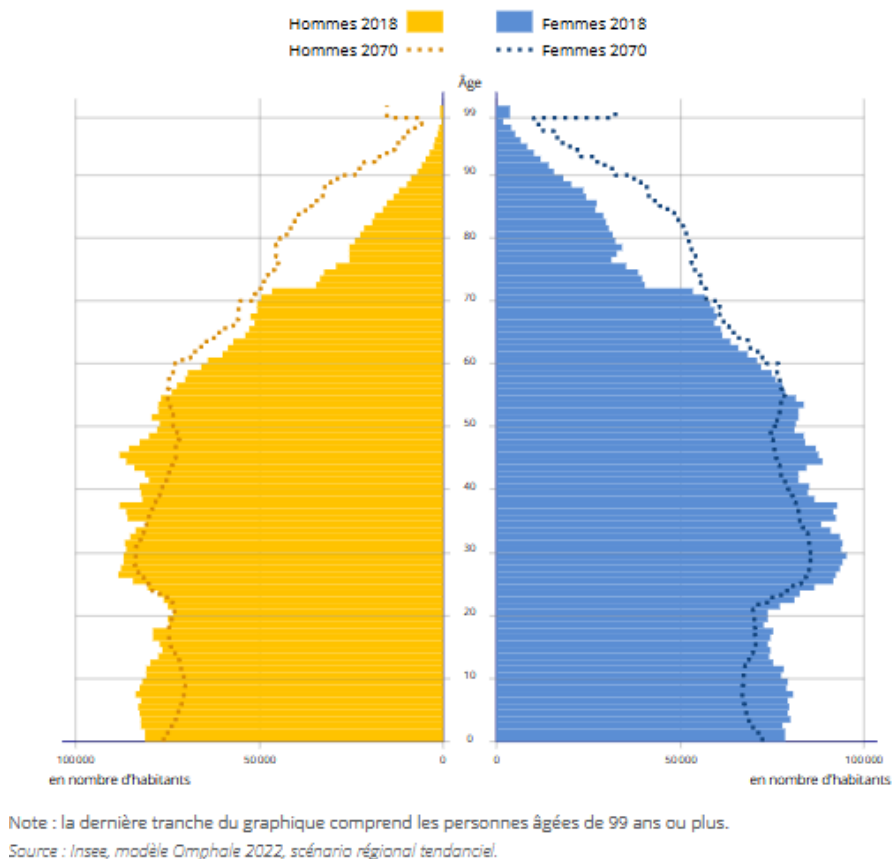
Selon l'INSEE²⁹, l'Ile de France (IDF) se caractérise par une **dynamique démographique singulière**. Avec une population de plus de 12 millions d'habitants, l'IDF est la région la plus peuplée et la plus densément habitée de France, générant ainsi une demande de soins importante et diversifiée.

Le vieillissement de la population, déjà un enjeu national, est encore plus accentué en IDF. Selon l'INSEE, un Francilien sur quatre aura 65 ans ou plus en 2027. Leur nombre devrait être multiplié par dix d'ici 2070.

Cette évolution démographique s'accompagne d'une hausse attendue du nombre de personnes dépendantes, ce qui représente un défi majeur pour l'adaptation et l'organisation de soins en IDF.

²⁹ « Projections démographiques en Île-de-France à horizon 2070 : vieillissante, la région resterait la plus jeune de France métropolitaine - Insee Flash Ile-de-France - 72 », consulté le 3 février 2025, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6666275#consulter>.

Figure 2 – Pyramide des âges des habitants en Île-de-France en 2018 et en 2070



Aussi, **la prévalence accrue des maladies chroniques**, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles neurocognitifs ou encore les cancers, est un autre défi à prendre en considération. Après 65 ans, trois personnes sur quatre sont concernées par une maladie chronique, ce qui alourdit la demande des soins spécialisés et continus.

Selon la DREES³⁰, les personnes les plus modestes développent beaucoup plus souvent des maladies chroniques. Entre 2016 et 2017, les 10 % les plus modestes de la population française développent plus souvent une maladie chronique que les 10 % les plus aisés, à âge et sexe comparables : 2,8 fois plus de diabète, 2,2 fois plus de maladies du foie ou du pancréas, 1,6 fois plus de maladies respiratoires chroniques, 1,5 fois plus de maladie neurologiques ou dégénératives et 1,4 fois plus de maladies cardio-neurovasculaires.

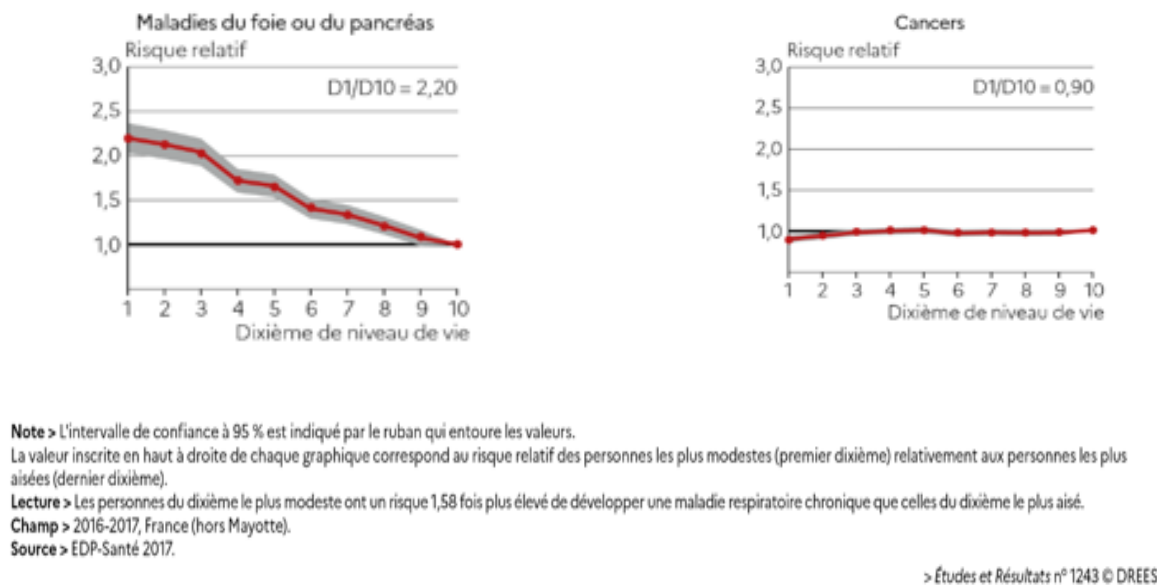
D'après le Projet Régional de Santé d'Ile de France 2023-2028³¹, cette tendance ne tient cependant pas compte des éventuelles **inégalités sociales**, persistantes en IDF, avec **un accès aux soins variable** selon les revenus, le niveau d'éducation et le lieu de résidence. Les populations les plus défavorisées peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, notamment aux spécialistes et aux structures de soins de proximité.

Aussi, ce constat ne tient pas compte des différences selon le type de cancer diagnostiqué.

³⁰ « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », consulté le 3 février 2025, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>.

³¹ « Le Projet régional de santé 2023-2028 », 13 février 2025, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028>.

Risque standardisé de développer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie³² :



Parallèlement, cette augmentation de demande de soins risque de s'accroître **avec le lancement du test national de dépistage gratuits des cancers** (ANNEXE 2) déployé depuis février 2024 : une étape majeure dans la politique de santé publique en France. Ce dispositif, qui concerne notamment les campagnes telles qu'Octobre Rose pour les cancers du sein, ainsi que les programmes de dépistage colorectal et du col de l'utérus, vise à détecter plus précocement ces pathologies, augmentant ainsi les chances de guérison grâce à des traitements moins lourds et plus efficaces. Néanmoins, cette généralisation du dépistage gratuit entraîne une hausse significative du nombre de diagnostics précoces, ce qui accroît la demande de prise en charge des cancers dans les établissements de santé, en particulier dans les services d'oncologie et les spécialités comme l'hépatogastroentérologie. Les établissements doivent ainsi gérer un afflux supplémentaire de patient nécessitant des examens et des traitements spécialisés, ce qui accentue la pression sur un système déjà sous tension.

Cette évolution met à l'épreuve la capacité d'adaptation et la résilience des structures hospitalières pour faire face aux défis et assurer la continuité des soins.

■ Offre de soins et accès aux soins

Malgré une offre de soins conséquente, Ile-de-France doit composer avec des difficultés d'accès aux soins, notamment dans certaines zones périphériques qualifiées de « **déserts médicaux** ». Certaines zones, notamment en grande couronne, connaissent des difficultés d'accès aux médecins généralistes et spécialistes. Selon l'ARS IDF³³, certaines zones sont considérées comme sous dotées, ce qui peut entraîner des délais d'attente importants pour les patients.

L'engorgement chronique des services d'urgences peut nuire à la qualité des prises en charge et allonger les délais d'attente. L'Observatoire National de la Santé (ORS) Ile de France³⁴ a souligné la forte fréquentation des urgences, notamment pour des motifs qui pourraient être pris en charge par la médecine de ville.

Cette problématique n'est pas propre à l'IDF, elle touche également la Province. Mais les nombreux transports pour rejoindre l'IDF contribuent à engorger davantage les urgences franciliennes, avec l'afflux des patients venant de toutes les régions.

³² « Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ».

³³ « Chiffres clés de la santé en Ile-de-France », 9 août 2024, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>.

³⁴ Observatoire Régional de la Santé- ORS, « La santé des Franciliens », ORS, consulté le 20 février 2025, <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-des-franciliens-2/>.

En dépit d'une offre de soins substantielle, l'IDF est confrontée à des défis d'accès majeurs. Ces problématiques nécessitent des solutions urgentes pour garantir un accès équitable et efficace aux soins pour tous les Franciliens.

■ Evolution des attentes des « usagers-clients » et des exigences réglementaires

Sous l'effet conjugué des exigences accrues des « usagers – clients » et d'une concurrence réelle et sérieuse, les attentes des patients ont évolué vers une recherche de soins plus intégrés et coordonnés, répondant à leurs « besoins et souhaits ». Selon M. Simart, « pour le client, l'offre devra être complète, rapide, personnalisée, sécurisée... et de qualité sans être onéreuse... »³⁵

De plus, les exigences réglementaires se sont renforcées, imposant aux établissements de santé de garantir des standards élevés de qualité et de sécurité. Les patients sont de plus en plus informés et exigeants, ce qui les pousse à rechercher des établissements capables de répondre à leurs besoins de manières efficace et humaine.

Également, la notoriété du groupe HPSJ & HML, alimentée sur les réseaux sociaux et dans la presse, contribue à accroître le nombre de patients. La qualité reconnue de son plateau technique polyvalent, le professionnalisme des équipes de soins ainsi que la confiance qu'ils inspirent auprès des patients engendrent une demande en constante augmentation.



■ Lois et directives encadrant l'organisation des soins

Plusieurs lois et directives encadrent l'organisation des soins en France et influencent directement le PAO et le projet de réunification des services d'UMAT et d'HDS à l'HPSJ & HML :

Loi de modernisation de notre système de santé (2016) : Cette loi vise à améliorer l'accès aux soins, à renforcer la qualité des services et à promouvoir la prévention. Elle encourage également la coordination des soins entre les différents acteurs du système de santé.

Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) (2009) : Cette loi a introduit des réformes majeures dans l'organisation des soins, en mettant l'accent sur la gouvernance des établissements de santé et la nécessité d'une prise en charge centrée sur le patient.

Loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) votée chaque année par le Parlement français : Elle fixe les objectifs de dépenses de santé et impose des contraintes budgétaires aux établissements, ce qui nécessite une optimisation des ressources.

Ces lois soulignent l'importance d'une approche intégrée et coordonnée des soins, justifiant ainsi la nécessité de réunir les UMAT et HDS pour répondre aux exigences réglementaires tout en améliorant la qualité des soins.

³⁵ Daniel Jancourt et Michel Simart, « Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé », in *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Guides Santé Social (Paris: Dunod, 2015), 167-84, <https://doi.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0167>.

▪ Rôle des autorités de santé dans l'optimisation des soins

Les autorités de santé, telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS), jouent également un rôle important dans l'optimisation des soins au sein des établissements de santé.



Haute Autorité de Santé (HAS) : Elle est responsable de l'évaluation des pratiques de soins et de la certification des établissements. Elle promeut des recommandations basées sur des preuves pour améliorer la qualité des soins. Dans le cadre de la réunification des UMAT et HDS, la HAS peut fournir des lignes directrices sur les meilleures pratiques à adopter pour garantir une prise en charge optimale des patients.

En 2002, les Hôpitaux Paris Saint-Joseph et Marie-Lannelongue reçoivent la certification V2022 avec la meilleure **mention « Haute Qualité des soins » et 98% de conformité** au référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle témoigne de son engagement à respecter les standards et à anticiper les prochaines échéances réglementaires.

La prochaine certification du groupe HPSJ & HML aura lieu en septembre 2026.

Agence Régionale de Santé (ARS) : L'ARS est chargée de la régulation et de l'organisation des soins au niveau régional. Elle veille à ce que les établissements de santé respectent les normes de qualité et d'accessibilité.

En résumé, le groupe HPSJ & HML évolue dans un environnement externe particulièrement exigeant, marqué par des défis démographiques, épidémiologiques et organisationnels. Pour répondre à ces enjeux, l'établissement doit non seulement s'adapter aux évolutions du contexte, mais aussi anticiper les besoins futurs, en s'appuyant sur une stratégie institutionnelle telle que celle portée par le PAO.

3.1.2 Le contexte interne : Une opportunité stratégique du groupe

Dans cette logique d'amélioration continue, le Programme d'amélioration des organisations (PAO), porté par la direction du groupe HPSJ & HML, joue un rôle central dans la transformation et la modernisation des pratiques hospitalières.

Dans une démarche encadrée, ce programme encourage la mobilisation active des professionnels, l'innovation organisationnelle et l'expérimentation de nouveaux modèles de prise en charge pour répondre efficacement aux besoins changeants de la population. Le PAO s'appuie sur une réflexion collective, impliquant tous les salariés du groupe dans la co-construction et la mise en œuvre d'actions. Des directrices de soins, médecins, soignants, cadres, agents administratifs ou des représentants des usagers peuvent y participer.

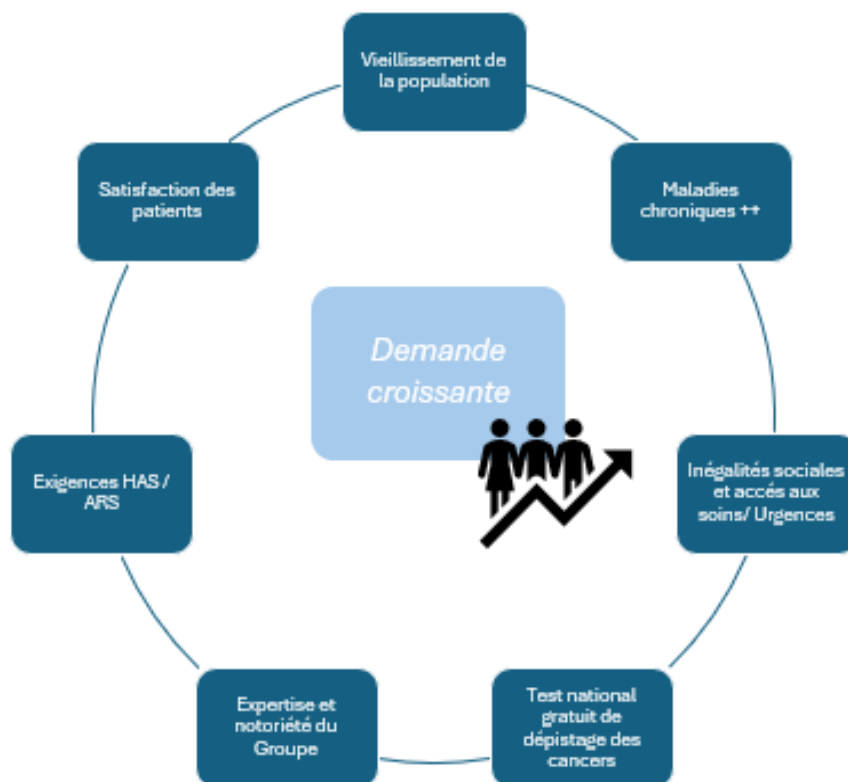
Cette initiative s'inscrit dans **une stratégie d'établissement** plus large, particulièrement depuis la fusion entre le HPSJ et HML, officialisée en janvier 2020. Cette fusion vise à rationaliser et améliorer les services de santé dans la région, visant à offrir une prise en charge plus cohérente et efficace aux patients. L'optimisation de l'organisation des deux établissements est devenue primordiale.

Depuis la fusion, plusieurs initiatives structurantes ont ainsi vu le jour :

- Des réorganisations de services de santé, pour optimiser des spécialités de chaque établissement, l'utilisation des plateaux techniques permettant ainsi une meilleure répartition des patients.
- Modernisation des équipements et rénovation des locaux, afin de répondre aux normes de qualité et de sécurité exigées.
- Développement des protocoles transversaux et de démarches qualité pour standardiser les pratiques et élever la qualité des soins attendus.

Le lancement des premiers PAO 1, lancés en 2023, illustre parfaitement cette initiative au sein de plusieurs services de l'HPSJ, notamment en gynécologie, en orthopédie et en chirurgie vasculaire, permettant d'affiner plusieurs organisations.

Dans le domaine de l'hépto-gastro-entérologie, la dispersion des spécialités sur les deux sites HPSJ & HML requiert aussi **une réorganisation spécifique**. Ainsi, c'est dans ce contexte que le directeur de l'établissement a sollicité le déploiement du PAO 2, depuis juin 2024, dans la spécialité d'hépto gastro entérologie, en parallèle avec les services des urgences et imagerie liés.



La décision de réunir les services d'UMAT et d'HDS, dans le cadre de ce PAO d'hépto-gastro-entérologie répond donc à **une double logique** : Satisfaire une demande institutionnelle forte d'optimisation et anticiper proactivement les défis posés de l'évolution du système de santé.

A présent que l'analyse croisée des contextes externes et internes a permis de clarifier la situation, il est possible d'aborder la phase préparatoire du projet dans des conditions optimales.

3.2 LA PHASE PREPARATOIRE

3.2.1 La commande et gouvernance du projet

La phase préparatoire débute par la formulation de la commande formulée par notre commanditaire : la responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale, et adressée aux chefs de services et aux directrices des soins infirmiers (DSI) des pôles concernés.

Toutefois, en hépato-gastro-entérologie, le départ de l'ancienne directrice des soins infirmiers (DSI) du pôle des spécialités chirurgicales en juillet 2024, a constitué une opportunité pour que je prenne en charge ce PAO dans le cadre de mon projet managérial du MOS 2, sur les deux sites HPSJ et HML, en constituant une équipe projet dédiée.

Une nouvelle DSI a rejoint l'équipe en septembre 2024. D'un commun accord, elle m'accompagne dans cette démarche, devant quelques contextes clés de l'HGE qui lui étaient inconnus à son arrivée et la gestion des priorités du pôle des spécialités chirurgicales. Elle a permis de renforcer la gouvernance du projet, favoriser une étroite collaboration et un partage d'expertise sur la gestion de projets.

La lettre de mission (ANNEXE 3) rédigée en octobre 2024, formalise le cadre du projet. Elle permet d'identifier le projet, le commanditaire, le responsable du projet, de définir les missions du chef de projet, d'identifier les moyens alloués et les modalités de reporting. Cependant, il est à noter qu'elle ne reflète plus entièrement le projet managérial actuel en raison de l'évolution du PAO d'hépatogastro-entérologie et des décisions arbitrées par la direction générale, au fur et à mesure de l'avancée du projet.

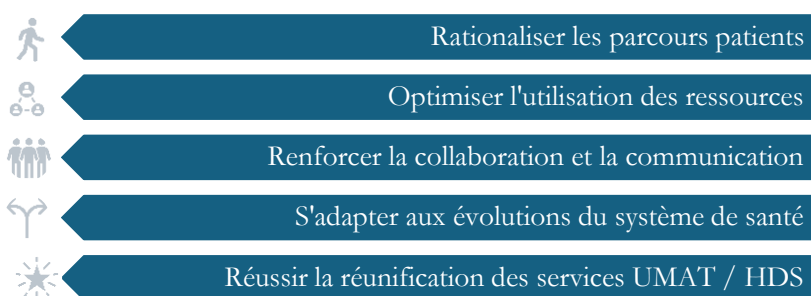
Selon H. Marchat, mon rôle de chef de projet « est celui qui va s'engager à organiser et fédérer les ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles...) afin d'atteindre les objectifs »³⁶. Tout en assurant l'alignement stratégique et opérationnel du projet, je suis engagée par rapport au commanditaire qui a formulé la commande.

3.2.2 Le mode projet et la dynamique de l'équipe

Selon H. Marchat, « se mettre en mode projet c'est décider de donner toutes les chances à quelque chose d'aboutir ». Face à la complexité des enjeux et aux exigences institutionnelles, l'équipe projet s'est engagée avec une détermination et un enthousiasme remarquables dans cette nouvelle initiative collective : « **le mode projet** ».

Leur volonté de surmonter les défis propres à leur spécialité s'est rapidement manifestée. Les membres de l'équipe ont partagé ouvertement leurs problématiques et élaborés des plans d'action concrets pour améliorer leur pratiques et leur environnement de travail quotidien. Ils ont placé le patient au cœur de leurs préoccupations et ont répondu avec rigueur et détermination aux attentes institutionnelles.

La réorganisation s'appuie sur une autonomie et une responsabilité de l'équipe projet qui renforcent la motivation et l'engagement de chacun. Pour surmonter les défis propres de la spécialité d'HGE et répondre aux attentes institutionnelles, les différents acteurs du parcours de soins s'impliquent majoritairement dans ce PAO pour :



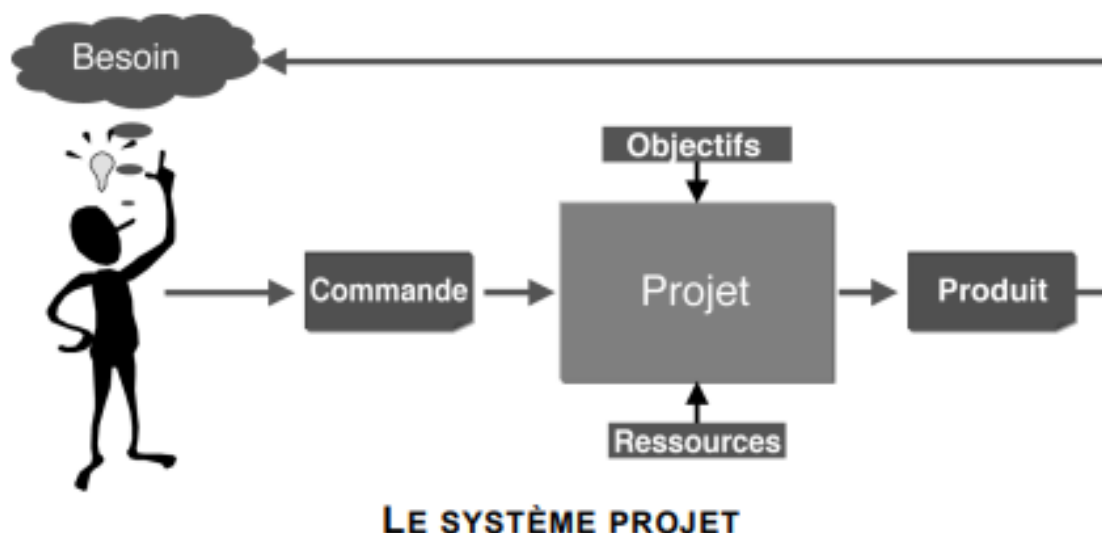
³⁶ Marchat Hugues, *Kit de conduite de projet*, 2e éd. (Paris: Éd. d'Organisation, 2003).

3.2.3 Les objectifs du projet

H. Marchat définit un objectif comme « une contrainte qui va être imposée au système afin qu'il se réalise dans un cadre. »

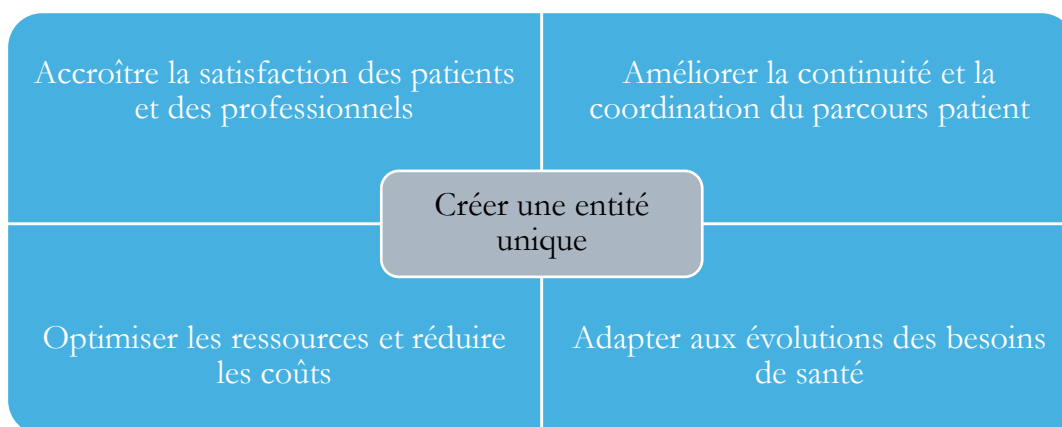
Selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) ³⁷: "Les objectifs de projet sont les résultats souhaités que le projet cherche à atteindre. Ils doivent être clairs, mesurables, réalisables, pertinents et temporellement définis."

L'illustration d'Hugues MARCHAT, nous éclaire sur l'étape du système projet et les objectifs liés :



Les objectifs du PAO d'HGE du groupe HPSJ et HML ont été clairement identifiés par l'équipe projet à la responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale. Ces objectifs, issus d'une analyse SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable et Temporel), nous concernent tous, ce qui constitue une force majeure et un moteur pour la réussite du projet.

Les objectifs du projet :



³⁷ « Objectifs de développement durable (ODD) », consulté le 26 avril 2025, <https://www.oecd.org/fr/themes/objectifs-de-developpement-durable-odd.html>.

Plusieurs facteurs justifient davantage l'engagement de l'équipe projet dans ce projet collectif d'hépatogastro-entérologie :

- La traduction d'une nouvelle déclaration de politique sanitaire en **un plan d'action concret**
- **Un soutien de la direction**, essentiel pour faciliter la prise de décision et garantir les ressources nécessaires.
- Une coordination et un suivi régulier, permettant de mesurer les progrès, d'identifier les obstacles et d'ajuster les actions en conséquence pour **l'aboutissement du projet**.

3.2.4 Les risques identifiés et les compétences mobilisées

Intégrer la gestion des risques dans un projet implique d'en faire un processus vivant, collectif et itératif, au service de la réussite et de la résilience du projet. Dès le lancement du PAO, l'équipe projet d'HGE a identifié plusieurs risques spécifiques encourus susceptibles d'entraver l'aboutissement du projet :

Il est important de connaître **la structure sanitaire du pays**. Comme vu précédemment, elle est un système complexe qui nécessite une coordination efficace entre différents niveaux de soins, institutions, professionnels de santé, et politiques publiques. Pour la PAO, les exigences réglementaires et législatives, financements et contraintes budgétaires, et programme de santé publique ont été utilisés pour enrichir notre travail. Je me suis rapprochée du DIM et de notre contrôleur de gestion, acteurs clés dans l'optimisation de la gestion des données et la viabilité économique de l'établissement.

Le fonctionnement de l'établissement revêt également une importance cruciale, reposant sur plusieurs éléments interconnectés qui garantissent la qualité des soins et l'efficacité des opérations. La complexité du projet réside dans l'organisation des services d'HGE répartis sur les deux sites, HPSJ et HML. Cela englobe divers services tels que les consultations, la programmation, les blocs d'endoscopie, les soins ambulatoires et les hospitalisations diverses, où une multitude de ressources collaborent. La principale difficulté identifiée concerne l'établissement HML, où je ne connais ni les infrastructures ni l'ensemble du personnel. Devant l'absence de légitimité auprès des membres des équipes HML, et pour faire valoir notre projet, l'appui de la responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale, m'a aidé sur ce site.

Une bonne compréhension de la spécialité médicale, est essentielle pour assurer des soins de qualité et optimiser le fonctionnement d'un service. En l'occurrence en hépatogastro-entérologie, les besoins actuels des patients, les pathologies courantes, les différentes méthodes de diagnostic, les traitements et interventions, les avancées scientifiques, et les collaborations interdisciplinaires sont des spécificités à prendre en compte. A ma place de cadre de santé, j'ai privilégié la collaboration étroite avec les équipes médicales ainsi qu'avec les IPA pour ne pas être en difficulté sur ces éléments importants du projet. Par ailleurs, les formations dispensées aux équipes paramédicales ont constitué un appui précieux.

Également, il est essentiel de prendre en compte plusieurs aspects, notamment les processus de soins, la gestion administrative et financière, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que les retours d'expérience et la satisfaction des patients. L'ampleur du périmètre étendu sur les deux sites peut être un point freinant : j'ai ainsi identifié les acteurs pouvant contribuer positivement à la mise en œuvre du projet.

Des compétences en gestion de projet : Savoir planifier, organiser et gérer les ressources et les délais est fondamental pour mener à bien le programme. La préparation de la planification est le premier pas vers l'élaboration du plan d'action opérationnel. Elle doit être, elle-même prise en compte pour que les rendus soient disponibles. Dans ce contexte, divers méthodes et outils ont facilités mon travail sur les deux sites : réunions d'équipes, réalisation de travaux communs, collecte de données pour l'évaluation des résultats, diagramme de Gantt, agendas partagés, et l'utilisation commun de Teams et applications entre HPSJ et HML. Le soutien de notre responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale a été également un atout indéniable dans la conduite et la réussite de ce projet.

Des compétences analytiques : La capacité à collecter, interpréter et analyser des données est essentielle pour le projet. Cela nécessite une maîtrise des outils statistiques et des logiciels d'analyse de données. Il est important de noter que le Power BI proposé par l'HPSJ peut s'avérer difficile à utiliser pour un cadre de santé, surtout en l'absence de formation théorique et d'explications claires. Dans ce contexte, l'intervention de la contrôleur de gestion a été un véritable atout pour notre projet, apportant son expertise et facilitant

la compréhension de cet outil. Les réunions mensuelles du bureau de pôle m'ont aidé également à comprendre ces aspects analytiques.

Une capacité à travailler en équipe : L'optimisation des organisations nécessite la collaboration entre différents professionnels de santé, administrateurs et autres parties prenantes. Une bonne communication et un esprit d'équipe ont constitué une force. Également notre sens de la motivation et de l'optimisation des services a été un facteur clé de succès. Nous travaillons ensemble depuis plusieurs années, ce qui facilite l'entente et la cohésion malgré la pression qui émane d'une activité chargée et d'un projet attendu par la Direction Générale.

L'absence de légitimité sans autorité hiérarchique, m'oblige à faire valoir ma position avec l'appui de nos supérieurs hiérarchiques (chef de service, DSI ou responsable de la cellule de transformation), avec mon expérience de cadre de santé et par ma connaissance du terrain et des équipes. Toutefois, n'ayant aucun passif à HML, ni lien direct, je me suis appuyée sur les personnes rattachées à cet établissement qui feront partie de l'équipe projet.

Une flexibilité et adaptabilité : L'hôpital est souvent dynamique et imprévisible. La capacité à s'adapter aux changements et à réagir rapidement aux imprévus constitue un atout essentiel. Les retards dans les consultations, les exigences des blocs endoscopiques et les obligations des membres de la direction nous ont contraints à faire preuve d'une grande flexibilité. En avançant dans notre projet, l'équipe pluridisciplinaire a privilégié les réunions systématiques des lundis soir et vendredi matin, sans savoir réellement qui serait présent.

La résistance au changement : La capacité à fédérer, motiver et à guider une équipe vers des objectifs communs est essentielle pour assurer l'adhésion au programme et la mise en œuvre des changements. Motivés par ce projet de réunification, le leadership exercé, à la fois participatif et mobilisateur a permis de surmonter les réticences initiales, valoriser les compétences de chacun et instaurer un climat de confiance. Ma posture managériale a été fortement sollicitée mais déterminante.

Un engagement envers l'amélioration continue : Avoir une mentalité axée sur l'amélioration continue et la qualité des soins est crucial pour garantir que les changements apportés sont durables et bénéfiques pour les professionnels et les patients.

Enfin, le non-aboutissement du projet par son ampleur lié à un périmètre étendu, et à sa durée a été plusieurs fois évoqué par les membres de l'équipe. Il faut s'en cesser motiver l'équipe projet.

Après avoir posé les bases du projet à travers un état des lieux approfondi, la commande, le mode projet, la dynamique d'équipe, la définition des objectifs, et l'identification des risques et compétences mobilisées, je vais désormais aborder les différentes étapes de la mise en œuvre de la réunification HDS et UMAT en HGE.

3.3 LA PHASE DE LA MISE EN ŒUVRE

3.3.1 Les étapes clés du projet et le calendrier prévisionnel

Initié le 24 juin 2024 par notre commanditaire, le projet a été structuré en quatre étapes, chacune jalonnée par une date de présentation à la Direction Générale. En tant que chef de projet, je dois « de manière périodique, faire un état des lieux du projet au commanditaire »³⁸. Ces dates clés combinées à plusieurs réunions régulières permettent d'organiser le projet, le piloter, de détecter rapidement les problèmes, d'ajuster le plan en conséquence, de communiquer le projet et de fournir des indicateurs d'avancement du projet auprès de la Direction Générale. Cette planification permet de suivre efficacement la progression du projet par rapport aux objectifs fixés. Cette méthode s'inspire de la roue de Deming qui présente les quatre phases à enchaîner successivement, assurément dans une logique d'amélioration continue.



Les étapes clés de planification du projet d'hépatogastro-entérologie sont définies par notre commanditaire ainsi :

23/09/2024	04/10/2024	13/01/2025	31/03/2025
•Présentation du contexte actuel •Orientation du service •Etat des lieux •Hypothèses de travail	•Détails des axes d'améliorations •Action à mettre en place •Points de validation et arbitrage de la direction	•Optimisation des axes d'améliorations détaillées •Plan d'action planifié	•Rapport final et recommandations

Pour assurer le bon déroulement de ces étapes, j'ai choisi d'appliquer la planification de GANTT (ANNEXE 3) en veillant au respect des délais et la répartition claire des tâches associées. Cette méthode permet de visualiser l'enchaînement des actions, de désigner les responsables et de mobiliser les personnes ressources utiles à chaque phase du projet.

Une planification rigoureuse est essentielle pour assurer une gestion de changement efficace. Je dois :

- Elaborer une feuille de route des actions à déployer
- Créer un planning
- Suivre la progression du projet pour s'assurer que chaque étape se déroule conformément aux prévisions
- Définir des objectifs spécifiques et les indicateurs à suivre pour mesurer le succès

Cette organisation méthodique vise à sécuriser la mise en œuvre et garantir l'atteinte des résultats attendus. Cela étant dit la gestion du changement doit également être suffisamment flexible pour permettre de s'adapter aux éventuels imprévus et intégrer, si nécessaire, des actions supplémentaires. La conduite du changement est une démarche transverse. Cela implique une réflexion continue et des ajustements réguliers de la planification tout au long du projet, pour garantir la réussite du projet.

³⁸ Marchat Hugues, *Kit de conduite de projet*.

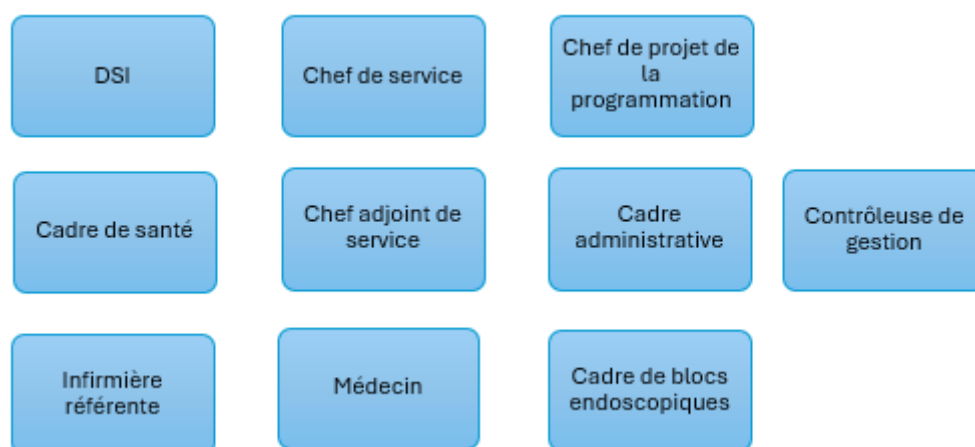
3.3.2 La constitution de l'équipe projet

Conformément à l'idée d'H. Marchat, « la réussite d'un projet repose bien sur les hommes ».³⁹ Pour constituer l'équipe projet, la sélection des acteurs est en effet, une étape importante. Elle a été laissée sous ma responsabilité avec l'accord du chef de service et de la directrice des soins. La responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale, a souhaité une équipe constituée de 10 personnes maximum.

Ce processus de sélection est d'autant plus stratégique qu'il détermine en grande partie la dynamique de groupe et, par conséquent la réussite du projet. Les participants doivent en effet pouvoir travailler ensemble, mettre en commun leurs compétences spécifiques et parvenir à créer une dynamique positive dans un objectif commun. J'ai porté une attention particulière à la diversité des profils comme les hésitants, les suiveurs, les opposants ou les proposant, pour enrichir la réflexion collective.

De plus, compte tenu de la dimension pluridisciplinaire du projet et de l'ampleur du PAO, il est essentiel de prendre en compte la variété des métiers, des expériences et des cultures professionnelles. Pour y répondre, j'ai privilégié des personnes volontaires ayant une capacité d'adaptation et de travail en groupe. Par ailleurs, j'ai également tenu compte de la culture « métier » dans la conduite de changement, un paramètre souvent négligé. C'est pour cette raison que j'ai souhaité créer une équipe pluridisciplinaire, à l'image de la prise en charge des patients. La réalité étant dépendante des positions et métiers des personnes qui la regardent, intégrer des personnes variées permettra de saisir toutes les facettes des dysfonctionnements identifiés en croisant les regards.

En définitive, j'ai donc proposé **une équipe projet** soudée, motivée et pluridisciplinaire, ayant travaillé depuis de nombreuses années ensemble, un atout majeur dans la réussite de notre projet commun :



3.3.3 La répartition des rôles

Selon la DGOS, la réussite d'un projet repose sur une définition claire et précise des rôles et des responsabilités de chacun⁴⁰. Cela permet d'éviter les confusions et de maximiser l'efficacité.

Pour répartir les rôles des membres d'une équipe projet, plusieurs outils peuvent être utilisés. Parmi les plus courants, on trouve **la matrice RACI** (Responsable, Autorisé, Consulté, Informé), un excellent moyen de s'assurer que chaque membre de l'équipe projet comprend son rôle et de clarifier les responsabilités de chacun.

Je choisis la matrice RACI car elle intervient comme un outil de coordination et de communication très opérationnel qui permet de clarifier et de visualiser d'un coup d'œil la répartition des missions. Cela permet d'éviter toute redondance de rôles, toute perte de temps et de définir clairement chaque responsabilité selon différents niveaux. Cependant, il me semble intéressant de limiter l'ampleur et la portée des tâches à exécuter

³⁹ Marchat Hugues ingénieur analyste, *Le kit du chef de projet: une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets*, 7e édition, Gestion de projet (Paris: Eyrolles, 2023).

⁴⁰ DGOS_Michel.C et al., « Feuille de route de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025 », Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, consulté le 3 février 2025, <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/feuille-de-route-de-la-securite-des-patients-et-des-residents-2023-2025>.

afin de dispenser d'un meilleur contrôle. Aussi dans un souci d'équité, mais également d'implication et de responsabilisation, je fais en sorte que chacun ait le pouvoir de décision sur une tâche.

MATRICE RACI



Le modèle RACI du projet HGE :

Activités / Tâches	Chef de service	Chef adjoint + Médecin référent UMAT	DSI	CDS	Cadre du bloc	IDE référente	Contrôleuse de gestion
Analyse du contexte et des besoins	R	R	R	R	R	R	R
Elaboration du plan de réorganisation	R	A	A	R	I	I	C
Gestion du plan d'actions	A	A	R	R	R	I	C
Gestion signalétique	C	C	R	R	I	I	A
Elaboration du plan ressources	R (Personnel médical)	A	R (Personnel paramédical)	R	I	I	A
Communication du projet aux équipes du pôle	R	R	R	R	R	C	I
Formation des équipes sur la nouvelle organisation	C	C	A	R	I	R	I
Mise en œuvre de la nouvelle organisation	A	R	R	R	I	I	I
Suivi et évaluation de la mise en œuvre	R	R	R	R	I	I	R
Ajustements et améliorations	R	R	R	R	I	I	I

Pour la conduite et la réussite du projet, à chaque étape du projet, je m'assure que chacun connaît clairement son périmètre d'action et ses responsabilités.

Par ailleurs, au fil de la démarche, je structure l'équipe projet en deux groupes pour mener à bien ce projet managérial. D'une part, **les responsables hiérarchiques**, garants de la réalisation des étapes clés et d'autre part, **une équipe pluridisciplinaire**, composée des professionnels de divers métiers, mobilisée pour apporter leurs expertises et leurs recommandations. Cette organisation permet d'assurer à la fois un pilotage efficace et un enrichissement des réflexions grâce à la diversité des compétences réunies.

Les responsables hiérarchiques	L'équipe pluridisciplinaire
• Chef de service • Chef adjoint • 1 médecin • DSI • Cadre du santé	• Cadre de bloc • Cadre administrative • Chef de projet de la programmation • IDE référente • Contrôleuse de gestion

Dès la constitution de l'équipe, j'élabore un plan de communication détaillée, définissant toutes les actions de communication et d'accompagnement nécessaires au projet. Cette notion de communication constitue un levier de changement organisationnel central dans notre projet.

3.3.4 La communication et conduite de changement

La communication est définie par le dictionnaire LAROUSSE comme «une action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse».

Dans ce contexte de réunification des services d'HDS et d'UMAT complexe, la communication n'est pas un simple outil d'information. Elle est un véritable levier d'adhésion, de mobilisation et d'accompagnement au changement. Elle se révèle être un enjeu majeur, nécessitant une attention soutenue et une approche stratégique.

Pour mener à bien ce projet managérial, j'adopte la méthodologie de conduite du changement de David Autissier et Jean Michel Moutot⁴¹, étudiée dans l'ECUE 7.1 : » Transformer les relations humaines et sociales », enseigné par Mr X. Marchand. Cette méthodologie propose une approche globale et structurée de la conduite du changement, en mettant l'accent sur la communication, la formation et l'accompagnement. Elle permet d'adapter les actions aux besoins spécifiques des différents acteurs, en fonction de l'intensité du changement et de la nature de l'accompagnement requis.

Voici une présentation des 3 axes et de ses 9 composantes disponibles :

⁴¹ Autissier David et Moutot Jean-Michel, *Pratiques de la conduite du changement: comment passer du discours à l'action*, Stratégies et management (Paris: Dunod, 2003).

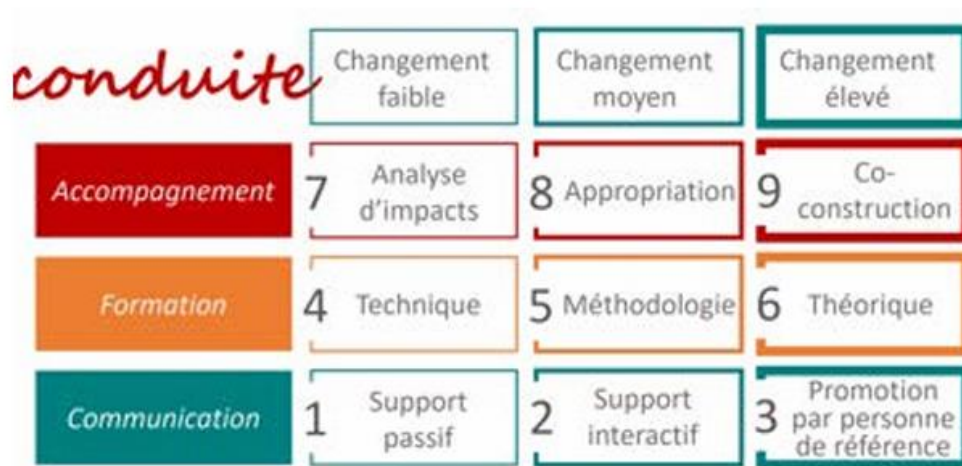


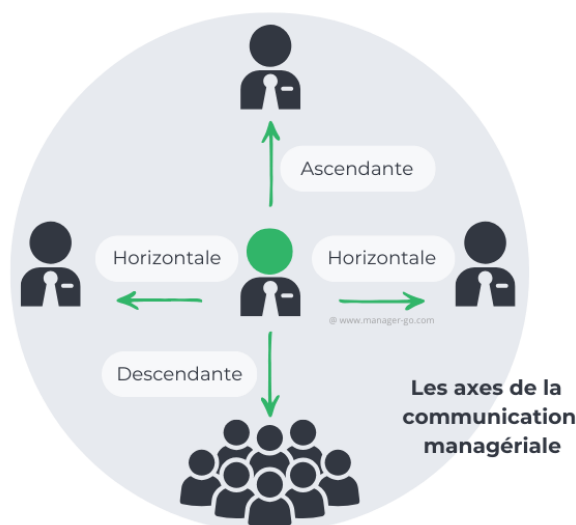
Figure 20 Méthodologie AUTISSIER et MOUTOT, source Marchand ECUE 7.1 Transformer les relations humaines et sociales

La réussite de la réunification d'HDS et d'UMAT repose sur une stratégie de communication multidimensionnelle déployée, ciblant l'ensemble des parties prenantes : équipe projet, professionnels de santé, patients et enfin la Direction Générale. Cette période a été plus longue que prévue puisqu'il y avait beaucoup de personnes à voir dans plusieurs domaines.

La communication du projet de réunification de deux services est un processus qui est délicat et qui nécessite une approche réfléchie et structurée. Conformément aux cours de Virginie Le Bastard dans l'ECUE 7.1 : « La prise de parole convaincante », j'ai défini les objectifs clairs et des moyens de communication adaptés à chaque interlocuteur, en tenant compte des questions suivantes :

- quels sont les messages clés à transmettre ?
- quels sont les publics ciblés : l'équipe projet, les équipes professionnelles, l'équipe hiérarchique, la direction générale ... ?
- quels sont les objectifs de la communication : informer, rassurer, impliquer, ... ?

Dès le lancement, pour la réussite de ce projet choisi, il m'a semblé important d'identifier les besoins et attentes des parties prenantes.



3.3.5 Analyse des attentes et des besoins des parties prenantes

Grâce à une démarche combinant plusieurs discussions informelles, expériences professionnelles, « carte parcours patients » et audits menés auprès des patients et des professionnels d'HGE, l'équipe projet a identifié les attentes principales des parties prenantes :

Professionnels de santé :

- Amélioration des conditions de travail : harmonisation des protocoles et des pratiques.
- Formation et accompagnement au changement
- Reconnaissance de l'expertise et valorisation de l'engagement dans la démarche d'amélioration.
- Clarification des rôles et des responsabilités dans la nouvelle organisation.

Direction et encadrement : (enjeux stratégiques)

- Capacité à s'adapter à l'évolution de la demande, à réduire les inégalités d'accès aux soins et à contribuer à la politique de santé (exemple : dépistage de cancer)
- Respect des contraintes budgétaires et optimisation des ressources.
- Garantie du respect des normes de sécurité, de qualité, d'accessibilité des soins.
- Intégration de modes d'organisations coordonnées, conformes aux réglementations et modernisations du système de santé

Patients et usagers :

- Accès facilité à une offre de soins de qualité et de sécurité, complète, rapide et personnalisée.
- Réduction des délais d'attentes (consultations, examens, traitements)
- Information claire , « humaine » et accompagnée.
- Maintien de la notoriété et de la confiance associées au groupe GHPSJ et HML

Autres parties prenantes (familles, associations de patients, partenaires externes) :

- Information claire pour accompagner les patients
- Coordination Ville – hôpital optimale pour fluidifier les parcours, éviter les ruptures et désengorger les urgences.

Ayant pris en compte les besoins et attentes des parties prenantes, l'équipe projet est engagée dans une démarche de changement pertinente et efficiente. Cette approche facilite l'appropriation du changement et ainsi l'acceptabilité des transformations par tous. La communication doit être désormais adaptée en fonction des réponses données pour chaque acteur.

3.3.6 La communication ciblée et adaptée

Communication auprès de la Direction Générale :

La communication avec la Direction Générale constitue un axe fondamental pour garantir la réussite et la cohérence du projet. Elle a pour objectifs d'informer la Direction Générale sur l'avancement du projet et les résultats obtenus, d'obtenir les validations et les arbitrages nécessaires à chaque étape clé, et d'assurer la cohérence de la communication institutionnelle (ascendante comme descendante).

- Echanges réguliers avec la responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale.
- Réunions planifiées avec la responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale, la DSI et l'équipe hiérarchique.
- Réunions du Comité de Pilotage (COPIL) fixées dès le lancement du projet, dans la salle de Direction Générale, avec tous les membres de l'équipe projet décisionnaire.
- Présentations régulières : Etats d'avancement du projet, production de rapports d'étape 1 à 4, discussions collectives et synthèses décisionnelles, orientations validées ou à repenser.

Dans le contexte du PAO, la responsable de la cellule de transformation de la Direction Générale nous a sollicité la production commune de plusieurs éléments :

- Rapports Power Point (PPT), détaillant les étape 1 à 4.
- Fiche signalétique, synthétisant les informations clés
- Fiche plan emploi, relatant les ressources humaines mobilisées (**ANNEXE 8**)
- Grille d'analyse, détaillant les plans d'actions à mener
- Plans architecturaux des différents scénarios envisagés

Avec du recul, cette communication structurée auprès de la Direction Générale a permis d'assurer une transparence totale sur l'avancée du projet, de renforcer l'adhésion de la Direction, de sécuriser et comprendre les décisions stratégiques grâce aux informations claires fournies et de garantir la communication fluide institutionnelle, indispensable à la réussite du projet.

Communication interne auprès de l'équipe projet :

En premier lieu, mon rôle de responsable de la communication du projet, est clairement défini auprès de l'équipe projet, englobant la diffusion d'informations pertinentes (comptes rendus de réunion, avancées du projet) et la coordination de la communication globale.

La communication avec l'équipe projet vise à assurer une communication fluide et transparente tout au long du projet, à favoriser la collaboration et la cohésion de l'équipe, et à garantir la bonne compréhension des objectifs, des étapes et des enjeux du projet. J'ai su évoluer en fonction des besoins.

Les stratégies de communication sont conçues pour favoriser l'adhésion et la collaboration, en privilégiant une communication de proximité avec des échanges collectifs et individuels réguliers avec les membres de l'équipe projet. L'implication de l'équipe projet dès le début du projet est encouragée, favorisant un sentiment d'appropriation.

- Réunions hebdomadaires et bi mensuelles avec les différents acteurs de l'équipe projet, dans notre salle de staff : tous les lundis soir de 17h à 19h et les vendredis de 11h à 13h, pour assurer la disponibilité et l'implication de tous les participants. En effet, les différents membres exerçant des métiers différents, n'ont pas les mêmes disponibilités : ces réunions sont adaptées aux différentes phases du projet, variées en format plénière avec l'ensemble de l'équipe, réunions ciblées avec l'équipe hiérarchique pour les décisions stratégiques, ou avec l'équipe pluridisciplinaire pour les aspects opérationnels.
- Canaux de communication efficaces : la plateforme commune : Teams, pour centraliser un suivi visuel de l'avancement du projet, favorisant la transparence et la collaboration de toute l'équipe projet. Aussi, les courriels et les agendas partagés facilitent la communication à distance et la planification des réunions de tous nos membres d'équipes (médecins, DSI, contrôleur de gestion, chef de la programmation, cadre du bloc endoscopique...).
- La diffusion de toutes les informations importantes ou non est relativement simple et efficace pour tous : transparente et régulière, à un rythme bi mensuel, elle permet de dissiper les inquiétudes et de renforcer la confiance de notre projet.

La communication avec les responsables hiérarchiques vise à les impliquer sur les enjeux stratégiques et opérationnels du projet de service, à obtenir leur soutien et leur implication, et à coordonner les actions de communication auprès des différents acteurs médicaux principalement.

Chaque étape validée par la direction est célébrée, renforçant la motivation et l'enthousiasme de l'équipe. Les succès ont été mis en avant, pour permettre à tous les acteurs de se rendre compte du chemin parcouru et des efforts fournis.

Communication adaptée auprès des professionnels de santé :

La communication avec les professionnels de santé occupe une place centrale dans la conduite de projet. Elle répond à plusieurs objectifs : informer et rassurer sur les changements à venir, de recueillir leurs expertises, avis et préoccupations, favoriser leur adhésion au projet et lever les éventuelles résistances. Pour réussir, une démarche structurée et participative a été mise en place, en s'appuyant sur l'équipe projet et différents moyens adaptés :

- L'organisation de réunions générales et spécifiques pour assurer une information régulière et ciblée.
- Avec la co construction et la participation des IDE, AS et IPA :

La réalisation d'un benchmark du service d'UMAT

La réalisation de l'audit « Carte Parcours », auprès des patients

- La concertation par corps de métier : AM, IDE et IPA et par service : HDS et UMAT afin de prendre en compte les spécificités de chacun.

En raison de l'incertitude entourant la décision finale de la Direction Générale, j'ai choisi d'intégrer les résultats concrets et transparents de l'avancement détaillé du projet de la réunification des services, dans notre communication. Consciente de l'attente et de l'enthousiasme manifestées par les équipes paramédicales et médicales, j'ai jugé impératif de partager avec elles l'ensemble des arbitrages réalisés, afin de maintenir leur confiance et leur implication tout au long du processus.

En résumé, la communication est envisagée comme un processus continu, formel ou informel, évolutif et participatif. Elle s'adapte aux retours, aux besoins et à l'avancée du projet. Cette dynamique de communication, fondée sur l'écoute, la proximité et la transparence constitue un déterminant principal de l'accompagnement et de la réussite du projet.

3.3.7 L'accompagnement des équipes

La réussite de la réunification de l'UMAT et l'HDS repose également sur une stratégie d'accompagnement solide, impliquant les équipes et répondant à leurs attentes concrètes.

Dans le cadre de la phase préopératoire du projet, une forte demande a émergé de la part des équipes paramédicales et médicales de l'UMAT et de l'HDS HGE : **L'harmonisation des protocoles et des pratiques au sein du futur service commun**. J'ai donc pris l'initiative de les accompagner sur ces préoccupations exprimées lors des entretiens et ateliers préparatoires, en les incluant dans une démarche participative, collaborative et prioritaire à la réussite du projet de réunification :

- La mise en place d'un groupe de travail réunissant les équipes médicales et paramédicales autour de **l'harmonisation des protocoles et des pratiques**.

L'ensemble de la démarche est présenté dans l'analyse de situation rendue auprès de X. Marchand, durant le MOS 2. ([ANNEXE 7](#)).

En définitive, la stratégie d'accompagnement par l'harmonisation des protocoles et des pratiques, portée par un groupe de travail volontaire et interdisciplinaire, constitue un levier déterminant pour la réussite du projet. Elle permet de transformer une contrainte organisationnelle ponctuelle en une opportunité de progrès collectif, en plaçant les équipes au centre de la démarche et en garantissant la qualité et la sécurité de soins pour les patients. Elle permet d'ancrer durablement une culture de la qualité, de la sécurité et de la coopération au sein du futur service.

Ces étapes préparatoires sont indispensables dans notre projet, pour sécuriser la phase de mise en œuvre, anticiper les difficultés, fédérer les équipes et garantir l'atteinte de résultats attendus. Elles constituent un socle méthodologique sur lequel repose la réussite du projet. Dans cette continuité, il est désormais pertinent d'aborder la phase de diagnostic et d'audit, étape incontournable pour objectiver la situation de départ et cibler précisément les axes d'amélioration.

3.4 LA PHASE DE DIAGNOSTIC ET AUDIT

La phase diagnostic et audit constitue une étape déterminante dans l'évaluation d'une organisation, d'un service ou d'un processus. Elle vise à dresser un état des lieux objectif, à identifier les axes de fragilité, les points forts et à proposer des axes d'amélioration.

3.4.1 Objectifs et périmètre du diagnostic

Conformément à la première étape de la méthodologie d'Autissier et Moutot⁴², le PAO initie une analyse diagnostique rigoureuse de l'organisation actuelle de la spécialité d'HGE. Cette démarche vise à identifier les « imperfections » et à repérer les leviers d'optimisation au sein de la spécialité, en se concentrant sur plusieurs aspects essentiels et spécifiques telles que :

- les pratiques cliniques,
- les compétences des équipes médicales et paramédicales,
- la gestion des ressources humaines,
- les processus et les organisation mises en place,
- les technologies et les équipements,
- les infrastructures et l'environnement,
- l'accès aux soins,
- la satisfaction des patients,
- la collaboration interdisciplinaire,
- les indicateurs de performance et les audits.

Dans ce cadre, l'équipe projet du PAO HGE réalise ainsi un état des lieux complet et détaillé de la spécialité d'HGE, couvrant les secteurs : HC, HDS, UMAT, programmations, consultations et blocs endoscopies, tous interconnectés. Cette étape, indispensable à la pertinence et à l'efficacité du projet, constitue la phase la plus longue et la plus exigeante du processus, en raison du temps nécessaire à l'acquisition, à l'analyse et à la synthèse des données. Je me concentre ici sur les éléments essentiels de mon projet managérial.

3.4.2 Méthodologies et outils mobilisés

Pour conduire le diagnostic préalable à la réunification des services d'HDS et d'UMAT d'HGE, l'équipe s'appuie sur une méthode mixte, combinant une analyse quantitative, une analyse qualitative et une analyse comparative.

L'analyse qualitative :

Elle vise à comprendre en profondeur les comportements, les perceptions, les expériences et les motivations des personnes concernées par notre organisation ou notre projet.

Avec mon équipe projet, nous obtenons des informations riches et détaillées, souvent subjectives qui permettent de cerner le « ressenti », les pratiques réelles, les difficultés vécues, les attentes et les suggestions d'amélioration. Nous nous appuyons sur des méthodes telles que :

- des entretiens (formels et informels, prévus ou imprévus)
- des visites de terrains et observations directes
- de multiples discussions (individuelle ou en groupe)

⁴² « Méthode de conduite du changement / David Autissier, Jean-Michel Moutot — MonaLira », consulté le 10 février 2025, <https://www.monalira.org/biblio/livre?biblionumber=30515>.

- des observations et analyses de pratiques, de situations difficiles...

Cette démarche implique les équipes médicales, paramédicales et administratives des deux unités, qui ont été associées au projet.

L'analyse quantitative :

Afin de passer d'un jugement subjectif à une logique d'évaluation déclarative, nous effectuons également une étude quantitative, qui repose sur la collecte et l'exploitation de données chiffrées et mesurables. Elle identifie les tendances, compare les résultats et prend des décisions fondées sur des faits.

Principalement, nous obtenons et analysons toutes les données statistiques disponibles auprès de notre contrôleur de gestion, membre de notre équipe projet. Cette analyse quantitative complète les informations qualitatives recueillies lors des entretiens, offrant une vraie vision globale et précise d'organisation des services.

Pour nous aider dans cette approche, les informations sont recueillies à travers plusieurs grilles d'analyses spécifiques conçues et complétées, permettant d'explorer en profondeur les aspects essentiels de l'organisation actuelle.

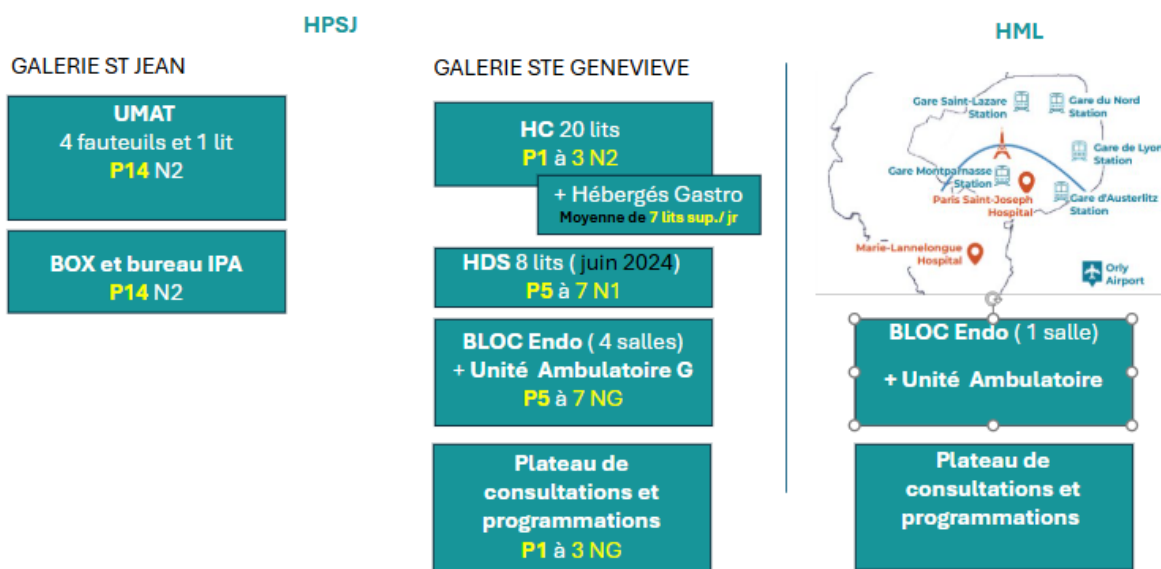
- Fiche signalétique, synthétisant les informations clés
- Fiche plan emploi, relatant les ressources humaines mobilisées
- Grille d'analyse, détaillant les plans d'actions à mener
- Plans architecturaux des différents services

3.4.3 Les résultats obtenus des analyses

En nous concentrant sur les éléments principaux conflictuels, nous avons relaté :

- Situation et accès :

Les services d'hépto-gastro



Les activités et parcours en hépto-gastro-entérologie :

- 57 % de la filière ville-hôpital (médecins traitants, médecins correspondants, hôpitaux, SSR, Guadeloupe et Martinique)
- 42% des urgences
- Patients internationaux (32 patients en 2024)
- Plateaux des consultations, via Doctolib ou en direct avec les consultations

- Une moyenne de 23 appels extérieurs/jour sur la ligne téléphonique dédiée aux avis d'un gastro-entérologue (Avis Bip Gastro)

Les modalités d'admission révèlent que la majorité des entrées en HC sont non programmées, principalement via les relais ville-hôpital et les urgences. A l'inverse, les admissions des services d'HDS et d'UMAT, sont quasi toutes programmées. On observe une nette progression de l'activité, selon le bilan des activités, avec une hausse de +7% pour les RUM HDS et +14% pour l'HDJ entre 2022 et 2023.

- **Parcours de soins existants :**

Actuellement, la planification et la coordination des actes et soins implique de nombreux professionnels répartis sur différents services :

- Médecin avis bip gastro, disponible sur tout l'hôpital
- Secrétaires de consultations et de programmations, Porte 3 niveau G
- Service Ambulatoire + Bloc endoscopique diagnostique et thérapeutique, Porte 5 niveau G : 1 CDS et 1 IDE référente
- UMAT, Porte 14 niveau 2 : 1 assistante médicale de service et 1 CDS
- HDS, Porte 5 niveau 1 : 1 IDE référente et 1 assistante médicale présente à 80% et 1 CDS
- HC Porte 1 niveau 2 : 1 IDE référente, 1 assistante médicale et 1 CDS

Ces professionnels, répartis sur l'ensemble de l'hôpital, rencontrent des difficultés de communication. Les échanges se font principalement par mail et téléphone, en fonction des disponibilités de chacun, ce qui peut entraîner des retards ou des erreurs dans les transmissions d'informations.

Cette organisation complexe et ces difficultés de communication ont un impact négatif sur l'accueil des patients, notamment ceux qui nécessitent une hospitalisation liée bien souvent à une intervention au bloc endoscopique. Dans l'organisation actuelle, chaque service gère ses propres disponibilités sans coordination globale compliquant l'optimisation des ressources, l'accueil des patients et l'occupation au bloc endoscopique.

- **Efficiences et organisation :**

L'HDS et UMAT contribuent à réduire la DMS de la spécialité HGE, à augmenter le nombre de patients pris en charge et à rationaliser les coûts hospitaliers.

La mutualisation des ressources (fauteuils, lits, personnel, plateaux techniques) et la planification fine des rendez-vous optimisent le flux des patients, notamment avec les bilans pré-thérapeutiques, les traitements séquentiels ou les évaluations multidisciplinaires (IPA et gastro-entérologues).

L'activité ambulatoire est en forte progression, alors que l'hospitalisation conventionnelle reste stable, témoignant d'un transfert d'activités vers des prises en charge plus ambulatoires, et d'une augmentation de la demande de soins plus lourds.

- **La qualité et sécurité des soins**

Les services d'UMAT et d'HDS reposent sur des protocoles non standardisés. Les pratiques ont été transmises de manière informelle par des pairs expérimentés, qui ont pratiqué au fil de l'eau leurs propres préférences, sans s'appuyer sur des référentiels communs. Ainsi, chaque service a développé ses habitudes en fonction des médecins présents et de leurs choix ou craintes. Ceci a conduit à une hétérogénéité des pratiques entre deux services de la même spécialité.

Ce constat est fréquemment souligné tant par les patients eux-mêmes que par les IDE qui réalisent des remplacements d'un service à l'autre. Pour les IDE, l'absence de protocoles standardisés complique leur adaptation. Le taux de mutualisation des professionnels de santé est extrêmement faible entre l'UMAT et l'HDS, alors qu'il est élevé entre l'HC et l'HDS situés à proximité. Pour les patients, cela génère de l'incompréhension, voire un sentiment d'inégalité et d'insécurité face aux soins reçus.

La sécurité des soins est assurée par la coordination entre médecins et paramédicaux (IPA et IDE), l'astreinte d'un gastro-entérologue 24h/24, les urgentistes et la proximité du plateau technique.

- **Gestion des ressources**

Les équipes médicales et paramédicales sont partagées entre plusieurs services, avec une répartition parfois inégale des effectifs. (vu en première partie du PM)

Depuis plusieurs années, le taux d'absentéisme et de turnover du personnel d'UMAT est élevé. (IDE : 1 long arrêt maladie + 1 burn out, AM : 1 demande de mobilité). Les équipes expliquent cette situation par la polyvalence excessive du service, qui couvre 4 spécialités (Oncologie, Rhumatologie, Hépatogastro-entérologie et Anesthésie) ainsi que par un encadrement jugé peu attentif aux difficultés.

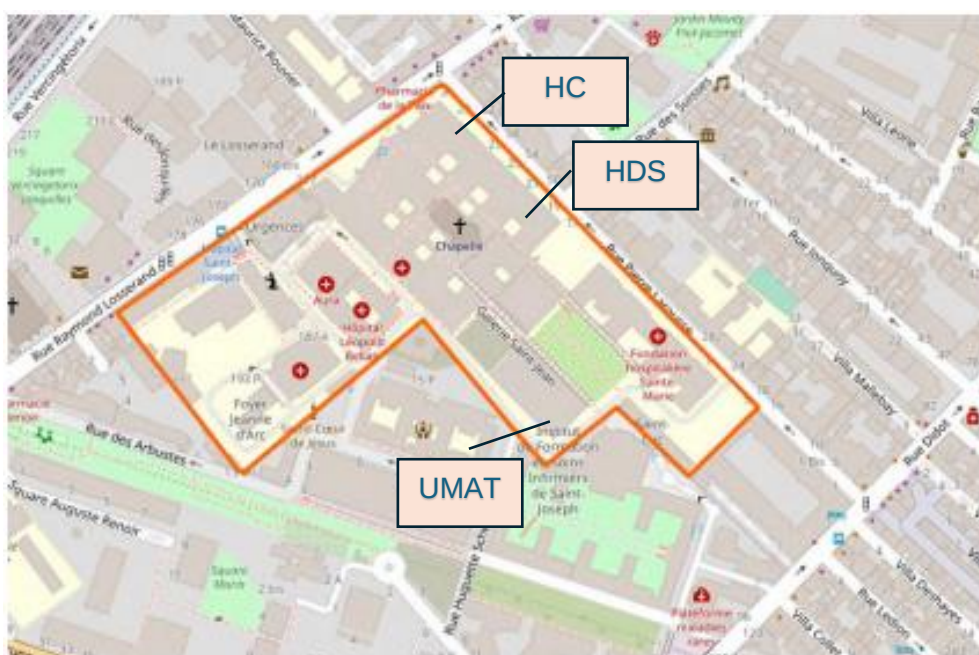
- **Système d'information :**

Le groupe HPSJ et HML dispose de plusieurs logiciels communs pour faciliter la communication et la coordination entre les services. J'ai relaté un résumé de ces outils principaux avec quelques remarques sur leurs efficacités :

- Dx care : Le dossier patient unique informatisé. C'est un outil essentiel pour centraliser les informations médicales des patients et faciliter leur accès par les différents professionnels de santé.
- Opéra : Logiciel de gestion des blocs opératoires. La visibilité des plannings opératoires par les services de soins est un atout majeur pour la coordination des interventions et la préparation des patients, sans devoir passer par la ligne téléphonique saturée des services.
- Théo : Logiciel de gestion automatisée des brancardiers, utilisé pour optimiser les transports des patients au sein de l'hôpital et également de la Cité Hospitalière.
- Silbo : Logiciel commun de gestion des lits. Il est commun aux gestionnaires de lits et à tous les services de soins (Urgences, SSPI, réanimation, etc...), pour optimiser l'occupation des lits et faciliter le placement des patients à un instant T.
- Email, Téléphone et Teams : Moyens de communication et de réunion multisites (HPSJ et HML). Ils sont indispensables pour les échanges d'informations entre professionnels éloignés.

Ils facilitent la coordination mais la communication reste perfectible.

- **Interactions :**



Il est important de noter que les deux services HDS et UMAT sont situés à l'extrémité opposée de l'hôpital Saint Joseph.

Initialement, les HDJ oncologie, hépatogastro-entérologie et anesthésie avaient été réunis dans une même unité UMAT, dans l'optique d'une plus grande efficacité. Les mêmes soins y étaient prodigués. Cependant avec le temps, chaque spécialité a exprimé le besoin de regrouper ses services. C'est le cas de l'HGE, où la réunification est devenue nécessaire en raison de quelques problèmes d'interaction relevés.

- **Communication :** Les échanges entre l'UMAT et l'HDS sont quasi inexistants. Chaque service fonctionne avec une programmation propre. Les difficultés surgissent quand le patient nécessite une hospitalisation : le lien est difficile car il se limite souvent à un échange entre CDS et assistante médicale de l'UMAT qui doit obtenir l'approbation du gestionnaire de lits.

- Collaboration : La collaboration entre les deux services est très faible, ce qui pose un problème aux médecins et aux IPA qui interviennent dans les deux unités. Ces professionnels soulignent la nécessité d'une même gouvernance pour assurer une prise en charge efficace des patients.

- Coordination : La coordination des activités est cloisonnée entre les services. La continuité des soins est compromise : lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, c'est au médecin de solliciter le référent du service souhaité, ce qui complexifie et retarde le processus. En fonction des places : Il doit contacter les cadres de l'HC-l'HDS ou l'UMAT.

La distance géographique entre l'UMAT et l'HDS, ainsi que le manque de communication, de coordination et collaboration, nuisent à la prise en charge globale et à la fluidité des parcours patients.

- **Satisfaction des patients :**

Les enquêtes de satisfaction E-Satis ainsi que notre « Carte Parcours » montrent des scores élevés pour l'accueil, l'information, le confort et l'organisation de la sortie. Seules des marges de progrès subsistent sur la prise en charge, la restauration et la coordination des services.

Par exemple, en février 2025 : le taux de confiance des patients HGE est de 85%, avec une recommandation de 78% auprès des proches.

- **Satisfaction des parties prenantes externes :**

Faute de temps, la satisfaction des partenaires externes n'a pas été évaluée dans notre projet, néanmoins nos entrées via notre flux d'entrées via notre filière Ville-Hôpital ne décroît pas. Par ailleurs, nous constatons une augmentation du nombre de patients des DOM TOM et des pays par rapport à l'année précédente. Les IPA HGE, observent également une hausse de patients pris en charge dans les parcours MICI, ce qui témoignent d'un renforcement de la confiance de nos partenaires externes.

- **Qualité du parcours patient :**

L'UMAT et l'HDS accueillent des patients dont la pathologie nécessite une hospitalisation courte mais intensive, optimisant le taux de rotation des fauteuils et lits et la disponibilité des ressources. Ils permettent de désengorger les services d'HC en orientant les patients vers des prises en charge adaptées à la sévérité de leur état. Le délai et taux d'attente moyen pour chaque étape du parcours diffère ainsi : 3 mois pour une consultation, 6 mois pour une endoscopie, 1 semaine pour une hospitalisation directe en HC ou HDS, 4 semaines pour l'UMAT.

L'UMAT s'inscrit dans une filière coordonnée, en lien avec les consultations des médecins et des IPA. Il favorise la continuité du suivi, la rapidité d'accès aux traitements innovants (biothérapies, immunothérapies) et la gestion des complications nosocomiales, aiguës ou chroniques.

L'HDS s'inscrit dans un parcours de soins gradué, entre l'UMAT et l'HC et prenant en charge des situations simples, courtes aux complexes). Il s'adapte aux urgences, à la gestion des patients dépistés positifs, ainsi qu'aux désengorgements de l'UMAT ou de l'HC pour optimiser les lits disponibles.

- Activités et Efficience économique :

Le bilan d'activités

*T2A 2 nuits HDS

	2019	2021	2022	2023	Ecart 2022/2023
RUM HC réalisés	1739	1650	1852	1637 (+12.24 % au budget) taux d'occupation 100% taux d'utilisation 102% (25 lits / 20)	- 12 %
DMS HC	4.73	5.38	4.8	5.1	
PMCT HC	543 euros	566 euros	638	664 euros Evolution tarifs 2023/2019= + 14.7 %	+ 4 %
RUM HDS	485	590	545	582 (-9.17% au budget)	+ 7 %
DMS HDS	1.91	2.18	2.2	2.41	
PMCT HDS	760 euros	873 euros	855 euros	907 euros*	+ 6 %
HDJ gastro UMAT	838	1855	2022	2312	+ 14 %
HDJ endo gastro		2627	2810	3034	+ 8 %
Total endoscopies HPSJ			5180	5487	+ 6 %
Total endoscopies HML			557	859	+ 54 %
ETP médecins	7.45	8.2	8.2	11,7	
Consultations IPA			1 IPA : 55	2 IPA: 245	+ 345 %

A retenir : Croissance exponentielle de l'activité depuis 4 ans sans révision des organisations

PAO hépato gastro

07/10/2024

HÔPITAUX Paris
Saint-Joseph
Marie-Lannelongue

L'analyse de l'efficience économique est un axe stratégique dans la réunification des services HDS et UMAT. Elle se mesure à travers plusieurs indicateurs de suivis précis, permettant d'objectiver et optimiser nos choix.

Coût par séjour :

L'étude des coûts met en évidence des écarts significatifs :

- Endoscopie ambulatoire classique = 912 euros
- Endoscopie thérapeutique = 1103 euros
- 1 séjour d'1 nuit = 893 euros
- 1 séjour de 2 nuits = 1944 euros

Il est paradoxalement, plus avantageux financièrement d'hospitaliser un patient pour deux nuits : le coût moyen par nuit est inférieur à celui d'un séjour court ou d'une prise en charge ambulatoire. (T2A)

Budget prévisionnel :

+ 11.2 % entre 2025/2024, témoignant d'une activité croissante et d'un besoin d'adaptation des moyens alloués.

Achats et consommables :

Approvisionnements en médicaments, dispositifs médicaux, matériels et consommables, sont déjà mutualisés avec d'autres services. La rationalisation déjà effective, nous nous sommes concentrés sur la gestion des flux et la mutualisation des ressources humaines et matérielles.

Indicateurs de suivi :

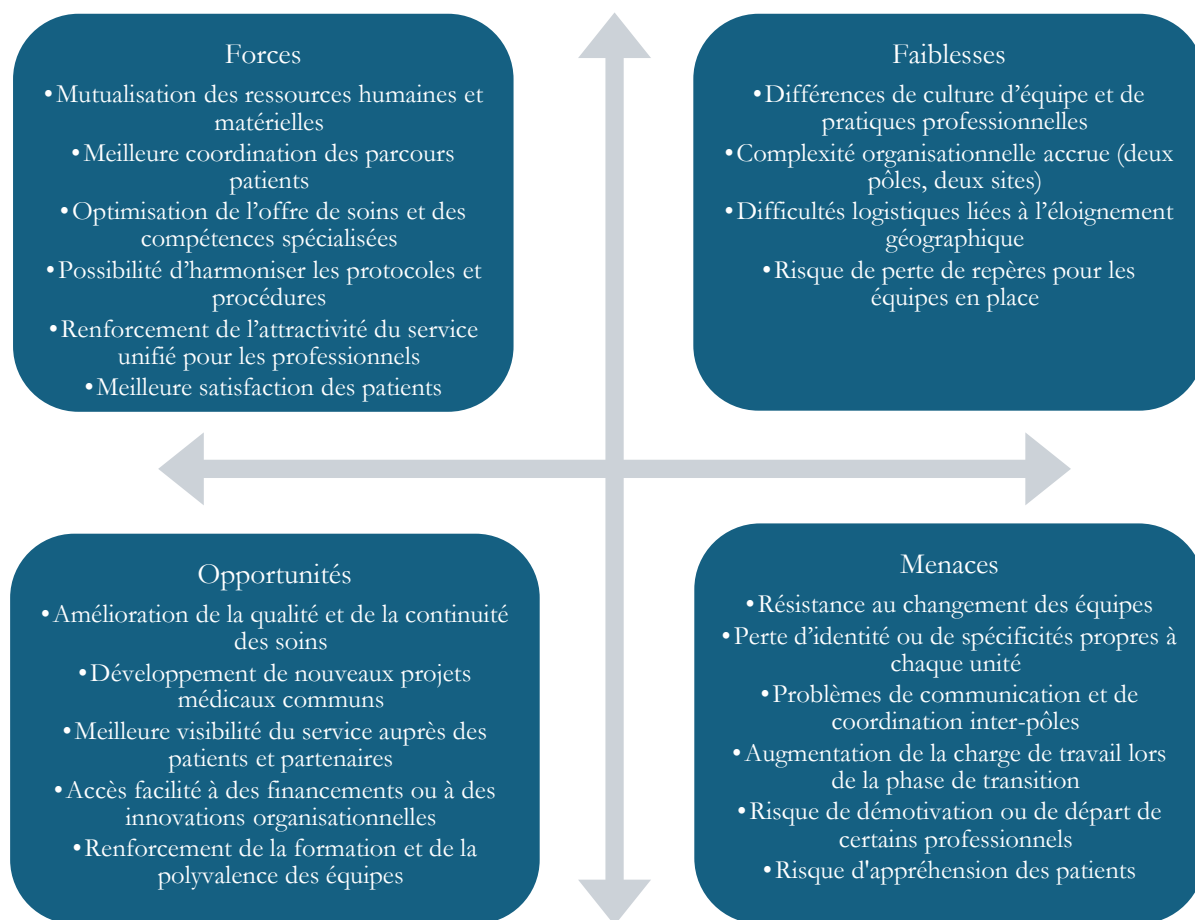
Afin de piloter cette efficience, plusieurs indicateurs nous ont parus pertinents de suivre :

- Durée Moyenne de Séjour (DMS)
- RUM HDS et nbre d'HDJ gastro UMAT
- Taux d'occupations des lits et fauteuils
- Taux de mutualisation des ressources humaines et matérielles
- Consultations IPA

Ces indicateurs issus du bilan d'activités, permettent d'objectiver les progrès réalisés et d'identifier les axes d'améliorations possibles.

3.4.4 Orienter la prise de décision stratégique

Parallèlement à ces analyses, afin d'orienter efficacement notre choix stratégique et de soutenir la prise de décision, **une analyse SWOT**, a été réalisée pour identifier de manière structurée les forces, faiblesses, opportunités et menaces liées à notre nouvelle organisation.



En identifiant clairement ces quatre dimensions, nous avons créé une base solide nécessaire à la conduite de changement. Comme le rappelle Sénèque, « Il n'y a pas de vent favorable pour qui ne sait où il va ! »

Dans cette dynamique, la réalisation d'un **SWOT croisé entre les deux services**, a permis d'aller plus loin en mettant en lumière leurs complémentarités, les synergies possibles ainsi que les menaces potentielles à anticiper dans la perspective d'une réunification :

	Opportunités	Menaces
Forces	- Mutualiser les expertises - Optimiser les ressources humaines et matérielles - Améliorer la continuité et la qualité des prises en charge grâce aux protocoles harmonisés	- S'appuyer sur la complémentarité des équipes - Renforcer l'attractivité du service dans un contexte de pénurie de ressources concurrentiel
Faiblesses	- Profiter de la réunification pour corriger les dysfonctionnements organisationnels (communication, coordination) - Saisir l'opportunité pour standardiser les protocoles et pratiques	- Risque de démotivation ou de résistance au changement - Difficultés d'intégration des nouvelles pratiques - Possibles tensions liées à la communication, la gestion des effectifs, répartition des tâches

En complément de ces multiples analyses et afin d'orienter la prise de décision stratégique, j'ai choisi de faire une étude comparative avec des services déjà réunis.

3.4.5 Analyse comparative : le Benchmark

Le benchmark est une démarche d'évaluation comparative qui consiste à identifier et à analyser les meilleures pratiques, les processus les plus performants ou les organisations les plus efficaces dans un domaine donné, afin de les transposer ou de s'en inspirer pour améliorer sa propre performance.

Selon l'AFNOR (Association Française de Normalisation) ⁴³, le benchmark est "un processus systématique et continu d'évaluation des produits, services et processus d'une organisation par rapport aux meilleurs pratiques ou standards reconnus, dans le but d'identifier les axes d'amélioration et de mettre en œuvre les actions nécessaires pour atteindre ou dépasser ces niveaux de performance".

L'objectif de ce travail est de mener une analyse des pratiques en HDS et UMAT au sein d'une même unité, dans un autre établissement hospitalier afin de mettre en évidence à la fois les freins et les leviers à la réunification des HDS et UMAT à HPSJ, mais aussi leurs éléments marquants et innovants. Cet outil de mesure de la performance des organisations requiert une certaine méthodologie. Je me suis donc appuyée sur les recommandations organisationnelles de l'ANAP pour l'effectuer.

La méthodologie du benchmark pour la réunification de services HDS et UMAT peut être décomposée en plusieurs étapes :

- La constitution d'un réseau expert

Afin de mener à bien cette visite de Benchmark, il était essentiel de s'entourer de professionnels possédant une expertise spécifique sur l'HDJ, l'HDS et l'HC, qu'il s'agit de niveau médical, de parcours, de gestion de service ou de pilotage opérationnel des unités.

En raison de contraintes de temps et de disponibilités communes, il n'a pas été possible d'impliquer le personnel interne au groupe GHPSJ pour m'accompagner dans cette démarche.

Mon choix c'est alors porté sur une cadre de santé rencontrée dans le cadre du MOS 2 UPEC, qui était impliquée dans le déploiement de l'HDS, HDS et HC en diabétologie et endocrinologie à l'Hôpital Henri Mondor. Dans ce contexte de projet managérial commun, elle a accepté la proposition d'une visite de ses services.

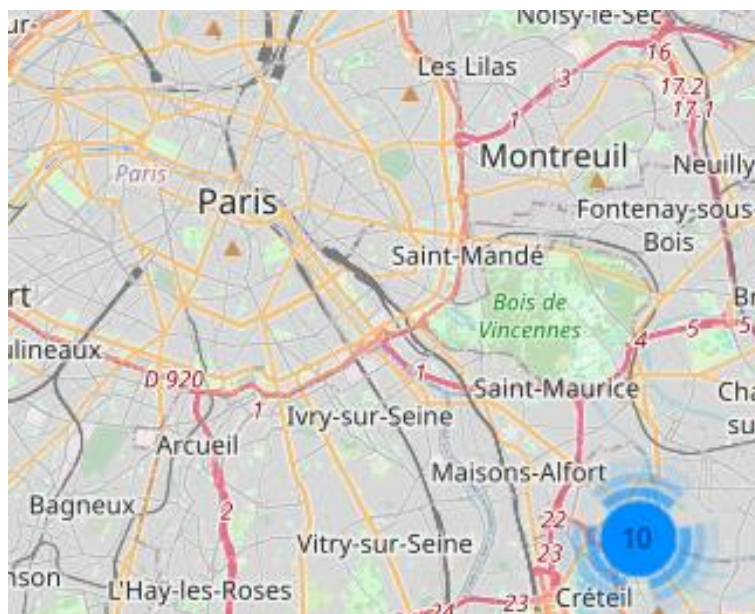
Le rôle de cette professionnelle a été notamment :

- d'apporter l'expertise dans le déploiement et le fonctionnement et l'amélioration des organisations des unités d'HDJ, d'HDS et d'HC, en se basant sur son expérience de CDS dans ces unités : 6 ans.
- d'assurer la transparence et l'ouverture : Elle a partagé ses connaissances et son expérience de manière transparent et ouverte, favorisant ainsi l'échange et l'apprentissage.
- d'apporter un éclairage sur la finalité du projet professionnel : Elle a apporté un regard critique et constructif sur le projet, en partageant notamment ses réflexions sur ce qu'elle aurait fait différemment si elle devait mener un projet similaire.

A posteriori, cette collaboration avec une personne externe a permis de bénéficier d'un regard neuf et d'une expertise reconnue dans le domaine recherché. Son implication et le temps passé ont été essentiels pour la réussite de cette étape de Benchmark.

⁴³ Mougin Yvon, *La qualité 2015, c'est facile !: comprendre les évolutions de la norme AFNOR NF EN ISO 9001* (La Plaine Saint-Denis: AFNOR, 2015).

- L'identification de l'établissement performant et représentatif



L'établissement Henri Mondor⁴⁴ a été choisi à partir de critères objectifs portant sur des éléments accessibles au public :

- Localisation : En IDF, l'hôpital Henri Mondor de l'APHP est reconnu au niveau local, régional et national pour la qualité de ses soins et son expertise dans de nombreuses spécialités.
- Taille et capacité : Plus de 900 lits
- Spécialités : Il couvre de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales. Reconnu pour son expertise dans le domaine de la diabétologie-endocrinologie, entre autres...
- Recherches et enseignements : En tant que CHU, Henri Mondor joue un rôle majeur dans la recherche médicale et la formation professionnels de santé. Associé à l'université Paris Est Créteil, il accueille de nombreux étudiants.
- Innovations et technologies : Henri Mondor est à la pointe de l'innovation médicale et dispose d'équipements de haute technologie. Il participe à de nombreux essais et développe de nouvelles techniques de diagnostic et de traitement.
- Plateau technique performant : l'hôpital dispose d'équipements modernes et performants, permettant une prise en charge optimale des patients.

- La construction de l'outil :

Afin d'optimiser le rendu de la visite sur le site, la « carte d'identité » synthétique des établissements du Benchmark (ANNEXE 4) a été réalisée via l'interrogation des données accessibles au public d'HospiDiag : les informations générales, la structure, les activités, les indicateurs de certification, les ressources... afin de connaître les informations générales, structure, activités et indicateurs de l'hôpital Henri Mondor.

La construction de la grille d'analyse a été constitué pour me guider et identifier les leviers organisationnels et culturels mis en place au niveau de l'établissement choisi et pour lever les freins à la réunification de l'UMAT et de l'HDS.

- La visite de l'établissement, à une date convenue :

Convenu, le 10/02/2025 à 10h00 au côté de Muriel LE GROUX, CDS en endocrino et diabétologie.

⁴⁴ « Nous soignons et innovons 365 jours par an », consulté le 22 février 2025, <https://www.aphp.fr/>.

Il s'agit des services d'HDJ et HDS d'endocrinologie réunis sur un même étage, gérés initialement par une même CDS.

- La synthèse de la visite et l'analyse des écarts avec des pistes de réflexion : (ANNEXE 5)

Aspect	HPSJ (Hépto-Gastro-Entérologie)	Henri Mondor (Endocrinologie-Diabéto)
Communication	 : Manque d'interactions entre l'UMAT et l'HDS, communication difficile entre les professionnels, absence de vision globale du parcours patient.	 : Communication fluide et efficace entre les équipes, outils de communication performants, culture de collaboration.
Coordination	 : Coordination cloisonnée entre les services, difficultés pour organiser les hospitalisations, manque de coordination pour la continuité des soins.	 : Coordination centralisée, processus bien définis pour la gestion des hospitalisations et la continuité des soins.
Collaboration	 : Collaboration très faible entre l'UMAT et l'HDS, impact négatif sur les médecins travaillant dans les deux services.	 : Collaboration étroite entre les équipes médicales, paramédicales et administratives, culture de travail en équipe.
Ressources	 : Expertises  : Absentéisme et turn over en UMAT - Manque de personnel : pas de temps dédié aux travaux de groupe ou formations - Besoin d'une même gouvernance ou rapprochée	 : Expertises, travaux de groupes multidisciplinaires en HGE = attractivité récompensée pour les salariés et l'unité - 2 CDS qui se complètent au sein de toutes les unités
Parcours patient	 : Parcours patient complexe et fragmenté, difficultés d'orientation, manque de suivi personnalisé, pratiques hétérogènes.	 : Parcours patient fluide et bien défini, accompagnement personnalisé, suivi régulier, protocoles homogènes- 2 AM : gestionnaires des flux et référente pour les patients  Signalétique des services

3.4.6 Objectifs de la phase de conception

Après la phase de diagnostic approfondi, la phase de conception vise à adapter les constats et les analyses en solutions concrètes et adaptées aux besoins identifiés, en tenant compte des usages réels et attendus des utilisateurs.

En s'appuyant sur son expertise et ses connaissances, le PAO permet à l'équipe projet, de proposer des idées nouvelles, des améliorations objectives et des innovations, pour améliorer l'organisation. Ces propositions tiennent compte des pratiques quotidiennes, des attentes et des contraintes des utilisateurs, afin de garantir la pertinence et l'appropriation des solutions.

Avant de soumettre ces propositions au directeur général, il est essentiel d'évaluer leur faisabilité. Il s'agit d'évaluer la viabilité du projet en termes de ressources, de coûts, de délais et de contraintes techniques, afin de déterminer si le projet est réalisable et s'il correspond aux objectifs de l'institution.

Toutes les solutions ne seront pas forcément réalisables ou prioritaires. L'approbation ou le rejet des solutions par la Direction Générale, s'appuyant sur l'analyse des usages, orientera la trajectoire du projet.

A ce stade, **la réunification des services d'UMAT et d'HDS** a été retenue spécifiquement pour le PAO d'HGE, validée par l'équipe projet et la Direction Générale. Il est désormais possible de construire un plan d'action adapté, qui guidera la phase de déploiement de la réunification de l'HDS et de l'UMAT en HGE.

3.5 LA PHASE DE DEPLOIEMENT

Une fois la solution – Réunionification des services UMAT et HDS- validée par la Direction Générale, il convient de la transformer en un plan d'action opérationnel, détaillé et structuré. Cette étape vise à garantir une mise en œuvre efficace, mais aussi mesurable et adaptable afin d'assurer l'atteinte des objectifs fixés et l'amélioration continue du processus. Cette phase combine rigueur méthodologique, gestion des ressources et accompagnement au changement.

Conformément à l'équilibre du triangle de la performance, illustré par trois axes : qualité, coûts et délais, s'ajoutent trois notions de stratégies qui permettent d'optimiser la gestion du projet : réactivité, efficacité et agilité.



Grâce à ce cadre de référence, l'équipe projet s'attache à détailler de manière rigoureuse et précise les objectifs à atteindre, les actions à mener, les responsabilités de chacun, les échéances, ainsi que les indicateurs de performance. Ce plan d'action facilite la communication fluide et la coordination efficace entre les différents acteurs, tout en assurant un suivi régulier des avancées du projet. En parallèle, il permet une souplesse et une adaptation continue pour ajuster les actions en cas d'imprévu.

3.5.1 La gestion des plans architecturaux des espaces

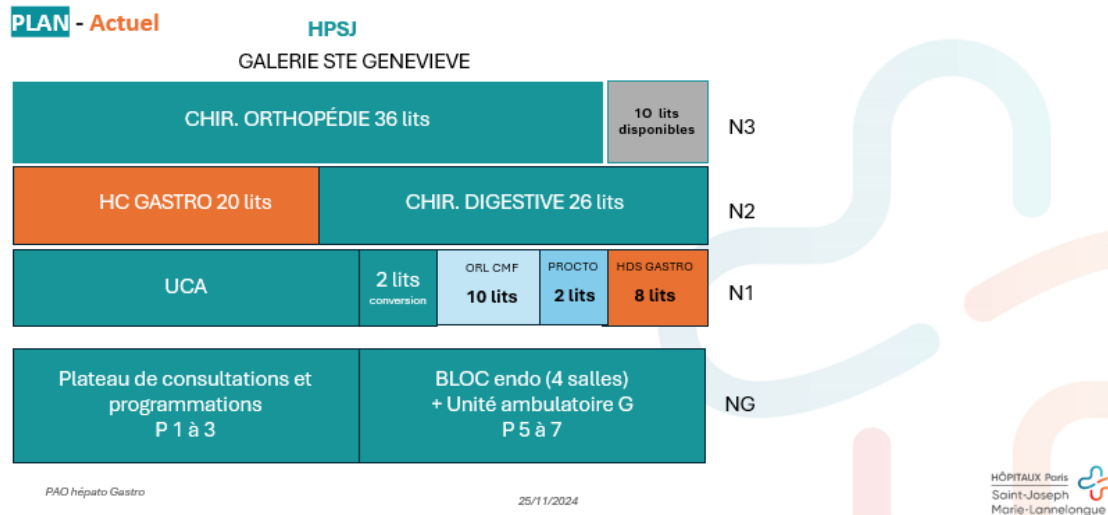
Dans le cadre du regroupement des services UMAT et HDS au sein du Pôle des Spécialités Chirurgicales (Pôle Spé Chir), une réflexion approfondie sur l'organisation spatiale s'impose. L'équipe projet doit concevoir une solution architecturale cohérente, en partant du plan initial du pôle tout en tenant compte des autres services déjà en place, accompagnés de leurs spécificités et leurs contraintes respectives : surfaces, accès, circulations, flux de patients, professionnels, matériels, circuit bloc, contraintes techniques et réglementaires...

La difficulté de cette réorganisation spatiale est accentuée par le fait qu'elle touche trois spécialités distinctes. Cela réclame de véritables stratégies de communication et collaboration pour surmonter les résistances au changement inévitables. De nombreuses réunions de concertation, d'information, et d'accompagnement ont été organisées entre les différentes équipes concernées, de façon formelle ou informelle :

- UMAT et HDS HGE
- HGE et ORL CMF
- ORTHO et ORL CMF
- Ainsi que la Direction Générale et HGE

L'objectif de ces réunions est de garantir que chacun puisse exprimer ses besoins, ses craintes, ses attentes afin d'aboutir à une solution spatiale partagée et acceptée par tous.

La restructuration du Pôle Spé Chir



A travers une démarche stratégique, plusieurs scénarios architecturaux sont élaborés sur le Pôle Spé Chir. Cette démarche d'expérimentation permet de :

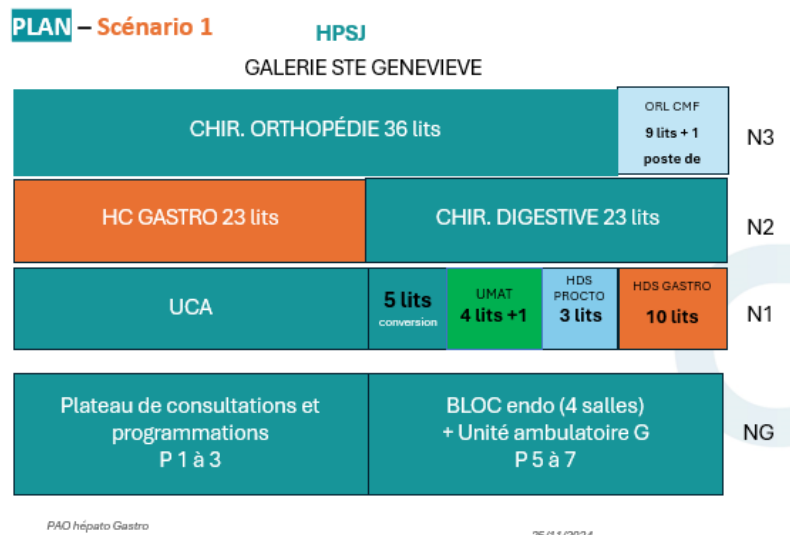
- Tester et adapter des scénarios et configurations proposés
- Impliquer activement le PM et PNM dans la co-construction du projet
- Evaluer objectivement les avantages et les limites de chaque scénario innovant.

La collaboration et la communication entre l'équipe PM et PNM du Pôle Spé Chir a permis de détecter rapidement la solution la plus adaptée. Cette stratégie participative a permis de lever certaines résistances au changement en associant l'ensemble des parties prenantes à la réflexion et à la prise de décisions.

A l'issue de cette démarche, le scénario 1 a donc été retenu par la Direction Générale, ainsi que les équipes PM et PNM concernées sur le Pôle Spé Chir.

Ce scénario prévoit notamment :

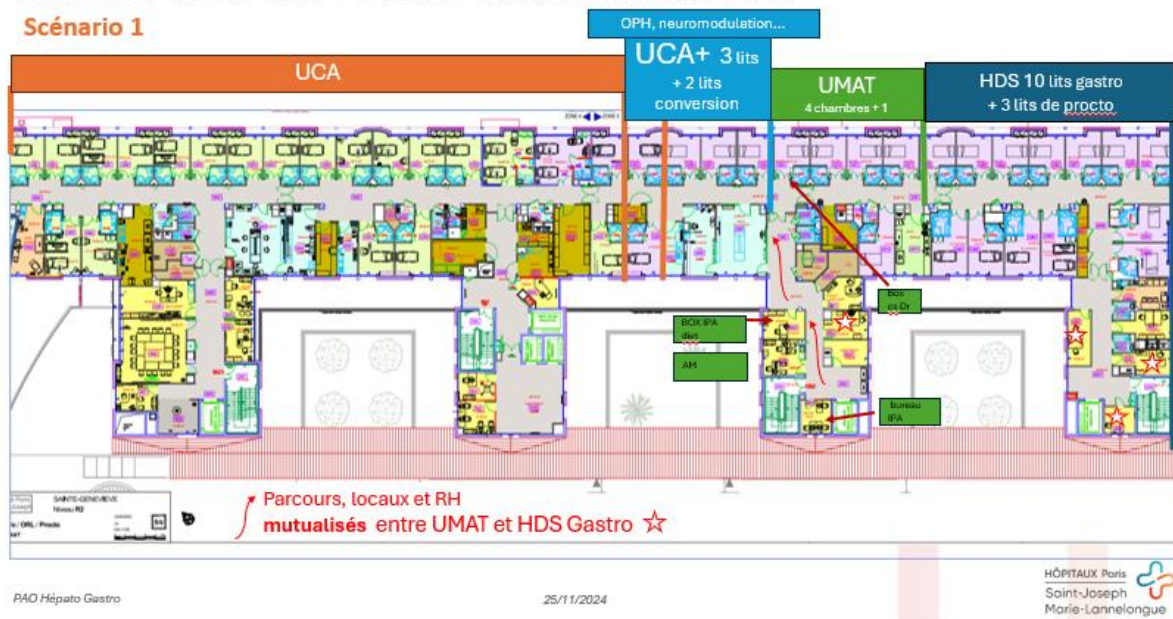
- Le déménagement du service d'ORL CMF, du 1^{er} au 3^{ème} étage.
- Le transfert du service UMAT de la porte 14 à la porte 1, à la place de l'ORL CMF.



L'architecte de l'établissement est particulièrement mobilisé dans la réussite du projet pour garantir la faisabilité technique et la conformité réglementaire des aménagements, de la phase de conception à la fin des travaux.

Niveau 1: UMAT + HDS+ UCA mutualisés

Scénario 1



Son expertise est sollicitée dans plusieurs réunions planifiées à chaque étape du projet :

- Présentation des scénarios architecturaux
- Validation des choix techniques
- Anticipation des impacts logistiques (déménagements, continuité des soins, gestions des nuisances)
- Phasage des travaux
- Suivi régulier et ajustements des travaux, en lien avec les entreprises prestataires et les équipes internes.

Cette mobilisation et concertation régulière, constitue un gage de qualité et de réussite pour l'aboutissement du projet de réorganisation des espaces.

3.5.2 La gestion des ressources paramédicales mutualisées

Dans le même contexte, la mutualisation des ressources paramédicales est primordiale pour optimiser l'organisation et garantir la continuité des soins. Selon Mr JP. Dumond, cette mutualisation s'impose comme un levier stratégique essentiel, permettant d'optimiser les effectifs, d'accroître la polyvalence des équipes et de renforcer la qualité de la prise en charge tout en améliorant l'attractivité des services.

Dès la validation du projet, un PLAN EMPLOI (ANNEXE 8) détaillé est élaboré pour :

- Identifier les besoins en effectifs pour chaque service.
- Organiser la répartition et la mutualisation des équipes.
- Harmoniser les horaires entre les deux services réunis et faciliter le planning.
- Clarifier les responsabilités et les rôles de chacun dans la nouvelle organisation.

Les ressources présentes à la porte 14 souhaitent suivre leur unité à la porte 1, ce qui a facilité la transition. Ce plan rigoureux permet d'assurer une gestion optimale des ressources humaines, tout en maintenant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Également, cette démarche collective a permis de :

- Maintenir la cohésion et la dynamique de groupe
- Limiter les risques de perte de repères ou désorganisations
- Favoriser l'adhésion au nouveau projet

Pour répondre à leur complète satisfaction, nous avons harmoniser les pratiques et procédures, comme elles l'ont souhaité. Cette partie est traité dans [3.4.6 La gestion documentaire].

Cette démarche a permis d'offrir aux professionnel un référentiel commun, facilitant la polyvalence et la mobilité interne entre tous les services d'HGE.

3.5.3 La gestion des ressources matérielles

La gestion efficace des ressources matérielles est également importante dans la réussite du projet. Elle vise à garantir la continuité des soins, à optimiser les moyens disponibles et à limiter les perturbations lors de la transition.

- Identifier un référent des ressources matérielles : Deux IDE des services UMAT et HDS.
- Réaliser un inventaire des équipements existants : dispositifs médicaux, mobilier, équipements informatiques et de communication, stocks de consommables et médicaments. Cet inventaire permet de réajuster les doublons, les sous-utilisés et les indispensables...
- Identifier des besoins spécifiques liés à la nouvelle organisation : équipements adaptés aux nouveaux locaux, anticipation des besoins supplémentaires liés au service ou aux demandes des équipes, formations efficaces du personnel...
- Planifier des transferts et des acquisitions nécessaires : Transfert, commandes, installation et validation du bon fonctionnement.
- Anticiper la coordination logistique : organisation des transferts, traçabilité et communication régulière.

3.5.4 La gestion financière et budgétaire

La maîtrise des dépenses constitue un enjeu fondamental pour la réussite de la réunification UMAT et HDS. Il est essentiel d'assurer la viabilité économique du projet, d'anticiper les besoins et garantir la transparence auprès de l'ensemble des parties prenantes. Devant le contexte budgétaire actuel, la Direction Générale a fixé comme exigence de limiter strictement les travaux à engager. Cela impose pour tous, une forte capacité d'adaptation.

L'approbation du projet repose donc sur l'élaboration d'un budget prévisionnel détaillé couvrant l'ensemble des étapes et des besoins du projet. Ce budget recense donc :

- Travaux du poste de soins d'ORL CMF, incluant un scope central relié à 4 chambres.
- Travaux d'aménagement liés aux rénovations des bureaux d'orthopédie.
- Travaux d'aménagement liés à la réorganisation de bureaux en box IPA HGE.
- Acquisition d'équipements : Achats ou renouvellements de dispositifs médicaux, mobiliers, matériel informatique et logistique.

Pour chaque poste de dépense, une estimation précise est réalisée, permettant de prioriser les investissements et de respecter les contraintes budgétaires fixées par la Direction Générale.

3.5.5 La gestion des systèmes d'information

L'évolution des organisations hospitalières comme la réunification des services HDS et UMAT nécessite une adaptation fine des systèmes d'information et des outils informatiques. Pour garantir la continuité des soins, des activités médicales et administratives, cette transition doit impérativement adapter les fichiers structures. Ils définissent l'ensembles des unités fonctionnelles, des lits, des secteurs d'activités et des circuits patients. Chaque patient, professionnel ou équipement est rattaché à une entité organisationnelle qu'il faut adapter pour refléter la nouvelle organisation. Plusieurs étapes sont réalisées :

- Mise à jour des fichiers structures des services
- Paramétrages des logiciels métiers, pour reconfigurer les applications de gestion du dossier patient informatisé.
- Suivi de l'interopérabilité et de la sécurité des données
- Suivi et ajustement

3.5.6 La gestion documentaire

La gestion documentaire, dans le cadre d'une réunification des services d'UMAT et d'HDS en HGE, s'étend sur deux aspects : auprès des professionnels et auprès des patients.

Elle inclut la conception, la mise à jour et la diffusion des documents spécifiques à destination des professionnels et des patients, afin de garantir une transition efficace, essentiels à la qualité de l'accueil, à la sécurité et au respect des droits des patients.

Pour l'harmonisation des protocoles et des pratiques du service :

- Identifier un responsable : L'IDE référente d'HGE
- Gérer l'harmonisation des procédures et des protocoles de soins, en collaboration et co-construction avec les équipes PNM et PM.
- Dater et valider les documents par les équipes PNM et PM.
- Centraliser sur la Plateforme documentaire numérique accessible à tous les professionnels.

Lors de la mise à jour des protocoles et des pratiques, **la gestion de la qualité et la sécurité des soins** est déployée et adaptée à la nouvelle organisation. Une autre dimension qui doit être traitée pour garantir le succès global du projet.

Pour l'élaboration et diffusion des documents à destination des patients :

- Identifier un référent : L'AM du service d'HGE
- Lister les documents nécessaires à la destination des patients : livret d'accueil, dossier patient, fiches explicatives avec en tête HDS/ UMAT, tels que CRO, CRH, prescriptions, ordonnances, supports d'information, ...
- Gérer les nouveaux documents en collaboration et co-construction avec des volontaires PM et PNM d'HGE.
- Dater et valider les documents par les équipes PNM et PM.

En parallèle, les équipes sont formées à l'utilisation des nouveaux documents et informées des évolutions par des réunions, note interne ou par email professionnel. Les documents sont adaptés en fonction des besoins spécifiques. (UMAT, HDS, HC...)

3.5.7 La gestion de la communication avec les partenaires et les usagers

La réunification des services ne repose pas uniquement sur la communication interne vue précédemment auprès des équipes [[3.3.4 La communication et conduite de changement](#) - [3.3.7 L'accompagnement des équipes](#)]. Elle doit également tenir compte des relations établies avec l'ensemble des partenaires et des usagers. Pour garantir la fluidité des parcours et la continuité des soins, une vaste communication est envisagée. Elle doit être claire et anticipée, par le biais de supports adaptés et d'un accompagnement personnalisé si nécessaire, pour une collaboration efficace.

Pour les services hospitaliers internes :

- Concertation régulière avec les services directement impactés par la réorganisation : Accueil central, urgences, blocs endoscopiques, imagerie, oncologie, chirurgie digestive, laboratoire, brancardiers, pharmacie, etc... afin d'anticiper les difficultés.
- Large communication pour partager les nouvelles transformations : Emails professionnels, écran de veille des ordinateurs, signalétique, visite guidée...

Pour les partenaires externes :

- Ambulanciers et prestataires de soins : réunification des services, modification lieux, des accès, des circuits ou des horaires.
- Patients et accompagnants : Communication claire et anticipée concernant les changements à venir : circuits, accueil, horaires, parcours de soins...
Mise à disposition de brochures d'information, flyers, livret d'accueil mis à jour avec QR code.

- Autres établissements de santé partenaires : Transmission d'informations relatives à la nouvelle organisation.

En résumé, la gestion de projet hospitalière réussie intègre une vision globale, couvrant non seulement les aspects organisationnels, humains et matériels, mais aussi la gestion des espaces, des finances, de la communication, de la qualité, des systèmes informatiques, des relations des usagers. Chacun de ces axes doit faire l'objet d'un suivi et d'un ajustement pour la pérennité du projet.

3.6 LA PHASE DE SUIVI ET D'EVALUATION

La phase d'évaluation et d'ajustements constitue une étape finale dans le processus de réunification des services à ne pas négliger. Elle permet de garantir que les objectifs fixés soient atteints, à identifier d'éventuels écarts, et à mettre en place des mesures correctives pour assurer la pérennité et l'efficacité du projet.

3.6.1 Mise en place des indicateurs de suivi et tableaux de bords

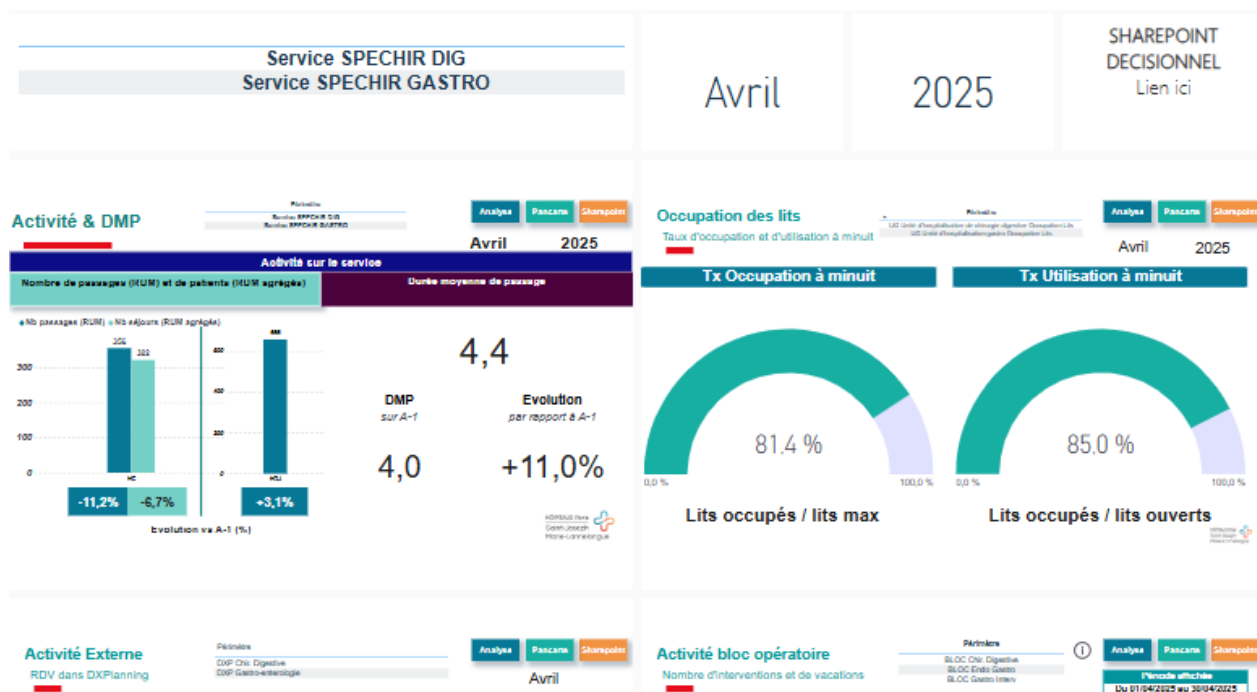
L'équipe projet définit une série d'indicateurs de performance spécifiques au projet. Ces indicateurs permettent de mesurer ainsi de manière objective l'évolution du projet et d'identifier les points de vigilance rapidement.

Pour collecter et analyser ces données, un dispositif automatique de collectes régulières est mis en place, impliquant l'ensemble de l'équipe projet. Ces résultats sont analysés mensuellement, pour détecter les dysfonctionnements éventuels, et anticiper les réajustements à prévoir.

L'équipe projet choisit plusieurs indicateurs clés de suivis :

- Indicateurs d'activités :
 - Nombre de patients pris en charge
 - Taux d'occupations des lits et fauteuils
 - Durée moyenne de séjours
 - Délai moyen de prise en charge
 - Nombres d'actes médicaux et soins réalisés
 - Flux interservices (UMAT/HDS/HC)
- Indicateurs de suivi RH :
 - Taux d'absentéisme et turn over
 - Adéquation effectifs/activité.
 - Nombre d'heures supplémentaires
 - Satisfaction des équipes
 - Participation ou absentéisme aux formations, réunions du service
- Indicateurs de satisfaction :
 - Satisfaction des patients et usagers
 - Satisfaction des professionnelles
 - Satisfaction des partenaires
 - Nombre de retours positifs et négatifs
- Indicateurs de qualité et sécurité :
 - Nombre d'événements indésirables
 - Respect des protocoles et pratiques
 - Taux d'infections nosocomiales
 - Audits de conformité

Les indicateurs de suivis seront regroupés dans un tableau de bord, mis à jour mensuellement, accessible à l'équipe projet et partagé avec les professionnels impliqués lors des réunions de service, favorisant une communication transparente, l'adhésion et l'engagement de tous.



Aussi, l'évaluation ne se limite pas à une analyse des données chiffrées, elle intègre également les retours et ressentis des équipes professionnelles et des usagers impliqués dans la réunification. Des temps d'échange et de feedback sont organisés pour recueillir les suggestions, difficultés et propositions d'amélioration. Cette démarche participative intègre et poursuit l'implication des équipes et des patients, pour faire émerger des solutions adaptées au terrain.

L'analyse croisée des données quantitatives et qualitatives offre une vision globale et nuancée de la situation.

En intégrant ces éléments, cette phase de suivi et d'évaluation est robuste, dynamique et tournée vers une amélioration continue durable. Elle favorise l'appropriation par les équipes, la réactivité face aux imprévus et l'atteinte durable des objectifs de qualité, d'efficacité et de satisfaction des patients et des professionnels.

Sur la base des résultats de l'évaluation et dans un processus continu, l'équipe projet élabore un plan d'action pour corriger les écarts constatés et optimiser le fonctionnement du nouveau service unifié. Un calendrier de mise en œuvre est défini, avec un suivi mensuel des indicateurs et des ajustements, ainsi qu'une communication des résultats pour valoriser les réussites.

En somme, cette structuration méthodologique du projet garantit une approche rigoureuse, adaptée au contexte hospitalier et conforme aux standards actuels de la gestion de projet. Elle favorise l'alignement des parties prenantes, la maîtrise des risques, l'efficacité des ressources et l'atteinte des objectifs de transformation organisationnelle.

4 ANALYSE RETROSPECTIVE

La conduite de projet de réunification des services UMAT et HDS HGE a permis de nombreuses avancées grâce à une collaboration étroite avec l'équipe projet. Cependant, si l'opportunité se représentait de mener à nouveau ce type de projets, plusieurs axes d'amélioration pourraient être envisagés pour renforcer l'efficacité et la qualité de la démarche.

En premier lieu, il serait pertinent d'optimiser la formation et l'accompagnement du personnel en gestion de projet organisationnel, notamment pour améliorer la rigueur des supports de présentation (PPT), et l'oral face à la Direction Générale.

Malgré une communication globalement efficace, des difficultés ponctuelles ont été rencontrées. Il serait d'emblée bénéfique de connaître les disponibilités et l'implication réelles de l'équipe projet, pour ne pas être en difficulté.

Aussi, j'aurais dû instaurer dès le début du projet des réunions formelles et régulières pour assurer un suivi optimal.

Enfin, la pression liée à un emploi du temps chargé, entre le travail, le MOS 2 et mon rôle familial, a parfois rendu la participation active au projet difficile. J'aurais dû anticiper davantage de temps pour élaborer le projet.

CONCLUSION

Le projet de réunification des services UMAT et HDS en hépato- gastro-entérologie s'inscrit pleinement dans la dynamique d'innovation et d'amélioration continue portée par le Groupe HPSJ & HML. Face aux enjeux majeurs de santé, ce programme d'amélioration des organisations permet d'offrir une réponse structurée, pérenne et adaptée aux besoins des patients comme des professionnels de santé.

La méthodologie utilisée, fondée sur une analyse rigoureuse des besoins, une implication forte des équipes et la mise en place d'indicateurs de suivis pertinents a permis de conduire ce projet dans une logique participative et évolutive. L'accent mis sur la transversalité, la fluidification des parcours et la cohésion des équipes a favorisé l'émergence d'un service unifié, plus efficace, capable de garantir une prise en charge de qualité tout en optimisant les ressources.

L'évaluation régulière et l'ajustement continu des pratiques, grâce à des outils de pilotage performants et à l'écoute active des parties prenantes, constituent les garants de la réussite et de la pérennité de cette transformation. Les premiers résultats témoignent déjà d'une performance opérationnelle, d'une meilleure satisfaction des patients et d'un engagement renforcé des professionnels.

Ce projet managérial, au-delà des bénéfices immédiats, pose les bases d'une culture commune d'innovation, d'agilité et de qualité, essentielles pour relever les défis futurs du secteur hospitalier. Il démontre la capacité du Groupe HPSJ & HML à anticiper les évolutions, à mobiliser l'intelligence collective et à placer le patient au cœur de ses préoccupations.

Cette expérience constitue un modèle inspirant et reproductible pour d'autres services ou établissements confrontés à des enjeux similaires d'optimisation et de transformations organisationnelle. Les politiques publiques doivent soutenir ces dynamiques par des cadres réglementaires clairs, des dispositifs d'accompagnement financier et des outils méthodologiques pertinents.

En tant que cadre du service d'hépatogastro-entérologie et chirurgie digestive, élaborer et mettre en œuvre ce projet, a constitué une véritable opportunité et m'a permis de développer mes compétences de gestion de projets. J'ai pu mobiliser les nombreux enseignements acquis durant ma formation MOS 1 et 2, en lien avec l'innovation et la démarche projet.

Grace à une posture managériale plus affirmée de leadership, j'accompagne efficacement le changement, j'encourage l'autonomie et je contribue activement au développement professionnel des collaborateurs. Cela permet également d'optimiser l'organisation du service, au bénéfice du patient et des professionnels.

En définitive, la réunification des services UMAT et HDS HGE représente une avancée majeure, au service de la qualité des soins, de l'efficacité organisationnelle et de la satisfaction de l'ensemble des acteurs, consolidant la réputation et la position du service HGE et du Groupe HPSJ & HML.

BIBLIOGRAPHIE

Autissier David et Moutot Jean-Michel. Pratiques de la conduite du changement: comment passer du discours à l'action. Stratégies et management. Paris: Dunod, 2003.

Béjean Mathias, Gauthier Stéphane, Leterrier Constance, et Cesano Matthieu. Adoptez l'esprit Proofmaking: dépassez l'incertitude, innovez et propulsez vos projets. Paris: Pearson, 2022.

Carmeli, Abraham, et Jody Hoffer Gittel. « High-Quality Relationships, Psychological Safety, and Learning from Failures in Work Organizations ». *Journal of Organizational Behavior* 30, no 6 (2009): 709-29. <https://doi.org/10.1002/job.565>.

« Chiffres clés de la santé en Ile-de-France », 9 août 2024. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chiffres-cles-de-la-sante-en-ile-de-france>.

« Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le 26 avril 2025. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/.

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, 2018-629 § (2018).

DGOS_Michel.C, DGOS_Marie.R, DGOS_Michel.C, et DGOS_Marie.R. « Feuille de route de la sécurité des patients et des résidents 2023-2025 ». Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Consulté le 2 mai 2025. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-securite-et-pertinence-des-soins/securite-des-prises-en-charge/securite-des-soins-et-des-patients/article/feuille-de-route-de-la-securite-des-patients-et-des-residents-2023-2025>.

Dumond, Jean-Paul. « dans les organisations de santé : concepts et usages », s. d.

« ECUE 6.4 L'utilisateur et le système. M.L. MOURRE Master Management des établissements de santé 1 et 2, Université Paris-Est Créteil. », s. d.

Haute Autorité de Santé. « Comprendre les indicateurs ». Consulté le 9 mai 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs.

Haute Autorité de Santé. « Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé ». Consulté le 9 mai 2025. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395825/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante.

Jancourt, Daniel, et Michel Simart. « Le management par projets. Un défi pour les établissements de santé ». In *Performance et innovation dans les établissements de santé*, 167-84. Guides Santé Social. Paris: Dunod, 2015. <https://doi.org/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0167>.

Kane, Robert L., Matthew MacIejewski, et Michael Finch. « The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes ». *Medical Care* 35, no 7 (1997): 714-30.

Kotter, John P. « Leading Change: A Conversation with John P. Kotter ». *Strategy & Leadership* 25, no 1 (1997): 18-23. <https://doi.org/10.1108/eb054576>.

Lamarche, Paul A., Lara Maillet, et Pierre Joubert. *Les organisations de santé vues sous l'angle de la complexité*. Presses de l'Université Laval, 2024. <https://univ.scholarvox.com/book/88955167>.

———. *Les organisations de santé vues sous l'angle de la complexité*. 1re éd. Québec City: Presses de l'Université Laval, 2024.

« L'amélioration Continue : Méthode Pdca Selon Deming - Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC) », s. d. Consulté le 26 janvier 2025.

« Le Projet régional de santé 2023-2028 », 13 février 2025.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028>.

« Les éléments de la “performance” hospitalière », 1999.

« Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». Consulté le 3 février 2025. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>.

Machado, Tony. « Chapitre VII. L'épuisement professionnel ou burnout ». In *La prévention des risques psychosociaux : Concepts et méthodologies d'intervention*, 147-58. Psychologies. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2015. <https://doi.org/10.4000/books.pur.61715>.

Marchat Hugues. *Kit de conduite de projet*. 2e éd. Paris: Éd. d'Organisation, 2003.

Marchat Hugues ingénieur analyste. *Le kit du chef de projet: une méthode et des outils opérationnels pour réussir tous vos projets*. 7e édition. Gestion de projet. Paris: Eyrolles, 2023.

Maslach, Christina, et Michael P. Leiter. « Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry ». *World Psychiatry* 15, no 2 (2016): 103-11.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>.

Médicale, MACSF Prévention. « 8 Recommandations pour la Résilience en Santé ». [prevention-medicale.org](https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/recommandations-pour-augmenter-resilience-travail-sante). Consulté le 9 mai 2025. <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/recommandations-pour-augmenter-resilience-travail-sante>.

« Méthode de conduite du changement / David Autissier, Jean-Michel Moutot — MonaLira ». Consulté le 10 mai 2025. <https://www.monalira.org/biblio/livre?biblionumber=30515>.

Mougin Yvon. La qualité 2015, c'est facile !: comprendre les évolutions de la norme AFNOR NF EN ISO 9001. La Plaine Saint-Denis: AFNOR, 2015.

« Nous soignons et innovons 365 jours par an ». Consulté le 22 février 2025. <https://www.aphp.fr/>.

« Objectifs de développement durable (ODD) ». Consulté le 26 avril 2025. <https://www.oecd.org/fr/themes/objectifs-de-developpement-durable-odd.html>.

ORS, Observatoire Régional de la Santé-. « La santé des Franciliens ». ORS. Consulté le 20 février 2025. <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/la-sante-des-franciliens-2/>.

« Projections démographiques en Île-de-France à horizon 2070 : vieillissante, la région resterait la plus jeune de France métropolitaine - Insee Flash Ile-de-France - 72 ». Consulté le 3 février 2025. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6666275#consulter>.

« qvt_fiche_outil_boussole.pdf ». Consulté le 9 mai 2025. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/qvt_fiche_outil_boussole.pdf.

« resah-editions_guide-qvt_vf.pdf ». Consulté le 9 mai 2025. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/resah-editions_guide-qvt_vf.pdf.

Sagan, Anna, Scott L Greer, Erin Webb, Martin McKee, Natasha Azzopardi Muscat, et Suszy Lessof. « RENFORCER LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ », 2022.

« series_briefing-1_june_17-french.pdf ». Consulté le 9 mai 2025. https://rebuildconsortium.com/media/1670/series_briefing-1_june_17-french.pdf.

« Texte de base : Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle - Légifrance ». Consulté le 9 mai 2025. https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000028216997/.

Xavier Marchand. « ECUE 7.1 Le management des RH dans les établissements de soins : vers un changement de paradigme », s. d.

Yameogo, Aristide Relwendé, Georges Rosario Christian Millogo, Arlette Flore Palm, Joel Bamouni, Germain Dakaboué Mandi, Jonas Koudougou Kologo, André Koudnoaga Samadoulougou, et Patrice Zabsonre. « Évaluation de la satisfaction des patients dans le service de cardiologie du CHU Yalgado Ouedraogo ». The Pan African Medical Journal 28 (27 novembre 2017): 267. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.267.13288>.

TABLES DES ANNEXES

ANNEXE 1 : La Carte de Parcours du Patient en Hépatogastro-entérologie

ANNEXE 2 : Le dépistage du cancer colo rectal*

ANNEXE 3 : Le tableau de GANTT : PM HGE

ANNEXE 4 : « La carte d'identité » des établissements du Benchmark

ANNEXE 5 : Synthèse du Benchmark PM HGE

ANNEXE 6 : La lettre de missions du PM MOS 2

ANNEXE 7 : Analyse de situation : L'harmonisation des protocoles et des pratiques de soins

ANNEXE 8 : Plan Emploi PAO HGE

ANNEXE 1 : La Carte de Parcours du Patient

en Hépatogastro-entérologie

Bonjour,

Cette carte de parcours, que vous allez remplir, permet de visualiser l'expérience du patient à travers les différentes étapes de son parcours de soins en gastro-entérologie. En identifiant les points de contact et les émotions ressenties, les professionnels de santé peuvent mieux comprendre les besoins des patients et mettre en place des améliorations pour optimiser leur expérience et leur qualité de vie.

Étapes du parcours

1- Prise de conscience

- Action :
- Point de contact :
- Emotion :

2- Prise de rendez-vous

- Action :
- Point de contact :
- Émotion :

3- Consultation initiale

- Action :
- Point de contact :
- Émotion :

4- Examens complémentaires

- Action :
- Point de contact :
- Émotion :

5- Résultats et suivi

- Action :
- Point de contact :
- Émotion :

6- Traitement et suivi

- Action :
- Point de contact :
- Émotion :

Opportunités d'amélioration

- Améliorer

- Simplifier

- Soutenir :

- Proposer :

- Fournir :

Merci de votre coopération, L'équipe du service d'hépatogastro-entérologie

ANNEXE 2 : Le dépistage du cancer colo rectal*

REPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la Santé
Institut National du Cancer

LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

MON GUIDE PRATIQUE



"J'ai réalisé ce test chez moi, je ne pensais pas qu'il était aussi simple à faire."
Jean, 62 ans

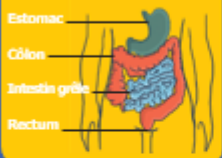
"J'ai été guérie grâce au traitement d'un polype dépisté avant son évolution en cancer."
Sandra, 55 ans

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination Régional

Assurance Maladie

JE M'INFORME

Où se situe le côlon ?



Estomac
Côlon
Intestin grêle
Rectum

Plus de **47 000** NOUVEAUX CAS par an

45 % d'hommes
55 % de femmes

2ème le plus meurtrier

Plus de **17 000** décès par an

- Le cancer colorectal, c'est quoi ?
Aussi appelé cancer de l'intestin, c'est la 2^e cause de décès par cancer en France. Il se développe lentement à l'intérieur du côlon ou du rectum, le plus souvent à partir de petites lésions appelées polypes.
- Ce cancer est l'un des plus fréquents : il touche 4 hommes sur 100 et 2 femmes sur 100, généralement après 50 ans.
- C'est pour cette raison que le test de dépistage est proposé aux personnes de 50 à 74 ans.
- Quels sont les symptômes ?
Consultez votre médecin si des douleurs abdominales ou des troubles du transit inhabituels et persistants apparaissent ou en cas de présence de sang dans les selles.
- Le dépistage, à quoi ça sert ?
À repérer un polype avant qu'il n'évolue en cancer.
À détecter un cancer à un stade très précoce pour augmenter les chances de guérison.
En effet, détecté tôt, un cancer colorectal se guérit 9 fois sur 10.
- Le dépistage, comment ça fonctionne ?
En grossissant, certains polypes saignent. Le dépistage consiste à repérer, dans les selles, des traces de sang qui ne sont pas visibles à l'œil nu.

LES ÉTAPES QUE JE DOIS SUIVRE

- Je commande le test sur le site monkit.dépistage-colorectal.fr**
après m'être identifié via France Connect.
- Je retire le test auprès de mon médecin ou de mon pharmacien**
Le test vous sera remis sur présentation de votre lettre d'invitation par votre médecin à l'occasion d'une consultation ou par votre pharmacien.
- Quel que soit votre choix, avant la remise du test, des questions vous seront posées sur vos antécédents personnels et familiaux afin de déterminer si ce test vous concerne.**
- Je fais le test chez moi**
Ce test est fiable, simple et rapide. Il est à faire chez vous. Il permet de prélever de manière très hygiénique un échantillon de vos selles.
- Je renvoie mon test gratuitement**
- Je reçois un lien par SMS pour consulter mon résultat.** Si vous n'avez pas communiqué de numéro de téléphone portable, votre résultat vous sera envoyé par courrier. Votre médecin reçoit également votre résultat.
Dans 96 % des cas, le test ne révèle rien d'anormal.
Dans 4 % des cas, le test détecte du sang dans vos selles.
Cela ne signifie pas que vous avez un cancer. Votre médecin vous adressera à un gastro-entérologue afin qu'il réalise une coloscopie. Dans plus de la moitié des cas, malgré la présence de sang, la coloscopie ne décode aucune anomalie. Pour en savoir plus sur la coloscopie, rendez-vous sur e-cancer.fr.

INFOS CLÉS

- Fiable**
- Simple et rapide**
Seules quelques minutes sont nécessaires pour réaliser ce test.
- Le test et son analyse sont pris en charge à 100 % par votre régime d'assurance maladie**
- Recommandé tous les 2 ans, pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans, sans symptômes, ni antécédents**
- À faire chez vous**

UN TEST SIMPLE ET RAPIDE QUI PEUT VOUS SAUVER LA VIE.

Chaque année, en France, plus de 2,5 millions de personnes se font dépister. Et vous ?

Pour en savoir plus, parlez-en avec votre médecin ou votre pharmacien ou rendez-vous sur e-cancer.fr



PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

*Source : Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles ; sante.gouv.fr

ANNEXE 3 : Le tableau de GANTT : PM HGE

Le PAO d'hépatogastro-entérologie GHPSJ										
Coordonnées: Mr MOREAU, Directeur général de GHPSJ		Date de début: 26/06/2024								
Chef de projet: Elodie BENAÏDIA										
Equipes: Julie VALETTE, Sandie BROCHON, Olivier MARTY, Damien LEVOIR, Ombeline DORYAL, Christine BERTHELIER, Marie KENESI, Nathalie DU JARDIN, Guille AREVALO, Othmane MOUREU.										
Tâches		Proportion	Date de début	Date de fin						
Définition des objectifs										
1	Identifier les objectifs	100%	26/06/2024	10/07/2024						
2	Nommer les parties prenantes	100%	01/07/2024	15/07/2024						
3	Impliquer les parties prenantes	100%	03/07/2024	17/07/2024						
4										
5	Réunion équipes: Tous									
6	Réunion équipes: Omb, Damien									
7										
Collecte des données										
8										
9	Rassembler les données qualitatives et quantitatives	50%	24/07/2024	23/11/2024						
10	Utiliser des données de gestion	60%	09/09/2024	01/01/2025						
11										
Analyse de la capacité actuelle										
12	Fiche emplois	100%	24/07/2024	20/09/2024						
13	Grille d'analyse	30%	24/07/2024	21/09/2024						
14	Fiche signalétique	100%	24/07/2024	22/09/2024						
15	Tableaux d'activités	60%								
16	Identifier les points d'engorgement...									
17										
18	Réunion équipes: Omb, Damien		10/09/2024							
19	Réunion équipes: Tous									
20	Réunion équipes: Julie, Sandie									
Évaluation des besoins actuels et futurs: PAO 1										
21	Analyser les tendances démographiques et épidémiologiques	50%	23/09/2024	18/12/2024						
22	Les évolutions technologiques et médicales	60%	01/03/2024	18/12/2025						
23										
24										
25										
26	Réunions équipes: Gaelle, Nath									
27	Réunions équipes: Nath									
28	Réunions équipes: Julie, Sandie		25/09/2024							
29			25/09/2024							
Identifier les leviers d'optimisation: PAO 2										
30	Proposer des solutions ou hypothèses	90%	23/09/2024	25/11/2024						
31	Évaluer la possibilité de ...	90%	23/09/2024	15/12/2024						
32										
33										
34										
35										
36	Réunions équipes:									
37	Réunions équipes:									
38										
Mise en œuvre des actions: PAO 3										
39	Présentation du PAO 3 au DG	0%	13/01/2025							
40	Elaborer un plan d'action détaillé	0%	13/01/2025	13/02/2025						
41	Communiquer le plan aux équipes	0%	13/01/2025	13/02/2025						
42										
43	Réunions équipes:									
44	Réunions équipes:									
45										
Suivi et évaluation										
46	Mettre en place des indicateurs de performance	0%	01/03/2025	01/04/2025						
47	Réaliser des évaluations régulières	0%	01/03/2025	01/04/2025						
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										
61										
62										
63										
64										
65										
66										
67										
68										
69										
70										
71										
72										
73										
74										
75										
76										
77										
78										
79										
80										
81										
82										
83										
84										
85										
86										
87										
88										
89										
90										
91										
92										
93										
94										
95										
96										
97										
98										
99										
100										

ANNEXE 4 : « La carte d'identité » des établissements du Benchmark

Etablissements		HENRI MONDOR	GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH et MARIE LANNELONGUE
Informations générales*		AP- HP	ESPIC
	Région	IDF, PARIS (14 ème)	IDF, CRETEIL (94)
	Catégorie	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	ETABLISSEMENT PRIVE
	Typologie	MCO	MCO
	Spécialités		
Structure	Lits en médecine	486	411
	Lits en chirurgie	243	151
	Nb de salles d'intervention chirurgicale	18	24
	Nb de scanner	4	3
	Nb d'IRM	4	3
Activités	Actes endoscopiques	5 038	8991
	Actes chirurgicaux	10 639	21 443
	Nombre de RSA de médecine (HC)	22 896	27 719
	Nombre de RSA en chirurgie (HC)	9420	10 933
	Nombre de RAS de médecine (ambulatoire)	13 910	21 286
	Nombre de RAS de chirurgie (ambulatoire)	2264	12 066
Indicateurs Certification 2017	Certification globale	A	A
	Management de la qualité des risques	A	A
	Thème « droits des patients »	A	A
	Thème « parcours des patients »	A	A
	Thème « dossier patients »	A	A
	Thème « urgences »	A	A
Ressources	ETP médicaux	660, 41	360,67
	ETP services de soins	3047,42	1467,30
	ETP direction et administratifs	583,58	379,76

*Source HospiDiag : données de 2022.

ANNEXE 5 : Synthèse du Benchmark PM HGE

La date : Le 10 /02 : 2025 à 10h00

Les participants :

- CDS des services visités
- Equipe paramédicale des services visités : IDE, AS, ASH
- Equipe AMA des services visités HDJ, HDS et HC
- La cheffe de projet

Comment :

1/ présentation auprès de la CDS, du but du benchmarking en rapport avec mon projet managérial

2/ discussion avec CDS

3 / visite des services et discussion avec les membres de l'équipe +++, patients si possible

4/ + tard : un temps pour synthétiser la visite

1. Définir les Objectifs du Benchmarking

- Identifier les aspects spécifiques que je souhaite améliorer
 - Efficacité des programmations,
 - Qualité et sécurité des soins,
 - Satisfaction des patients
 - Satisfaction des soignants
 - Prise en charge et protocoles homogènes dans chaque service
 - Efficacité des gestionnaires de lits : logiciel ou papier, autre personne, processus de gestion avec les CDS ou autres...
 - Déterminer les résultats attendus du benchmarking.
- Eclairage sur les améliorations possibles (citées ci-dessus) et mise en évidence d'imperfections dans nos futurs services

2. Sélectionner les Indicateurs de Performance

Les indicateurs pertinents choisis pour mesurer la performance des services HC, HDS et HDJ. Cela peut inclure :

☐	Taux de réadmission
☐	Taux de remplissage
☐	Durée moyenne de séjour
☐	Satisfaction des patients : Lettre et Esatis
☐	Satisfaction des soignants : Baromètre
☐	Coûts par patient
☐	Taux d'occupation des lits
☐	CA excédentaire ou déficitaire

3. Identifier les Services de Référence qui ont des caractéristiques démographiques, géographiques ou de taille similaire :

Benchmarking réalisé
à l'Hôpital Henri Mondor, à Créteil (94000),
Services d'endocrinologie et diabétologie : HC, HDS, HDJ regroupés sur un même étage,
Sous la gouvernance de 2 CDS.
AP-HP / ESPIC GHPSJ et HML
Circulation et transports : Banlieue Sud Parisienne (caractéristiques géographiques similaires)
Dernière visite certification HAS : Septembre 2023

Les patients adressés :

Age des patients : Tous. De plus en plus jeunes en Diabétologie = MICI en HGE

Parcours des patients :

Programmés ++

Bassin d'adressage :

Hôpitaux aux alentours : CHIC, Villeneuve St Georges, Melun, Montroux, Provins/ Sens
médecin tt, consultations
Urgences +
Doctolib : NON

Programmations :

ORBIS,
AGATHE (gestion des lits à instant T)
Pas de vision du bloc
Fusion des métiers secrétaires prog, cs et hospitalisation

Consultations :

8 BOX : 2 médecins/ jour
1 Cs = 20 min

Délai d'attente rdv cs: 3 semaines
1ere fois par l'IDEC

HDS :

Programmation Education insulino ARS : sport, diet, glycémie, psy, calculs de tt, éducation, repas entre patients, mercredi soir libre
Avec : ide, medecin, diet, psy
Délai d'attente hospitalisation :
3 à 4 entrées/jour
+/- Urgence
Environ 1 mois

HDJ : unité fonctionnelle diab et endocrino

Modalités d'admissions directes : +/-

Mutualisées avec la médecine interne pour les entrées (8 à 9 / jours) et fermetures de l'HDS

Services d'hospitalisation :**HC :**

Nbre de lits : 13 lits
DMS : 10 jours
Taux d'occupations : 95%
PNM

HDS

Nbre de lits : 7 lits
DMS : 3 à 5 jours
Lundi 7h- vendredi 12h
Taux d'occupations 95%

HDJ

Nbre: 6 lits + 1 fauteuil
Passage / jour
DMS en heures dépendant +
Taux d'occupations

Ressources PNM :

En 3 * 8h

HC : IDE 2 matin- 2 AM- 1 nuit
AS : 2 matin- 2 AM - 1 nuit
HDS : IDE 1 matin- 1 AM – 1 nuit
AS : 1 matin- 1 AM- 1 nuit

En 7h30-18h00

HDJ : IDE : 2 / 2 cs

Unité mobile : 1 IDE de 9h00 à 17h00

ETP Patients et famille

Demande de programmation en hospitalisation

Protocoles de coopération

Dr ttt et IDE : Correspondance++

4. Collecter des Données :

Visite sur le site :

Première visite (d'un point de vue extérieur à l'hôpital)

Absence de signalétique des lieux : Accueil, HDJ, HDS, HC

Poste de soins exigu, non visible

Affichages d'informations +++

Prise de rendez-vous

- Point de contact : Appel téléphonique au secrétariat de consultation, programmation et référente de l'unité

- Émotion Patient : Soulagement d'obtenir la même personne. (2 AM supervisent la programmation et l'administratif des services)

Consultation initiale

- Point de contact : Accueil de l'hôpital, salle d'attente, consultation avec le médecin désigné ou IDEC si 1ère cs.

- Émotion : Nervosité, espoir d'obtenir des réponses, personnel souriant et accueillant.

Examens complémentaires

- Action : Bilan sanguin, échographie, scanner, endoscopie, hospitalisation programmée....

- Point de contact : Prise de rendez-vous pour les examens auprès de la secrétaire de programmation, post consultation : Réalisation des examens au sein de l'établissement.

- Émotion : Inquiétude concernant la localisation (Transport avec brancardier si hospitalisé), les résultats, anticipation.

Résultats et suivi

- Action : Le patient reçoit les résultats des examens lors d'une nouvelle consultation, au décours d'une HDJ, HDS ou durant son hospitalisation.

- Point de contact : Consultation avec le médecin pour discuter des résultats et des options de traitement envisagées.

- Émotion : Soulagement ou inquiétude selon les résultats, beaucoup d'informations à assimiler, besoin de clarté sur les prochaines étapes.

Traitement et suivi

- Action : Le patient commence le traitement (médicaments, changements de régime alimentaire). Il peut être hospitalisé dans les services qui correspondent à ses besoins : HC, HDS, HDJ

- Point de contact : Suivi régulier avec le médecin, consultations de contrôle, réhospitalisations programmées par la même AM.

IDEC et ETP +++

- Émotion : Espoir d'amélioration, inquiétude, confiance, engagement dans le traitement.

5. Analyser les Données

- Comparer les performances de nos services avec celles des services de référence.

- Cf tableau dans PM

- Identifier les meilleures pratiques et les domaines d'amélioration.

- Coordination : 2 AM gèrent la totalité de la gestion des flux.
Hospitalisation, bilan sanguin, examen, chir vasculaire ...
Pas de multiples intervenants +++/ Staff tous les jours
- Même gouvernance : 2 CDS complémentaires
- Même lieu : Tous sur le même étage
- Protocoles et pratiques harmonisés
- Protocole de « coopération » : AM, IDE, IPA ++

6. Évaluer les Résultats

- Analyser les écarts de performance pour comprendre pourquoi certains services réussissent mieux que d'autres.

- Même unité soudée dans le même lieu

- Lien collaboratif et pluridisciplinaire
- Protocoles et pratiques homogènes
- Attractivité et Fidélisation des ressources
- Equité et Bienveillance organisationnelles

- Évaluer les facteurs contextuels qui peuvent influencer les résultats

Ressources : RH : + de personnel, Fo et travaux groupes inclus dans les plans emploi

Culture organisationnelle : implication du personnel ++

- Travaux de groupes / mois : Réalisation/ Suivi /Evaluation
 - 0 papier
 - Période d'intégration IDE, élèves, externes
 - Prise de paroles Ecoresponsable

= Prime d'engagement PNM : 600 euros si réussi, 250 euros si ½.../AN

Temps, Communication et Organisation qui permettent de faire adhérer aux changements,

Plan d'action choisis par les équipes elles-mêmes,

Des mécanismes de suivi sur des changements novateurs,

Suivi des performances du service connus et appris (« plus ils font, plus c'est facile, de pair en pair »)

Efficacité du service +++ : « Les PNM s'adaptent plus aisément car ils sont impliqués ; ils veulent que ça aboutissent favorablement ».

7. Développer un Plan d'Amélioration

- Sur la base des résultats du benchmarking, j'élaborer un plan d'action pour mettre en œuvre les meilleures pratiques identifiées.
- **RÉUNIFICATION DES SERVICES UMAT et HDS**
 - Harmonisation des protocoles et des pratiques, impliquer le PNM pour une meilleure adhésion et la mise en œuvre efficace des changements
 - Interrogation de la coordination et gestion de flux : AM secrétaires et programmatrices de leurs services

8. Mettre en Œuvre et Suivre les Changements

- Mettre en œuvre les améliorations proposées et suivre leur impact sur les performances du service.
- Établir des mécanismes de suivi pour évaluer l'efficacité des changements sur le long terme.

9. Réévaluer et Ajuster

- Effectuer des évaluations régulières pour mesurer l'impact des changements et ajuster les stratégies si nécessaire.
- Continuer à surveiller les performances par rapport aux services de référence pour s'assurer que les améliorations sont durables.

Conclusion :

Lors de ce Benchmark réalisé seule, il m'a fallu une attention régulière, une volonté d'adaptation +

Grand regret d'avoir un seul regard.

En apprenant des expériences d'autres établissements, cela m'a permis d'identifier des opportunités d'amélioration pour nos services HDS et HDJ regroupés.

Impliquer une équipe multidisciplinaire pour enrichir le processus et favoriser l'adhésion aux changements +.

ANNEXE 6 : La lettre de missions du PM MOS 2

Désignation du projet		De la consultation à la sortie de l'hôpital : Amélioration du parcours de soins
 Hôpital Paris Saint-Joseph	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	
en gastro-entérologie GHPSJ		
Commanditaire	Direction Générale du GHPSJ Groupe Hôpital Paris Saint Joseph et Marie Lannelongue	
Nom du responsable du projet	Elodie BENARBIA Cadre de santé en gastro entérologie et chirurgie digestive	
Missions du responsable de projet	L'objectif est de développer un Programme d'Amélioration des Organisations (PAO) en hépato-gastro-entérologie au sein du GHPSJ & HML. Ce programme vise à évaluer les capacités actuelles des services et à identifier les opportunités d'amélioration de l'entrée à la sortie des patients. En optimisant les processus organisationnels, nous souhaitons mieux répondre aux attentes et aux besoins des patients. <u>1. Définition des objectifs</u> - Identifier les objectifs spécifiques de l'analyse capacitaire (ex. : améliorer l'efficacité, réduire les délais d'attente, optimiser l'utilisation des ressources, améliorer les organisations des secrétariats). - Impliquer les parties prenantes (direction, personnel de la cellule de transformation, contrôleur de gestion, DSI, médecins, responsable programmation et consultations, cadre du bloc endoscopique, chef de projet) pour s'assurer que les objectifs sont alignés avec les besoins de l'organisation. <u>2. Collecte de données</u> - Rassembler des données quantitatives et qualitatives sur les activités de la spécialité (nombre de patients, adressage, modes d'entrées, types de prises en charges, temps d'attente, taux d'occupation des lits, DMS, multi séjours, taux d'occupation des blocs endoscopiques, codage, RUM, rapports financiers et recettes générées, type de sorties, etc.). - Utiliser des outils de gestion des données pour faciliter la collecte et l'analyse (logiciels de gestion hospitalière, tableaux de bord, pancarte institutionnelle, Power BI,...). <u>3. Analyse de la capacité actuelle</u> : Plan emploi et Fiche signalétique - Évaluer la capacité actuelle des ressources (personnel, équipements, infrastructures) en fonction des données collectées. - Identifier les goulets d'étranglement et les points de saturation dans le processus de soins. <u>4. Évaluation des besoins actuels et futurs</u> - Analyser les tendances démographiques et épidémiologiques pour anticiper	



Hôpital Paris
Saint-Joseph

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2024-2025



FACULTÉ
DE SANTÉ



les besoins futurs en matière de soins dans la spécialité.

- Prendre en compte les évolutions technologiques et les nouvelles pratiques médicales qui pourraient influencer la demande.

5. Identification des leviers d'optimisation

- Proposer des solutions ou des hypothèses pour améliorer l'efficacité opérationnelle (réorganisation des flux de patients bi sites, formation du personnel : mutualisation des secrétariats, amélioration des processus de programmation et de la gestion des lits, proposer une restructuration en une unité centrale).

- Évaluer la possibilité d'augmenter la capacité des blocs endoscopiques, (recrutement, acquisition de nouveaux équipements) ou de mieux utiliser les ressources existantes...

6. Mise en œuvre des actions

- Élaborer un plan d'action détaillé pour mettre en œuvre les solutions identifiées, en précisant les responsabilités, les délais et les ressources nécessaires.

- Communiquer le plan aux équipes concernées et assurer leur engagement.

7. Suivi et évaluation

- Mettre en place des indicateurs de performance pour suivre l'impact des actions mises en œuvre sur la capacité et l'efficacité des soins.

- Réaliser des évaluations régulières pour ajuster le plan en fonction des résultats obtenus et des retours d'expérience.

8. Amélioration continue

- Réévaluer périodiquement les objectifs et les processus pour s'assurer qu'ils restent pertinents et efficaces face aux évolutions du contexte de santé.

Agenda et temps dédiés :

PAO 1 : 23 septembre 2024

PAO 2 : 25 novembre 2024

PAO 3 : 13 janvier 2025

Présentation finale et validation de la Direction Générale

Ressources : Direction Générale, personnel de la cellule de transformation, contrôleur de gestion, DSI, médecins, responsable programmation et consultations, cadre du bloc endoscopique, chef de projet.

Logiciels : pack office et Teams pour les réunions en visio-conférence.

Locaux : bureaux et salles de réunions GHPSJ.

Moyens alloués



Hôpital Paris
Saint-Joseph

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2024-2025



FACULTÉ
DE SANTÉ



Modalités de
reporting

- Réunion d'étapes définies avec la direction : PAO 1 à 3
- Bilan étapes intermédiaires, en fonction des avancés avec l'équipe ou sous-groupes.
- Bilan étapes avec personnel de la cellule de transformation
- Bureau de pôle
- COFIL
- Tableau de bord défini (DMS, PMCT, RUM, programmé s, urgences, taux blocs)
- Indicateurs de Pilotage (Taux d'occupation des lits HC : Surcharge et HDS : sous utilisé e)
- Rapports financiers (Impact financier entre Jo : 1 nuit, ou Deux nuits...)
- Rapports performances (Taux d'occupation de l'HDS, du bloc)
- Rapports d'incidents (Annulation blocs ...)
- Rapports de conformité (Consultation anesthésie bi site)

Durée

Court terme :

Janvier 2025 : Validation de la Direction Générale

Moyen terme

1^{er} semestre 2025 : Mise en œuvre

(Tableau de Gantt défini : plan logistique, ressources matériel, d'informations ou de personnes, et de communication)

Références

Réglementaires :

Pour comprendre les évolutions du système de santé en France, les textes réglementaires peuvent être consultés.

1. Code de la santé publique

- Article L6111-1 et suivants : Ces articles définissent les principes généraux de l'organisation des soins et des établissements de santé, y compris les modalités d'hospitalisation.
- Article L162-22-6 : Cet article traite des conditions de prise en charge des actes de chirurgie ambulatoire par l'Assurance Maladie.
- Article L1110-1 : Cet article stipule que toute personne a le droit d'accéder à des soins de qualité et de bénéficier d'une information claire sur son état de santé.
- Article L162-1 : Cet article traite des conditions de prise en charge des soins par l'Assurance Maladie, ce qui est pertinent dans le contexte des difficultés financières rencontrées par les patients.
- Article L3131-1 : Cet article aborde la prévention et le dépistage des maladies, y compris les cancers, et souligne l'importance de la détection précoce.
- Article L1411-1 : Cet article évoque les missions de santé publique, y compris l'amélioration de l'accès aux soins et la lutte contre les inégalités de santé.

2. Décrets et Arrêtés

- Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 : Ce décret fixe les conditions de mise en œuvre de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé.
- Arrêté du 24 décembre 2015 : Cet arrêté précise les modalités de prise en charge des actes de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation de jour.



Hôpital Paris
Saint-Joseph

Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2024-2025



FACULTÉ
DE SATTCC

ESM

3. Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)

- Les lois de financement de la sécurité sociale, adoptées chaque année, incluent des dispositions relatives à l'organisation des soins, à la promotion des soins ambulatoires et à l'optimisation des ressources hospitalières.

4. Plan Santé 2022

- Ce plan, lancé par le gouvernement, vise à renforcer l'accès aux soins, à développer les soins ambulatoires et à améliorer l'efficacité du système de santé.

5. Rapports et recommandations

- Rapports de la Haute Autorité de Santé (HAS) : La HAS publie régulièrement des recommandations sur les pratiques de soins, y compris celles relatives à la chirurgie ambulatoire et à l'hospitalisation de jour.

- La SFAR publie des recommandations et des protocoles cliniques qui peuvent être utiles pour les praticiens dans le cadre de l'anesthésie et de la réanimation, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

6. Normes ISO . Les normes ISO relatives à la gestion de la qualité (comme l'ISO 9001) peuvent être appliquées pour structurer le PAO et garantir une approche systématique de l'amélioration continue.

7. Recommandations de sociétés savantes: Les lignes directrices émises par des sociétés savantes en hépatologie et gastro-entérologie, telles que la Société Française d'Hépatologie (SFH) ou la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie (SNFGE), qui fournissent des recommandations sur les pratiques cliniques et organisationnelles.

Date : 15/11/2024

Signature du commanditaire

Signature du responsable de projet

ANNEXE 7 : Analyse de situation : L'harmonisation des protocoles et des pratiques de soins

ECUE 7.1
Xavier MARCHAND

Elodie BENARBIA-
MOS 2024-2025

Q1. Choix d'une situation dans laquelle il y a un changement à mener :

Dans le cadre de la réunification des services d'hospitalisation de semaine (HDS) et d'hospitalisation de jour (HDJ) en hépato gastro entérologie (HGE), le changement à conduire vise **l'harmonisation des pratiques et procédures de soins**. Cette transformation est nécessaire car elle conditionne la cohérence des prises en charge, la continuité des parcours et l'efficacité collective, tout en favorisant l'émergence d'une culture professionnelle commune.

Cette transformation ne peut réussir qu'en intégrant pleinement la dimension humaine et un « alignement des planètes » pour garantir la dynamique collective.

Actuellement, ces deux services distincts fonctionnent sous des gouvernances séparées et sont localisés sur des pôles géographiques différents, entravant la communication, la circulation d'information et la cohérence des parcours patients. Je dois dépasser les logiques de cloisonnement pour élaborer, avec l'ensemble des professionnels, des protocoles et pratiques harmonisés, garants d'une prise en charge homogène et sécurisée, dans une future unité cohérente, efficace et apprenante. La réussite du projet repose sur la dynamique collective, une communication transparente et la valorisation des compétences individuelles, afin de susciter l'adhésion dans la transformation.

Q2. Quels professionnels sont concernés ?

L'harmonisation des pratiques et des protocoles de soins incluent :

- Les **équipes paramédicales** (IPA, IDE, AS), acteurs clés dans la conception, l'application et l'évaluation des nouveaux protocoles ainsi que l'accompagnement des patients.
- Les **équipes médicales**, impliquées dans l'élaboration, la validation et l'application des nouveaux protocoles. **Le chef de service**, responsable de l'impulsion des équipes médicales.
- **Les patients et associations**, directement impactés, dont leurs retours précieux sont importants à intégrer.
- **Les CDS**, qui assurent la coordination opérationnelle, accompagnent les équipes continuellement et veillent à la bonne circulation de l'information.

Cette organisation transversale, complémentaire et collaborative est indispensable pour garantir la cohérence, la sécurité et la qualité des soins dans la nouvelle unité fusionnée.

Q3 : Qu'est ce qui a déclenché la situation ?

L'initiative de réunification des services d'HDS et d'HDJ, et par conséquent l'impératif d'harmoniser les pratiques et les protocoles de soins, ont été initialement déclenchés par une demande émanant des équipes médicales, dans le cadre d'un projet institutionnel d'amélioration des organisations (PAO) des services d'HGE initié en 2024.

L'évaluation comparative des pratiques existantes a rapidement mis en évidence des variations notables dans les soins infirmiers et aides-soignants entre les deux services, attribuées à des directives d'encadrement distinctes pour chaque service : 2 cadres de santé (CDS) pour l'HDJ et l'HDS. Elles entraînaient des disparités dans la qualité et la sécurité des soins, nuisant à l'efficacité globale de la prise en charge des patients.

Cette démarche répondait également à un besoin des équipes médicales et paramédicales de fluidifier leur travail quotidien, de renforcer la cohérence des soins au sein de la future unité fusionnée, et de simplifier l'organisation globale. Ce besoin de rationalisation a agi comme un moteur puissant pour le changement.

Par la suite, le projet d'harmonisation s'est enrichi d'une dimension supplémentaire : la volonté de forger une identité de service unifiée pour l'ensemble de l'équipe.

Enfin, l'objectif fondamental de cette démarche managériale était d'améliorer de manière holistique la prise en charge et l'expérience des patients HGE atteints de pathologies chroniques (Audits ESATIS).

Q4 : Quels sont les freins déclarés ou probables dans cette situation ?

Freins liés aux Ressources Humaines (RH):

- Accompagnement managérial insuffisant en HDJ : Le manque d'implication de la cadre d'HDJ dans le projet a engendré un sentiment de stress et de perte de confiance dans l'harmonisation des pratiques. Ce manque de soutien a clairement freiné leur implication. Le cloisonnement institutionnel et professionnel freine le partage d'informations et l'action interdisciplinaire.
- Sentiment de non-reconnaissance : Si les efforts et l'implication des équipes dans le processus d'harmonisation des procédures ne sont pas reconnus, cela peut entraîner une baisse de motivation, une résistance passive ou un désengagement progressif. La valorisation passe par la reconnaissance des compétences, la participation aux décisions et à la prise en compte des besoins des équipes.
- Formation inadéquate : L'harmonisation des procédures exige un accompagnement pédagogique structuré : formation aux nouveaux outils, appropriation des protocoles, temps d'échanges et de retour d'expérience. L'absence de formations et temps dédiés pour les protocoles rend leur élaboration et adoption difficile.
 - Signaux : Anxiété et stress, perte de motivation, résistance passive, absentéisme
Non-participation aux groupes de travail

Freins contextuels :

- Rigidité institutionnelle et déficit d'adaptation : L'incertitude quant à la validation officielle de la réunification des services, par la direction peut créer un frein contextuel majeur, entravant la conception d'une vision d'ensemble pour la future organisation. Cette situation démobilise les équipes et ralentit la dynamique de changement.
- Contraintes budgétaires : Les restrictions budgétaires actuels de l'établissement limite les moyens disponibles pour accompagner le changement (ESPIC, IMM, politiques de santé...) peuvent limiter la disponibilité des ressources nécessaires à l'harmonisation (temps, remplacement, outils et formation).
 - Signaux : Expressions de surcharge de travail liées à la mise en œuvre
Demande de report ou de ralentissement
Sentiment de « mal faire »
- Culture historique des services : L'HDS et HDJ ont développé, au fil du temps, des cultures et habitudes professionnelles distinctes ; cela peut engendrer une résistance au changement, et entraver l'acceptation des nouvelles procédures.
- Influence des pairs et leaders informels : L'opinion et les avis des pairs influents peuvent impacter significativement l'adhésion ou le rejet du changement des pratiques
 - Signaux : Discours nostalgiques sur le projet tel qu'il l'était envisagé initialement
Commentaires négatifs relayés, critiques persistants
Formation de groupes opposés

Freins organisationnels :

- Déficit de communication et de clarté : un manque de communication sur les objectifs, les modalités ou l'avancement du projet crée de la confusion, un sentiment d'isolement et de non-implication, notamment chez le personnel d'HDJ.
- Complexité perçue des nouveaux protocoles harmonisés : Certains soignants craignent que les nouveaux protocoles soient trop lourds, bureaucratiques ou éloignés de la réalité du terrain.
 - Signaux : Anxiété et stress, résistance passive
Non-participation aux groupes de travail
- Sentiment de perte de contrôle : Les équipes ont l'impression de ne pas avoir été impliquées dans la conception de la nouvelle organisation de travail.
 - Signaux : Résistance, anxiété, stress exprimés par les équipes.
Questions répétées sur l'organisation future...
Comparaisons fréquentes avec l'équipe d'HDS.

Autres freins:

- Résistance des patients : Certains patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, peuvent se montrer réticents à l'adoption de nouvelles pratiques ou organisations, ce qui nécessite un accompagnement et une communication spécifique.

Q5. Quels sont les résultats attendus ?

L'harmonisation des pratiques et des protocoles de soins dans le contexte de la réunification HDS/HDJ doit produire des effets concrets à plusieurs niveaux de l'organisation hospitalière.

Pour les professionnels :

- Cohérence des soins accrue garantit la prise en charge uniforme et simplifiée, quel que soit le professionnel impliqué dans cette nouvelle unité.
- Collaboration interprofessionnelle renforcée : L'harmonisation peut créer une culture de travail unifiée ainsi que favoriser le décloisonnement et la communication entre les équipes d'HDS et d'HDJ, ce qui enrichit la mutualisation des savoirs.
- Développement des compétences : Le processus d'harmonisation des protocoles et des pratiques associés aux formations peut enrichir **les compétences des professionnelles**.
- Sentiment d'unité et d'appartenance : Avec le fruit de leur travail et la création d'une identité de service commune, la cohésion d'équipe devrait être renforcée lors de la réunification des services, essentielle pour **la motivation et la fidélisation des équipes**.

Pour les patients :

- Qualité et sécurité des soins améliorée : Des pratiques standardisées devraient garantir une prise en charge plus sécurisée et optimale.
- Parcours patient fluidifié : L'intégration de cette nouvelle unité et de ses nouveaux circuits, pratiques et protocoles communs devrait simplifier le parcours entre les différents hospitalisation et acteurs.
- Expérience patient positive : L'équité d'accès et de traitement est ainsi renforcée, indépendamment de l'unité ou du professionnel rencontré. Une meilleure coordination, communication et des pratiques cohérentes devraient réduire l'anxiété et améliorer le vécu et la satisfaction du patient.

Pour l'établissement :

- Efficacité optimisée : L'harmonisation des pratiques et des circuits peut conduire à une utilisation plus efficace des ressources. Elle facilite **la mobilité** interne des professionnels, qui retrouvent des repères et des protocoles identiques d'un service à l'autre.
- Qualité et sécurité des soins accrues : La standardisation des pratiques crée un cadre propice à la gestion proactive des risques, à l'évaluation partagée des pratiques et à l'instauration d'un cercle vertueux **d'amélioration continue de la qualité**.
- Image de marque positive : Une unité HGE cohérente et performante renforcera la réputation de l'établissement.
- Adaptabilité aux évolutions : Une structure unifiée et des pratiques harmonisées faciliteront l'adaptation aux futurs changements réglementaires et médicaux. Elle facilite l'audit, la certification et la simplification des démarches qualité à l'échelle de l'établissement ou du territoire.

Q6 : Dans la situation d'harmonisation des pratiques et des protocoles de soins, plusieurs concepts et méthodes de conduite du changement peuvent être appliqués :

La réussite de l'harmonisation des pratiques et des protocoles de soins, repose sur l'activation de plusieurs leviers de conduite du changement, parmi lesquels la communication transparente occupe une place centrale.

D'un point de vue notionnel, la communication transparente va au-delà du simple partage d'informations descendantes. Elle implique une réelle ouverture, une honnêteté dans les échanges et une clarté sur les intentions et les enjeux du projet. Rédigé dans "Le Management du Changement" par Pierre-Yves Gomez et Harry Mintzberg : Ces auteurs explorent les différentes approches du changement et soulignent la nécessité d'une communication adaptée aux contextes spécifiques. Ce n'est pas seulement dire « quoi », mais aussi expliquer « pourquoi », « comment », et répondre aux questions et aux préoccupations de manière ouverte. Cette notion reconnaît que les individus ont besoin de comprendre le contexte, les raisons et les implications d'un changement pour s'y engager pleinement.

Conceptuellement, la communication transparente est intrinsèquement liée à la construction de la confiance collective. Dans "Conduire le changement" par John P. Kotter (1996) : Kotter insiste sur la nécessité de communiquer la vision du changement de manière claire et transparente pour obtenir l'adhésion et la confiance des équipes. Lorsque les parties perçoivent une communication ouverte et honnête, elles sont plus susceptibles de faire confiance aux initiateurs de changement et de se sentir incluses dans le processus. Cette confiance permet l'engagement et l'adhésion, car elle réduit l'incertitude et le sentiment d'être laissé dans l'ignorance, facteurs majeurs de résistance.

Sur le plan méthodologique, la mise en œuvre de la communication transparente dans notre projet peut s'articuler ainsi :

Selon l'étape 1 : Diagnostic d'Autissier & Moutot, une analyse approfondie des pratiques existantes en HDS et HDJ est primordiale. Une réunion d'information ouverte est envisagée où les questions peuvent être posées et les préoccupations exprimées librement.

- Cartographie des processus, identification des variations, collecte de données pour objectiver les différences potentielles.

L'implication des acteurs : Approche participative et co-construction : La réussite de l'harmonisation repose sur l'engagement de toutes les équipes à chaque étape du projet.

- Des forums de discussion (Teams...) , plateformes et ateliers de travail collaboratifs, permettent aux professionnels de partager leurs expériences et contraintes, d'identifier les meilleures pratiques et de co-construire les nouveaux protocoles et pratiques. Cette démarche continue prend en compte chaque individu, métier et compétence.

La communication transparente des objectifs, des étapes et des bénéfices attendus : Une communication claire et régulière, descendante comme ascendante sur les éléments permet d'expliquer clairement la vision du changement et ses avantages pour les individus et l'organisation. Elle est essentielle pour réduire les résistances et favoriser l'adhésion.

- Rencontres et suivi réguliers : comité de pilotage pour la vision stratégique, réunions d'avancement pour le suivi opérationnel, et des entretiens individuels pour des échanges personnalisés.
- Notes d'informations mises à jour, concises et partagées
- Echange constant d'informations, de résultats, d'idées, d'opinions et de suggestions d'améliorations.

Afin de démontrer la base factuelle du changement et les progrès réalisés

Formation et accompagnement : La mise en place de formation par les paires experts croisées permet aux équipes d'HDS et d'HDJ de mieux comprendre les spécificités des pratiques de l'autre service. Le tutorat ou le parrainage entre les membres des différentes équipes peut faciliter l'intégration des nouvelles pratiques et ainsi la cohésion de l'unité future. Également, un accompagnement peut être nécessaire pour certains professionnels face à de nouvelles pratiques. La réussite du changement peut reposer sur un leadership distribué : CDS, médecins, et les leaders informels soutiennent les équipes et incarnent la dynamique de transformation.

Gestion des résistances : Anticiper et gérer les potentielles résistances au changement est crucial, en écoutant les inquiétudes et en adaptant le rythme du changement.

- Observation, écoute active et feedback pour montrer que les opinions et les préoccupations des professionnels impliqués sont entendues et prise en compte.
- Pour les « méfiants » ou réticents, des entretiens individuels réguliers sont nécessaires pour permettre aux professionnels de clarifier leurs préoccupations et obtenir des réponses directes.
- La mise en avant des gains pour les professionnels, les patients et l'établissement peut être partagée pour démontrer les avantages du changement. (Audit basé sur des preuves, indicateurs ...)

Suivi et évaluation : La mise en place d'indicateurs de suivi : taux d'adoption et de participation, qualités des soins, satisfaction des professionnels permet d'évaluer l'harmonisation et d'identifier les ajustements nécessaires, selon l'étape 3 d'Autissier et Moutot : Pilotage et Pérennisation.

- Privilégier une démarche itérative, avec des ajustements progressifs et une évaluation continue des effets.

Reconnaissance et valorisation : Il est important de reconnaître et valoriser l'expertise de chaque professionnel, les contributions individuelles et collectives à l'élaboration du projet. La conduite de changement doit s'appuyer sur l'autonomie des acteurs et encourager l'innovation tout en respectant le cadre commun. La célébration des succès et la communication sur les améliorations concrètes diffusées renforcent le sentiment d'appartenance à une nouvelle pratique commune, renforçant l'unité.

En résumé, la communication transparente, telle que valorisée par Autissier et Moutot, n'est pas seulement un outil mais un fil conducteur éthique et stratégique de la conduite de changement. Elle se concrétise à chaque étape par l'ouverture, l'écoute, la clarté et la valorisation, conditions indispensables pour instaurer la confiance, favoriser l'engagement et garantir l'adhésion de toutes les parties prenantes.

Q7. A quelle échéance devrez-vous les mettre en œuvre ?

Sur une durée de 9 mois, la mise en place de la communication transparente devra être progressive et continue, s'adaptant aux différentes phases du projet d'harmonisation des protocoles et des pratiques de soins. Durant cette période, 4 valeurs fondamentales guideront notre démarche : **la cohérence des messages, l'accessibilité de l'information, la réactivité et l'adaptabilité**, pour garantir le succès de cette harmonisation.

Mois 1-2 : Phase de diagnostic et de lancement

- Mois 1 : Réunion d'information ouverte
- Mois 1-2 : Cartographie des processus et collecte des données
- Mois 2 : Ouverture des forums de discussion

Mois 3-5 : Phase d'implication et de co-construction

- Démarrage Mois 3 et réguliers : Ateliers collaboratifs
- Mensuel maximum : Rencontres et suivi réguliers
- Bi-mensuel : Notes d'informations régulières

Mois 6-8 : Phase de formation, accompagnement et gestion des résistances

- Démarrage Mois 6 et selon le calendrier : Sessions des formations par les paires
- Mois 6 : Mise en place des tutorats et parrainage
- Continu, pro actif et sur demande : Entretiens individuels
- Continu : Mise en avant des gains

Mois 7-9 : Phase de suivi, d'évaluation et de valorisation

- Mois 7 : Mise en place des indicateurs de suivi
- Trimestrielle et 1 fin des 9 mois : Réunions d'évaluation des progrès
- Continu : Echange constant d'informations

Mois 9 : Célébration et pérennisation

- Continu : Célébration des succès et communication des améliorations

Q8 : Où se déroule la situation ? Les lieux ont-ils une importance. Laquelle ?

La séparation actuelle (pôles distincts) représente aujourd'hui, division, distance et potentiels freins à la collaboration. La future unité fusionnée, prévue dans les locaux actuels de l'HDS, incarne l'intégration, la collaboration et une nouvelle identité partagée, facilitant la communication et un parcours patient fluide. Les lieux ont donc une importance significative et leur symbolique est loin d'être négligeable, pour l'adhésion au changement et le sentiment d'appartenance à la nouvelle unité. Avec un aménagement réfléchi : **neutralité** pour les échanges et la constrictio commune, **formalité** pour les décisions stratégiques, **convivialité** pour la valorisation et de la **praticité** pour chaque type d'événement, j'envisage ainsi cette répartition suivante :

Mois 1-2 : Phase de diagnostic et de lancement :

- Grande salle de conférence de l'établissement : Réunion d'information ouverte
- Espaces de travail dédiés en HDS et HDJ : Cartographie des processus et collecte des données
- Plateforme numérique partagée accessibles à tous : Ouverture des forums de discussion

Mois 3-5 : Phase d'implication et de co-construction

- Salle de réunion neutre, conçu pour les travaux de groupes : Ateliers collaboratifs
- Salle de réunion direction : Rencontres et suivi réguliers
- E-mail, intranet : Notes d'informations régulières

Mois 6-8 : Phase de formation, accompagnement et gestion des résistances

- Salle de réunion au sein de la future unité : Sessions des formations par les paires
- Espaces informels, bureaux individuels, petit salon : Mis en place des tutorat et parrainage
- Bureau de CDS : Entretiens individuels
- E-mail, intranet, Affichages dans les services : Mise en avant des gains

Mois 7-9 : Phase de suivi, d'évaluation et de valorisation

- E-mail, intranet, Affichages dans les services : Mise en place des indicateurs de suivi
- Salle de réunion neutre, conçu pour les travaux de groupes : Réunions d'évaluation des progrès
- E-mail, intranet, échanges de la gestion des irritants dans l'unité, boîte à idées... : Echange constant d'informations

Mois 9 : Phase de célébration et pérennisation

- Espace commun de la nouvelle unité (salle de détente) : Célébration des succès et communication des améliorations pour la pérennisation

Q9. Qui pourrait vous aider dans ce plan d'action ?

La réussite de ce projet repose sur la mobilisation de plusieurs acteurs clés, chacun jouant un rôle complémentaire dans la dynamique collective et la coordination interdisciplinaire :

Les équipes médicales : expertise clinique, participer à la co construction des nouveaux protocoles et les valider.

Les équipes paramédicales : expérience terrain et leurs suggestions, essentielles pour élaborer des protocoles pertinents et pratiques réalistes et efficaces.

Les cadres de santé et « les leaders informels » : coordination entre les différents professionnels, facilitent la circulation d'information et soutiennent l'action interdisciplinaire. Leur rôle de « chef d'orchestre » et leadership mobilisent les équipes, accompagnent le changement, déterminants pour la mise en œuvre du projet.

Les directions et instances institutionnelles : Le soutien institutionnel est essentiel pour valider les orientations, allouer les ressources nécessaires et légitimer la démarche.

Les associations de patients/ usagers : Leur consultation et perspective peuvent enrichir la réflexion sur l'impact des changements sur l'expérience et le parcours patient.

Les représentants du personnel : Pour les informer et les impliquer, ce qui peut faciliter l'adhésion des équipes et anticiper d'éventuelles difficultés. (QVT)

Le service qualité et gestion des risques, SI : Pour son expertise d'élaboration de protocoles, de sécurité des soins et d'évaluation des pratiques garantissant la conformité et l'optimisation des nouveaux protocoles et pratiques. Ils jouent un rôle clé dans l'informatisation des démarches de planification, plateforme collective, audits des dossiers et amélioration continue.

Le service de formation continue : Pour concevoir et dispenser les formations croisées et l'accompagnement personnalisé nécessaire à l'adoption des nouvelles pratiques.

Le service de communication : Pour élaborer une communication claire et efficace auprès de toutes les parties prenantes : Nouvelle unité HGE.

Le collectif CDS : Interlocuteurs qui peuvent aider, déjà expert en conduite de changement par exemple.

Des professionnels d'autres établissements ayant mené des projets similaires : Réunionification des services.

En mobilisant ces différentes expertises et en favorisant une collaboration transversale, le plan d'action aura plus de chance de succès.

Q10. A quoi reconnaîtrait-on que la réduction ou la résolution de cette situation a eu des effets constructifs ?

Je pourrai reconnaître que ce projet a eu des effets constructifs à travers plusieurs signaux et indicateurs, touchant à la qualité des soins, à l'expérience patient, au fonctionnement des équipes et à l'efficacité de l'unité :

Du point de vue des professionnels concernés :

- Appropriation réelle des nouvelles pratiques et protocoles harmonisés
- Renforcement de l'autonomie collective : Les équipes montrent une capacité accrue à s'organiser, à prendre des initiatives et à ajuster leurs pratiques face aux imprévus (responsabilisation partagée)

- Amélioration de l'estime des soignants grâce à la reconnaissance et à l'intégration de l'expertise de chacun
- Amélioration de la communication et de la collaboration interprofessionnelle : Climat de confiance et de sécurité, coopération, discussion et confrontation constructives intégrées à l'activité quotidienne
- Sentiment accru de la cohérence et de la clarté dans les soins de cette nouvelle unité
- Sentiment d'appartenance à une identité de service unifiée lié à un sentiment d'uniformité et d'efficacité collective

Du point de vue des patients :

- Fluidité accrue des parcours patients
- Meilleure qualité des soins perçues comme plus homogène et fiable
- Réduction des dysfonctionnements
- Adaptation plus rapide aux évolutions
- Meilleure satisfaction accrue des patients

Du point de vue organisationnelle :

- Automatisation et Pérennisation de la dynamique de changement : Les équipes poursuivent la démarche d'innovation et d'amélioration continue
- Réduction de la variabilité injustifiée des pratiques aux audits et évaluations
- Amélioration des indicateurs de qualité et sécurité des soins : impact positif sur les résultats cliniques et la sécurité des patients.
- Efficience accrue : Meilleure utilisation des ressources et réduction des coûts liés aux inefficacités.
- Meilleure gestion des risques : Moins d'erreurs et de risques liés à la variabilité des pratiques.

Ces effets constructifs se traduisent par une organisation plus agile, responsabilisante et apprenante, où l'engagement collectif et la capacité d'adaptation deviennent des atouts majeurs pour la qualité des soins et la satisfaction des professionnels comme des patients.

Bibliographie

- Autissier, D., & Moutot, J.-M. (2013). *La conduite du changement*. Dunod.
- Dumond, J.-P. (2024-2025). *La relation d'emploi dans les organisations de santé : concepts et usages*. Master Management des établissements de santé 1 et 2, Université Paris-Est Créteil.
- Marchand, X. (2024-2025) *ECUE 7.1 : Management RH : de la GEPP à l'organisation du travail*. Master Management des établissements de santé 1 et 2, Université Paris-Est Créteil.
- Coutrot, T. (2022). *Les nouveaux modes de management et d'organisation*. La Découverte.
- Gomez, P.-Y., & Mintzberg, H. (2013). *Le management du changement*. Dunod.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Harvard Business School Press.
- Mintzberg, H. (1984). *Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre*. Les Éditions d'Organisation.

Master Management des Organisations Soignantes M2 - MOS@24 -25

Une approche innovante pour réunir l'UMAT et l'HDS en hépato-gastro-entérologie

Elodie BENARBIA

MOTS CLÉS

Programme, réunification, gestion de projet, amélioration continue, qualité de prise en charge, mutations profondes, satisfaction, efficience organisationnelle

KEY WORDS

Program, reunification, project management, continuous improvement, quality of support, profound changes, satisfaction, organizational efficiency

RÉSUMÉ

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre du Programme d'Amélioration des Organisations (PAO) déployé au sein du Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph et Marie Lannelongue (GHPSJ & HML), dans un contexte de mutations profondes du secteur hospitalier : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, généralisation du dépistage des cancers, exigences accrues en matière de qualité et de sécurité, et contraintes budgétaires croissantes. Il porte sur la réunification des services d'Hôpital de Semaine (HDS) et d'Unité Médicale d'Accueil et de Traitement (UMAT) en hépato-gastro-entérologie, projet stratégique visant à optimiser l'organisation des soins, améliorer la qualité de la prise en charge et renforcer l'efficience des ressources. L'objectif principal de ce travail est d'analyser les enjeux, les leviers et les freins liés à la réunification de ces deux unités, en s'appuyant sur une méthodologie de gestion de projet structurée et participative. Après une analyse approfondie du contexte institutionnel, des besoins des parties prenantes et des contraintes organisationnelles, la démarche a reposé sur la constitution d'une équipe projet pluridisciplinaire, la définition d'objectifs partagés, la mise en place d'outils de pilotage et d'indicateurs de performance, ainsi que sur l'accompagnement du changement. La mise en œuvre opérationnelle a été jalonnée par des phases clés : diagnostic initial, conception du projet, déploiement progressif, harmonisation des protocoles et des pratiques, et évaluation continue des résultats. Une attention particulière a été portée à la communication interne, à la concertation avec les professionnels de santé et à la prise en compte des attentes des patients. Les résultats obtenus mettent en évidence les bénéfices de la réunification en termes de fluidité des parcours, d'efficience organisationnelle et de satisfaction des parties prenantes, tout en soulignant la nécessité d'un accompagnement soutenu pour lever les résistances et garantir la pérennité des transformations engagées. Ce mémoire propose enfin des recommandations pour renforcer la dynamique d'amélioration continue et consolider l'organisation du service à moyen terme.

ABSTRACT

This thesis is part of the Programme d'Amélioration des Organisations (PAO) deployed within the Paris Saint Joseph and Marie Lannelongue Hospital Group (GHPSJ & HML), in a context of profound changes in the hospital sector: population aging, Increased incidence of chronic diseases, widespread cancer screening, increased quality and safety requirements, and growing budgetary constraints. It concerns the reunification of the services of the Week Hospital (HDS) and the Medical Unit for Reception and Treatment (UMAT) in hepato-gastroenterology, a strategic project aimed at optimizing the organization of care, Improve the quality of care and increase resource efficiency. The main objective of this work is to analyze the issues, levers and brakes related to the reunification of these two units, based on a structured and participatory project management methodology. After a thorough analysis of the institutional context, stakeholder needs and organizational constraints, the approach was based on the constitution of a multidisciplinary project team, the definition of shared objectives, the implementation of steering tools and performance indicators, as well as support for change. Operational implementation was marked by key phases: initial diagnosis, project design, phased deployment, harmonization of protocols and practices, and ongoing evaluation of outcomes. Particular attention was paid to internal communication, consultation with health professionals and taking into account patient expectations. The results show the benefits of reunification in terms of smooth journeys, organizational efficiency and stakeholder satisfaction, while underlining the need for sustained support to overcome resistance and ensure the sustainability of the transformations undertaken. Finally, this thesis proposes recommendations to strengthen the dynamic of continuous improvement and consolidate the organization of the service in the medium term.