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

CONSULTATIONS NON PROGRAMMÉES, UNE RÉPONSE AGILE AUX BESOINS DE SOINS

ECUE 7.1
Cécile GONCALVES

Rékia CADET
Année 2025/2026

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

La réalisation d'un mémoire de fin d'études est rarement une aventure solitaire. C'est avant tout une histoire humaine, faite de rencontres, de soutiens et de présences qui, chacune à leur manière, contribuent à mener le projet à son terme. C'est pourquoi je souhaite prendre le temps d'exprimer ma sincère gratitude à toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce chemin.

Je tiens tout d'abord à remercier Cécile Goncalves ma Directrice de mémoire, qui a répondu à chacune de mes sollicitations avec une disponibilité et une générosité qui m'ont profondément touchée. Les mails, les messages, les appels les week-ends, les jours fériés : rien ne semblait entamer son engagement à mes côtés. Ses précieux conseils m'ont guidée avec bienveillance tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Pour tout cela, je lui adresse un immense et sincère merci.

Ma famille, pilier indéfectible, qui comme toujours m'épaule, m'accompagne et me soutient dans chacun de mes projets, sans jamais faillir. On dit que les mots ont un impact, parfois bien plus grand qu'on imagine, et c'est une vérité que j'ai vécue dès l'enfance. Toute ma famille m'appelait « la cheffe », un surnom que je portais avec une certaine résistance à l'époque, ce mot ne me plaisait pas, il me semblait trop autoritaire, trop éloigné de ce que je ressentais au fond de moi. Et pourtant, au final, elle n'avait peut-être pas tout à fait tort. Car si aujourd'hui je le suis sur le « papier », j'ai simplement appris à le réinventer à ma façon : non pas comme quelqu'un qui impose, mais comme un coach qui accompagne, qui encourage, qui fait grandir ses équipes. C'est cette vision du leadership que je souhaite incarner, et c'est peut-être là, sans le savoir, que tout a commencé.

Merci à mes amies ainsi qu'à mes équipes, qui, tout comme ma famille, m'ont entourée de leur soutien et de leur bienveillance tout au long de ce parcours. Leurs mots d'encouragement, leurs attentions du quotidien et leur confiance en moi ont été une source d'énergie précieuse dans les moments de doute comme dans les moments de victoire.

Un message particulier à Daniella, dont la présence a largement dépassé le simple soutien moral. Au-delà de l'amitié, c'est une véritable complice que j'ai trouvée en elle. Ses encouragements constants, son aide concrète et sa capacité à croire en moi parfois plus que je n'y croyais moi-même ont été pour moi une force inestimable. Merci d'être là, pleinement et sereinement.

À Rachel, que je n'oublierai pas, et qui a eu ce don rare de trouver les mots justes dans les moments les plus difficiles, ceux où l'on doute de tout, où l'on voudrait tout arrêter. Elle m'a écoutée sans juger, encouragée sans jamais forcer, et soutenue avec une bienveillance qui m'a profondément marquée. Sa petite feuille rose m'a accompagnée pendant tous ces mois, posée là, visible, comme un rappel silencieux mais puissant que je pouvais y arriver et que je devais continuer.

Enfin, merci à Nathalie, mon binôme de promotion depuis deux ans, avec qui j'ai traversé les hauts et les bas de ce parcours exigeant. Nous avons partagé les doutes, les remises en question, les moments de découragement, mais aussi les victoires, les progrès et les fous rires. Sa présence à mes côtés a rendu cette aventure bien plus légère à porter. Ces deux années ont été intenses, parfois éprouvantes, mais infiniment riches et aujourd'hui, nous y sommes arrivées.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 3

INTRODUCTION 4

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT 6

1.1 La Clinique Victor Hugo : historique et positionnement strategique 6
1.2 Appartenance au Groupe Vivalto Sante 9
1.3 Le virage ambulatoire : un levier de transformation 10
1.4 L'opportunité immobilière 10
1.5 Mon positionnement au sein de la clinique 11

2. ORIGINE DU BESOIN : POURQUOI CREER DES CNP 13

2.1. Un besoin territorial identifie 14
2.1.1 Analyse du paysage concurrentiel : 16
2.1.2 Positionnement du projet : 17
2.1.3 Description du CNP : 17
2.1.4 Le Service d'Acces aux Soins (SAS) et partenariats : 19

3. ENJEUX ET OBJECTIFS MANAGERIAUX : 19

3.1 Mobilisation et adhesion des equipes 20
3.2 Trajectoire de montee en charge 20
3.2.1 Un alignement avec les politiques publiques de sante 21
3.3 Synergie avec l'HDJM Cardiologie 22

4. RESSOURCES MOBILISEES : 23

4.1 Système d'information et outils numériques 24
4.2 L'equipe medicale 25
5. Cadre theorique mobilise 25
5.1 Definition du leadership 26
5.2 Concepts du leadership 26
5.3 Les differents styles de leadership appliques au CNP 26
5.3.1 Leadership situationnel : 26
5.3.2 Leadership Charismatique et Transformationnel : 27
5.3.3 Le leadership responsable : 27
5.3.4 Le leadership partage : 29
5.3.5 Le leadership partage comme reponse a la pluridisciplinarite : 29

6. LA CONDUITE DU CHANGEMENT : 30

6.1 La resistance au changement : comprendre pour mieux accompagner 32
6.1.1 Les facteurs cles de succes de la conduite du changement : 33
6.1.2 Le management strategique : 35

7. PILOTAGE DU PROJET :..... 36

7.1 Gouvernance du projet 38
7.2 Pilotage de la qualite et organisation operationnelle 39
7.3 Architecture organisationnelle 40
7.3.1 Le Triage : Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) : 40
7.4 Securite des soins 41
7.5 Parcours patient 42
7.6 Pilotage des Ressources Humaines 44
7.6.1 Securiser les pratiques par l'ingenierie des competences : 45
7.6.2 Pilotage du changement et levee des resistances :..... 46
7.6.3 Cohesion d'equipe et hybridation culturelle..... 47
7.7 Le Pilotage de la Qualite et de la Securite : Feedback et Amelioration Continue 49
7.7.1 Le Pilotage de la Performance Medico-Économique : 49
7.7.2 Le Pilotage Partenarial et Territorial : 50
7.7.3 Le Pilotage Dynamique des Flux en Collaboration avec le SAS :..... 51

8. BUDGÉTISATION 51

8.1 Recettes de la Clinique Victor Hugo..... 52
8.2 Charges de la Clinique Victor Hugo au titre du service CNP..... 53
8.3 Resultat net de la Clinique Victor Hugo : trajectoire par paliers 54
8.4 Effet levier sur l'activite de la clinique..... 54
8.4.1 Facteurs de risque financier et leviers de securisation : 54

9. LIMITES ET PERSPECTIVES DU PROJET CNP 55

9.1 Limites et Freins Identifies..... 55
9.2 Perspectives et Axes de Developpement..... 57
9.3 Synthese prospective..... 58

CONCLUSION 60

BIBLIOGRAPHIE : 62

TABLE DES ANNEXES 65

Liste des abréviations

Abréviations utilisées dans le mémoire, par ordre alphabétique.

ADN	Acide désoxyribonucléique
ARS	Agence Régionale de Santé
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences (niveaux 1 à 5)
CGS	Coordinatrice Générale des Soins
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNP	Consultations Non Programmées
COPIL	Comité de Pilotage
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRP	C-Reactive Protein (Protéine C-Réactive) marqueur biologique inflammatoire
CVH	Clinique Victor Hugo
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSA	Défibrillateur Semi-Automatique
DU	Diplôme Universitaire
ECG	Électro-Cardio-Gramme
EFR	Exploration Fonctionnelle Respiratoire
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJM	Hôpital de jour médical
HEGP	Hôpital Européen Georges-Pompidou
IA	Intelligence Artificielle
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IFCM	Institut Français de Chirurgie de la Main
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IOA	Infirmier(e) Organisateur(trice) de l'Accueil
KPI	Key Performance Indicator (Indicateur Clé de Performance)
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
NFS	Numération Formule Sanguine (hémogramme)
POCT	Point Of Care Testing (biologie délocalisée au lit du patient)
RDC	Rez-de-Chaussée
RH	Ressources Humaines
RMM	Revue de Morbi-Mortalité
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SI	Système d'Information
SNP	Soins Non Programmés
T2A	Tarification à l'Activité

INTRODUCTION

Le système de santé français est actuellement en pleine transformation sous l'effet de plusieurs facteurs tels que l'évolution démographique, les innovations technologiques, les réformes législatives et les nouvelles attentes des patients. Ces mutations ont profondément modifié l'organisation des soins.

Deux tendances majeures se dégagent particulièrement. D'une part, le développement du virage ambulatoire a permis de faire passer la part de la chirurgie réalisée en ambulatoire de 47,1 % en 2013 à 61,6 % en 2021. [1] D'autre part, le recours aux services d'urgences a fortement augmenté, avec des passages ayant plus que doublé entre 1996 et 2019, passant de 10,1 millions à 22 millions, avant de chuter à 18,1 millions en 2020 en raison de la crise sanitaire (Cf. ANNEXE 1).

Dans ce contexte, l'établissement étudié a fait le choix stratégique d'un fonctionnement entièrement ambulatoire depuis 2024, améliorant ainsi son efficience, la qualité de l'expérience patient et sa performance économique. Toutefois, cette organisation révèle une limite majeure : l'absence d'une offre de soins non programmés, alors même que les besoins du territoire sont importants et concernent une population étendue et hétérogène, incluant les résidents du 16e arrondissement et des communes limitrophes (15e, 17e arrondissements, Boulogne-Billancourt, Neuilly-sur-Seine), les actifs exerçant dans ce secteur dynamique de l'ouest parisien (salariés d'entreprises, professionnels libéraux, personnels d'institutions diplomatiques et d'organisations internationales), ainsi que les visiteurs et touristes fréquentant les infrastructures culturelles et hôtelières environnantes.

Pour ces patients, pouvoir être pris en charge rapidement et efficacement est crucial. Pourtant, faute d'une offre adaptée au sein de la clinique, des situations relevant pourtant de soins simples et accessibles telles qu'une entorse, une plaie, une douleur aiguë ou une complication postopératoire mineure se trouvent orientées vers des services d'urgences déjà fortement sollicités, ou vers des structures de consultations non programmées encore peu nombreuses sur le territoire. Le paradoxe d'une clinique dotée d'équipements performants mais qui ne peut pas répondre à des besoins médicaux basiques ; c'est ce constat qui est à l'origine de la réflexion stratégique présentée ici.

La récente mise en service du Check-up Center, situé à proximité immédiate de la clinique, offre une opportunité opérationnelle particulièrement pertinente pour répondre à cet enjeu. Ces locaux modernes, encore partiellement sous-exploités, réunissent les conditions nécessaires au déploiement d'un service de consultations non programmées (CNP). Un tel dispositif permettrait de répondre de manière adaptée aux besoins du territoire, de contribuer au désengorgement des services d'urgences environnants et de renforcer le positionnement stratégique de l'établissement. Ce projet s'inscrit par ailleurs pleinement dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS), dispositif national instauré par la loi du 26 avril 2021, rapportée par Stéphanie RIST, députée à l'Assemblée nationale et ministre de la Santé actuelle (loi RIST) [2] visant à améliorer l'organisation et la régulation territoriale des soins non programmés.

Dans le cadre de mon parcours professionnel et de ma formation en management des organisations sanitaires et sociales, j'ai souhaité développer ce projet managérial afin de démontrer que la création d'un service de consultations non programmées constitue une réponse adaptée aux enjeux identifiés.

---

[1] Bontemps, G., Richaud, F. et Nunes, P. (2022). Panorama français du virage ambulatoire. p. 118(2), pp. 14-18. https://stm.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-2-p-14

[2] Loi RIST : LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Dans un contexte où le système de santé français est confronté à la saturation croissante des services d'urgences hospitalières et aux difficultés d'accès à la médecine de ville dans des délais rapides, comment un établissement privé MCO, historiquement ancré dans la logique de soins programmés et d'excellence chirurgicale, peut-il créer et piloter un service de Consultations Non programmées conciliant transformation organisationnelle et culturelle, viabilité médico-économique et réponse aux besoins du territoire ?

À travers ce mémoire, le présent projet managérial a pour objectif de démontrer que la création d'un service de consultations non programmées au sein de la Clinique Victor Hugo constitue à la fois une réponse pertinente aux enjeux sanitaires et territoriaux identifiés, et un levier de transformation organisationnelle pour l'établissement. Il s'articule autour de trois axes complémentaires. La première partie présente le contexte et la genèse du projet, en détaillant les caractéristiques de l'établissement, l'analyse des besoins territoriaux et la définition des objectifs poursuivis. La deuxième partie est consacrée à la description opérationnelle du dispositif de consultations non programmées envisagé. Enfin, la troisième partie mobilise les cadres théoriques nécessaires à la conduite du projet notamment en matière de leadership partagé de conduite du changement et de management stratégique et en décline les applications concrètes dans le pilotage du service de CNP.

1. Présentation de l'établissement



La Clinique Victor Hugo s'inscrit dans un environnement parisien. Elle a su construire progressivement une identité propre, reposant sur une offre de soins ciblée, une organisation efficiente et une culture institutionnelle tournée vers l'innovation et la performance. Son implantation dans le 16e arrondissement, quartier à la fois résidentiel et bien desservi, participe également à son attractivité auprès d'une patientèle diversifiée, locale comme internationale.

1.1 La Clinique Victor Hugo : historique et positionnement stratégique

La Clinique Victor Hugo est un établissement de santé privé relevant du champ MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), situé au 5 bis rue du Dôme dans le 16e arrondissement de Paris. Fondée il y a plusieurs décennies, elle s'est progressivement spécialisée dans la chirurgie ambulatoire de haute qualité, en développant un modèle organisationnel fondé sur l'excellence médicale, la maîtrise des processus et la qualité de l'expérience patient. Depuis mai 2024, la clinique a officialisé le passage à un modèle exclusivement ambulatoire, faisant de ce choix stratégique un élément identitaire fort et différenciant dans le paysage sanitaire parisien.

Son plateau technique est organisé autour de quatre pôles complémentaires qui couvrent un spectre large de spécialités médicales et chirurgicales :

- Le Bloc Central, composé de quatre salles opératoires, est dédié à l'orthopédie, à la chirurgie maxillo-faciale et à la chirurgie esthétique. Ces spécialités constituent le cœur de l'activité de la clinique et bénéficient d'équipes médicales expérimentées, reconnues à l'échelle nationale et internationale.
- Le Bloc Fast-Track, avec ses flux optimisés pour les actes de courte durée, assure la prise en charge rapide des filières en ophtalmologie et en chirurgie vasculaire, notamment pour les cataractes et les interventions sur les varices.

- Le Bloc d'Endoscopie complète l'offre technique avec des équipements de dernière génération permettant des explorations diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire.
- L'Institut Français de Chirurgie de la Main (SOS Main), service d'urgence spécialisé de référence ouvert sept jours sur sept. SOS Main constitue une porte d'entrée unique pour les traumatismes des membres supérieurs dans le secteur parisien, traitant chaque année plusieurs milliers de patients adressés par les urgences hospitalières, les médecins généralistes, les assurances professionnelles. Sa présence dans le bâtiment est fondamentale, car elle démontre que la clinique est déjà capable de gérer des flux de soins urgents non programmés et que le développement d'un service CNP s'inscrit dans la continuité naturelle de cette expertise.

La démarche qualité est au cœur du fonctionnement de l'établissement. La clinique est engagée dans un processus continu d'amélioration, conforme aux exigences de la certification HAS V2020 et aux orientations stratégiques du Groupe Vivalto Santé. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins tels que le taux de complications, taux de ré-hospitalisations non programmées, satisfaction patiente sont maintenus à des niveaux élevés, témoignant de la robustesse des protocoles en place et de la maturité organisationnelle de l'établissement. Certification des établissements de santé V2020. (Cf. ANNEXE 3.

L'établissement accueille une patientèle locale, nationale et internationale, incluant une clientèle de prestige, acteurs, sportifs de haut niveau, dirigeants d'entreprises, patients étrangers. Cette patientèle inclut également des personnalités publiques, responsables politiques et diplomates, recherchant un haut niveau d'accessibilité, de discrétion et de qualité de prise en recherche d'accessibilité, de discrétion, de sécurité et d'excellence médicale. Cette patientèle exigeante constitue à la fois un atout (fidélisation, prescription, réputation) et une contrainte (attentes élevées en matière de confort, de rapidité et de personnalisation des soins).

La refondation du modèle organisationnel engagée en 2024 s'est accompagnée d'un repositionnement immobilier structurant. Dans ce cadre, la clinique a procédé à l'acquisition d'un local situé au 6 rue du Dôme, en face immédiate du bâtiment principal, permettant la création du Check-up Center, mis en service en octobre 2025. Cet espace, composé de locaux modernes, a été conçu pour accueillir des consultations médicales diversifiées, des bilans de santé ainsi que des examens diagnostiques. Sa sous-utilisation partielle au moment du lancement du projet de consultations non programmées (CNP) constitue précisément une opportunité à la fois immobilière et organisationnelle, rendant possible le déploiement de ce dispositif sans recours à des investissements lourds supplémentaires.

Cette dynamique d'excellence et d'innovation à la Clinique Victor Hugo est également renforcée par son appartenance au Groupe Vivalto Santé. (Cf. ANNEXE 3). En tant que troisième groupe privé d'hospitalisation en France, Vivalto Santé apporte des ressources, une expertise et un soutien stratégique qui permettent à la clinique de se démarquer sur le plan national tout en optimisant ses opérations et en développant de nouvelles activités. L'implantation du service de consultations non programmées au sein de la Clinique Victor Hugo ne peut s'envisager sans une analyse rigoureuse de son positionnement stratégique.

La matrice SWOT ci-dessous synthétise les dynamiques internes et externes qui conditionnent la réussite du projet. Ce diagnostic permet de confronter les atouts intrinsèques de l'établissement, notamment son plateau technique de pointe et sa réactivité organisationnelle, aux opportunités majeures offertes par la saturation des structures publiques et le soutien des tutelles (ARS, CPTS).

Toutefois, cette analyse met également en exergue des zones de vigilance, telles que la gestion de l'amplitude horaire et le risque de surcharge RH, ainsi que les menaces concurrentielles d'un secteur en pleine mutation.

L'enjeu de ce diagnostic est d'identifier les leviers permettant de transformer les faiblesses en axes d'amélioration, tout en sécurisant la viabilité médico-économique du service face aux aléas du marché de la santé.

L'analyse des forces (Strengths) souligne que la mixité de la patientèle alliant ancrage local et rayonnement international, « de prestige », impose au service CNP un standard de qualité particulièrement élevé. En transformant ce qui pourrait être une contrainte logistique en une force distinctive, la Clinique Victor Hugo se positionne sur une niche stratégique : le « soin immédiat ». Cette approche permet de fidéliser une patientèle exigeante qui, au-delà de l'acte médical, valorise la sécurisation du parcours et la personnalisation de l'accueil, renforçant ainsi l'avantage concurrentiel de l'établissement face aux structures d'urgences classiques.

S_FORCES	O_OPPORTUNITÉS
▸ **Plateau technique existant :** accès rapide à l'imagerie (radio/écho/scanner), au laboratoire, aux spécialistes ▸ **Qualité perçue élevée :** image de sérieux et de sécurité liée à la notoriété de la CVH ▸ **Temps d'attente réduits :** organisation optimisée et flux patient contrôlé ▸ **Parcours patient fluide :** orientation directe vers spécialiste, consultation ou chirurgie ambulatoire ▸ **Personnel médical fidélisé :** mobilisation de urgentistes, cardiologues, anesthésistes spécialistes d'astreinte ▸ **Flexibilité organisationnelle :** processus internes adaptables plus rapidement que dans le public ▸ **Positionnement attractif :** offre nouvelle répondant à une forte demande sociétale ▸ **Opportunité immobilière :** Locaux déjà existant et partagés avec HDJM	▸ **Demande croissante :** saturation des cabinets médicaux et des urgences publiques ▸ **Soutien des ARS :** incitations pour fluidifier les parcours et désengorger les urgences ▸ **Partenariats territoriaux :** CPTS, médecins généralistes, services d'urgence, maisons de santé, SAS ▸ **Contractualisation Assurance Maladie :** CNP, accès aux soins immédiats ▸ Différenciation concurrentielle dans le paysage sanitaire local ▸ **Effet levier sur la clinique :** flux entrant générant des opportunités (chirurgie, imagerie…) ▸ **Digitalisation du parcours :** prise de RDV en ligne, pré-triage

W_FAIBLESSES	T_MENACES
▸ **Coût de mise en place :** travaux, équipements, recrutement ou renfort d'équipes ▸ Amplitude horaire difficile à garantir (soir, week-end) sans surcharge RH ▸ Disponibilité médicale parfois limitée dans le privé selon les spécialités ▸ Protocole de triage performant requis pour éviter l'engorgement ou les erreurs d'orientation ▸ Incertitudes sur le volume de patients au lancement ▸ **Contraintes réglementaires :** autorisations, conformité sécurité et sanitaire	▸ **Concurrence accrue :** maisons médicales, urgences privées, centres de soins immédiats, cabinets de garde ▸ Évolutions réglementaires pouvant restreindre l'activité ou les remboursements (cotations spéciales) ▸ Risque de surcharge si la demande dépasse les capacités → baisse de satisfaction ▸ Difficultés de recrutement médical et paramédical ▸ **Coûts opérationnels instables :** vacataires, consommables, revalorisations salariales ▸ **Attentes élevées des patients :** rapidité, disponibilité et prise en charge privilégiée (patients VIP)

L'opportunité majeure identifiée réside dans la rationalisation de l'espace du Check-up Center au 6 rue du Dôme. L'utilisation de ce foncier stratégique pour le service CNP illustre une gestion agile du patrimoine hospitalier : elle permet de tester un nouveau modèle organisationnel en limitant les coûts fixes et l'endettement initial. Sous l'égide du Groupe Vivalto Santé, cette stratégie d'optimisation des surfaces disponibles témoigne d'une volonté d'efficience opérationnelle. En réaffectant des locaux modernes et sous-utilisés à une activité à fort flux, la direction transforme une faiblesse potentielle (la vacance immobilière) en un levier de croissance immédiat, offrant au service de consultations non programmées un écrin à la hauteur des ambitions d'excellence du Groupe.

Ce repositionnement stratégique permet à l'établissement de répondre aux enjeux de santé publique actuels tout en préservant son ADN. Le défi n'est plus seulement de gérer une structure fermée, mais de piloter une organisation agile, capable d'absorber l'incertitude des flux non programmés sans sacrifier la qualité, la sécurité et la personnalisation des soins qui font la renommée de la Clinique Victor Hugo.

1.2 Appartenance au Groupe Vivalto Santé

La Clinique Victor Hugo appartient au Groupe Vivalto Santé, par son chiffre d'affaires, son nombre d'établissements et son volume d'activité. Vivalto Santé regroupe plus de 90 établissements de santé en France, couvrant les champs MCO, SSR et psychiatrie, et emploie plus de 15 000 collaborateurs. Ce positionnement en fait l'un des acteurs majeurs de l'hospitalisation privée française, à la fois sur le plan national et dans les territoires où il est implanté.

L'appartenance à ce Groupe procure à la Clinique Victor Hugo des avantages organisationnels, financiers et stratégiques significatifs qui dépassent le simple cadre d'un appui institutionnel.

- Accès à des Ressources Partagées : mutualisation des compétences et des outils, permettant une gestion plus efficace des ressources humaines et matérielles.
- Expertise et Accompagnement : bénéfice d'un soutien méthodologique et stratégique dans la conduite de projets, ainsi qu'un accès à des expertises spécialisées dans divers domaines (qualité, systèmes d'information, etc.).
- Économie d'Échelle : réduction des coûts grâce à des achats groupés et à la mise en commun de certains services administratifs et techniques.
- Développement de Nouvelles Activités : facilitation de l'introduction de nouveaux services ou projets, comme les consultations non programmées, grâce à l'expérience acquise par d'autres établissements du réseau.
- Renforcement de la Légitimité : augmentation de la crédibilité auprès des autorités de tutelle et des partenaires institutionnels, facilitant l'obtention de financements ou d'autorisations nécessaires.
- Formation et Développement Professionnel : accès à des programmes de formation continue pour le personnel, favorisant le développement professionnel et l'adhésion aux meilleures pratiques.

Ces avantages contribuent à positionner la clinique comme un acteur clé dans le secteur de la santé, tout en garantissant une qualité de soins optimale pour les patients. Cette synergie s'exprime d'abord par un accompagnement méthodologique rigoureux en matière de gouvernance. Le Groupe soutient ses établissements dans la conduite de projets structurants, qu'il s'agisse de transformations organisationnelles ou du développement de nouvelles activités. Grâce à des directions transversales spécialisées en médecine, qualité, systèmes d'information et ressources humaines, la clinique bénéficie d'expertises de haut niveau qui seraient inaccessibles à un établissement isolé. Cette inscription dans une stratégie globale renforce la légitimité du projet CNP auprès des autorités de tutelle et des partenaires institutionnels. (Cf. ANNEXE 4).

L'enveloppe travaux du projet CNP (350 000 euros), mutualisée avec le projet d'hôpital de jour médical (HDJM) cardiologie, est co-financée avec le soutien du Groupe. Cette mutualisation illustre une logique d'optimisation des ressources qui est au cœur de la valeur ajoutée de l'appartenance groupée : deux projets complémentaires partagent leurs coûts d'investissement, créant des synergies fonctionnelles (cardiologues disponibles sur site, accès imagerie cardiovasculaire, partage des espaces communs) tout en réduisant le risque financier individuel de chaque projet.

Si l'appartenance au Groupe Vivalto Santé offre un cadre stratégique robuste et des ressources mutualisées, la réussite de cette synergie repose sur l'incarnation de ces orientations au sein de l'unité opérationnelle. C'est précisément à l'intersection de cette dynamique de groupe et des spécificités de la Clinique Victor Hugo que se situe mon action.

En tant que coordinatrice générale des soins au sein de l'établissement, je me positionne comme l'interface entre les ambitions institutionnelles du Groupe et la réalité du terrain. Ma mission consiste à assurer la déclinaison opérationnelle de la stratégie de Vivalto Santé en leviers de performance et de qualité au quotidien, tout en garantissant l'ancrage local des projets innovants comme celui des Consultations Non Programmées.

1.3 Le virage ambulatoire : un levier de transformation

Le virage ambulatoire est la mutation la plus structurante du système hospitalier français. Amorcé dans les années 1990, ce mouvement substitue l'hospitalisation complète à une prise en charge permettant le retour à domicile le jour même.
La France a significativement progressé sur la chirurgie ambulatoire, passant d'un taux de 43,3 % en 2010 à 64,4 % en 2023. La France a d'ailleurs rattrapé son retard européen.[3]

Cette dynamique repose sur quatre piliers majeurs :

- Médical : Progrès de l'anesthésie locorégionale et généralisation des techniques mini-invasives (laparoscopie, arthroscopie) qui réduisent le temps de récupération.
- Technologique : Essor de l'imagerie interventionnelle et de la robotique chirurgicale.
- Économique : La Tarification à l'Activité (T2A)[4] valorise l'efficience. Un établissement capable d'enchaîner deux interventions ambulatoires sur une même place augmente mécaniquement sa productivité et ses revenus.
- Réglementaire : Les lois successives HPST 2009,[5] Loi Rist 2021 ont encouragé la coordination territoriale et l'accès aux soins de premier recours.

Si le virage ambulatoire est présenté comme un succès statistique, il n'en demeure pas moins un défi éthique et organisationnel qui interroge la qualité globale de la prise en charge et fait peser une pression croissante sur les équipes soignantes.
Selon une étude parue dans un article de recherche « *Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ?* » [6], la chirurgie ambulatoire permet de réduire les coûts de l'hôpital de 25 % en moyenne, mais que ce gain n'est possible qu'en changeant radicalement l'organisation des services et des équipes. Si le secteur privé a bien pris le virage, le secteur public est plus lent à s'adapter à cause d'une gestion moins flexible.

1.4 L'opportunité immobilière

Liée aux locaux du Check-up Center, La Clinique Victor Hugo met à disposition l'ensemble des locaux, du mobilier et des équipements médicaux et informatiques, en échange d'un loyer et de charges locatives. Un bail est signé entre CVH et la structure exploitante du service CNP, formalisant les obligations réciproques des deux parties.

---

[3] DGOS/ATIH, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) – Branche Maladie, édition 2025, section 2.12.3 « Chirurgie ambulatoire », p. 203,
[4] Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (introduction de la T2A) ;
[5] Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009.
[6] Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 20, vol. 5(1), pp. 45-67.

L'accès aux réseaux (électricité, eau, téléphonie, internet, fluides médicaux) est également fourni dans le cadre de ce bail. Cette mise à disposition permet à la structure exploitante du service de démarrer sans investissement immobilier propre, réduisant significativement le seuil de rentabilité et le risque financier de la phase de démarrage.

La configuration des locaux est particulièrement bien adaptée au fonctionnement d'un service CNP. Le RDC du 6 rue du Dôme dispose d'un espace d'accueil et de secrétariat partagé avec le Check-up Center, d'une salle d'attente dédiée pour les patients du service de CNP, d'une infirmerie pour les premiers soins et le triage, d'un bureau médical, et d'un espace coworking mutualisé. À terme, l'évolution vers une salle de soins avec deux brancards permettra d'accueillir des patients nécessitant une surveillance de courte durée ou des soins allongés.

La proximité physique immédiate entre le Check-up Center et la Clinique Victor Hugo constitue un atout opérationnel majeur. Elle permet d'organiser des circuits courts et fluides entre le service CNP et le plateau technique de la clinique : bloc opératoire, imagerie radiologique, biologie délocalisée, consultations spécialisées pour les patients nécessitant une exploration ou une intervention complémentaire. Cette continuité physique est un facteur de différenciation fort vis-à-vis des structures concurrentes, qui ne disposent généralement pas d'un accès direct à un plateau technique de cette qualité.

1.5 Mon positionnement au sein de la clinique

Arrivée en 2022 en qualité de responsable d'unités de soins, j'avais en charge l'unité ambulatoire, le fast-track et le service de brancardage, autant de secteurs qui m'ont permis de saisir les interdépendances entre flux patients, logistique interne et qualité des soins. Ce premier périmètre de responsabilité m'a immédiatement placée dans une posture managériale exigeante : organiser et optimiser les plannings, garantir la continuité des soins, gérer les tensions inhérentes à des flux d'activité variables, et accompagner des équipes aux profils et aux métiers très différents vers un objectif commun de qualité et de sécurité des prises en charge. J'y ai appris à articuler autorité et écoute et à arbitrer dans l'urgence tout en maintenant un cap à moyen terme en créant une cohésion d'équipe solide malgré les contraintes opérationnelles du quotidien.

Face à une vacance managériale, j'ai ensuite assuré l'intérim du poste de chef de bloc, une expérience particulièrement structurante sur le plan du management. Prendre en charge un secteur stratégique sans en avoir été préalablement titulaire impose une adaptation rapide, une capacité à asseoir sa légitimité dans un environnement médico-chirurgical exigeant, et une aptitude à gérer des personnalités aux cultures professionnelles affirmées telles que les chirurgiens, anesthésistes, infirmières de bloc.

Cette mission m'a conduite à développer un management de proximité fondé sur la clarté des attendus, la reconnaissance des compétences individuelles et la résolution constructive des conflits, tout en assurant le respect des protocoles de sécurité et la fluidité du programme opératoire.

En février 2024, j'ai conduit, en collaboration étroite avec les membres du CODIR et l'ensemble des équipes, le processus de certification de l'établissement.

Au-delà de la dimension procédurale et réglementaire, cette mission a représenté un véritable exercice de management transversal : il s'agissait de mobiliser des acteurs multiples : soignants, administratifs, médecins autour d'une démarche collective, de lever les résistances, d'impulser une culture qualité partagée et de maintenir la dynamique sur la durée. Coordonner sans lien hiérarchique direct, convaincre plutôt qu'imposer, et transformer une contrainte institutionnelle en opportunité de cohésion ; autant de compétences managériales que cette expérience m'a permis de consolider.

L'obtention de mon Master 1 en juillet 2025 a constitué un nouveau tournant dans mon positionnement institutionnel : nommée coordinatrice générale des soins, j'assume désormais la supervision transversale de l'ensemble des services de la clinique. Cette fonction implique un management à plusieurs niveaux : un management stratégique, en lien avec la direction, pour traduire les orientations institutionnelles en objectifs opérationnels concrets , un management intermédiaire, exercé en étroite collaboration avec les infirmiers coordinateurs de chaque service, qui constituent un relais de terrain essentiel en l'absence de cadres de service dédiés et un management indirect des équipes soignantes, dont je dois garantir les conditions d'exercice, la montée en compétences et l'engagement dans les projets de l'établissement. Cette posture de coordinatrice générale m'a appris à piloter par la confiance plutôt que par le contrôle, à déléguer avec discernement et à maintenir une vision d'ensemble sans perdre le contact avec les réalités du terrain. Ces concepts nous ont été évoqués lors du master 1, notamment par Jean-Paul DUMOND, professeur des universités en science des gestions, et membre de l'institut de recherche en gestion (IRG).

Ce parcours, de la responsabilité d'unités à la coordination générale des soins, en passant par une mission d'intérim au bloc et le pilotage de la certification, n'est pas anodin dans le contexte de ce projet. Il m'a permis de traverser les différentes strates de l'organisation, d'en comprendre les logiques propres, d'y nouer des relations professionnelles durables et d'y forger une identité managériale ancrée dans l'expérience du terrain autant que dans la réflexion académique. C'est précisément cette connaissance incarnée de l'établissement, dans sa diversité et sa complexité, qui fonde ma capacité à exercer le rôle de traductrice entre stratégie et terrain que requiert le projet CNP.

En tant que coordinatrice générale des soins, mon positionnement au sein de la clinique est celui d'une professionnelle à l'interface entre les dimensions stratégique, organisationnelle et opérationnelle de l'établissement. Cette mission a été formalisée lors du COPIL du 6 février 2026, qui m'a désignée co-responsable du projet avec le directeur des opérations, sous le sponsor du directeur général de la clinique (Cf. ANNEXE 5).

Mon rôle est à la fois de comprendre et de porter la vision stratégique de la direction, développer un service CNP de qualité qui contribue au positionnement territorial de la clinique et d'en décliner les implications concrètes pour les équipes soignantes, médicales et administratives qui seront au quotidien les acteurs du service.
Ce positionnement implique plusieurs compétences spécifiques que ce projet m'a permis de mobiliser et de développer.

La compétence de coordination pluridisciplinaire : le projet CNP implique des acteurs aux cultures professionnelles très différentes, urgentistes, chirurgiens orthopédiques, infirmières de triage, secrétaires médicales, responsables de la facturation, directeur des systèmes d'information, partenaires territoriaux (CPTS, ARS, CPAM).

Faire travailler ensemble ces acteurs vers un objectif commun, en respectant les identités professionnelles de chacun et en créant les conditions d'une collaboration fluide, est au cœur de mon rôle.

La compétence de pilotage par les indicateurs : dans un contexte où la viabilité économique du service conditionne sa pérennité, j'ai développé une approche rigoureuse du suivi des performances, articulant des indicateurs médicaux (qualité des prises en charge, sécurité des patients), organisationnels (délais d'attente, taux de conformité aux protocoles) et économiques (activité, chiffre d'affaires, taux de transformation). Cette approche me permet d'avoir une vision à 360 degrés du service et de prendre des décisions éclairées.

La compétence de conduite du changement : l'ouverture d'un service de consultations non programmées dans un établissement tourné vers le programmé représente un changement culturel significatif. Certains médecins craignent une dénaturation de l'identité de la clinique ou un impact négatif sur la qualité perçue. Certains soignants s'interrogent sur leurs futures responsabilités et sur l'adéquation de leurs compétences avec ce nouveau contexte. Mon rôle est d'accompagner ces transformations avec empathie, méthode et conviction.

Ma légitimité dans la conduite de ce projet repose sur plusieurs fondements complémentaires. La légitimité institutionnelle, conférée par ma nomination officielle comme co-responsable du projet en COPIL.
La légitimité technique, issue de ma connaissance approfondie de l'établissement, de ses ressources, de ses contraintes réglementaires et de ses dynamiques professionnelles. Et la légitimité relationnelle, qui se construit au quotidien dans la relation de confiance avec les équipes, les médecins et la direction. C'est cette légitimité relationnelle qui, au-delà du mandat institutionnel, détermine la capacité réelle à conduire un changement durable.

2. Origine du besoin : pourquoi créer des CNP

La mise en placedes consultations non programmées au sein de la Clinique Victor Hugo ne relève pas d'une simple opportunité organisationnelle, mais s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'adaptation de l'offre de soins aux évolutions des besoins de la population. Dans un système de santé marqué par la saturation des services d'urgences et les difficultés d'accès à la médecine de ville dans des délais rapides, les structures privées spécialisées sont de plus en plus sollicitées pour proposer des alternatives pertinentes, sécurisées et efficientes.

Dans ce contexte, développer une offre de consultations non programmées apparaît comme une réponse à la fois pragmatique et stratégique. Elle permet de mieux capter une demande croissante de prise en charge rapide pour des pathologies aiguës, bénignes ou semi-urgentes, tout en renforçant le rôle de la clinique dans le parcours de soins territorial. Cette évolution s'inscrit également dans une logique d'optimisation des ressources existantes et d'amélioration continue de l'expérience patient, en proposant une réponse adaptée là où un vide organisationnel persistait.

Au-delà des données macro-territoriales et de l'analyse concurrentielle, c'est d'abord un constat de terrain répété et quotidien qui a mis en lumière le besoin urgent d'une réponse structurée aux consultations non programmées au sein de la Clinique Victor Hugo (Cf. ANNEXE 6).

Depuis plusieurs années, des patients se présentaient spontanément à l'accueil de la clinique ou interpellaient le voiturier en quête d'une prise en charge rapide pour des motifs aigus non vitaux : une entorse de cheville à la suite d'un accident de sport, une plaie du doigt, une douleur abdominale aiguë, une conjonctivite purulente ou encore une infection cutanée localisée.

Face à ces sollicitations, la clinique se trouvait dans une position inconfortable : elle ne pouvait ni répondre à ces demandes dans le cadre de son activité programmée, ni les ignorer sans risquer de décevoir des patients qui, souvent, avaient choisi de se présenter à la clinique par confiance envers la qualité de ses soins et la compétence de ses équipes. La réponse systématique était d'orienter ces patients vers les urgences hospitalières les plus proches ou vers les rares structures de consultations non programmées du secteur, avec les délais d'attente et l'expérience dégradée que cela implique.

Ce constat empirique a été partagé avec la direction de la clinique et avec plusieurs médecins référents lors de réunions informelles et de COPIL préparatoires au projet. Il a créé un sentiment d'urgence et de légitimité autour de la nécessité de structurer une réponse. Simultanément, l'observation des flux entrants dans le service SOS Mains révélait que nombre de patients se présentaient pour des pathologies qui n'étaient pas strictement des urgences de la main, mais relevaient d'une médecine générale ou traumatologique non programmée. SOS Mains subissait ainsi un effet de débordement, prenant en charge par défaut des pathologies qui auraient pu être gérées différemment dans un service CNP dédié.

La mise en place du Check-up Center, avec ses locaux modernes et pleinement équipés mais partiellement sous-utilisés en dehors des créneaux de bilans de santé, a mis en lumière une opportunité stratégique d'optimisation des ressources. Ces locaux disponibles, pouvant accueillir une activité médicale non programmée sans nécessiter d'investissement immobilier complémentaire. Cette convergence entre un besoin territorial documenté, un constat de terrain interne récurrent et une opportunité immobilière disponible a constitué le point de départ du projet CNP.

2.1. Un besoin territorial identifié

La saturation des services d'urgences hospitalières constitue l'un des défis les plus pressants et les plus documentés du système de santé français. Selon les données de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les services d'urgences des hôpitaux publics et privés ont enregistré plus de 20.8 millions de passages en 2023, contre 18.8 millions en 2013, soit une augmentation de plus de 9 % en 10 ans. Cette croissance continue, bien supérieure à l'augmentation de la capacité d'accueil, est à l'origine d'une dégradation progressive des conditions de prise en charge, d'un allongement des délais d'attente et d'une mobilisation disproportionnée des ressources médicales et soignantes.[7]

Les facteurs explicatifs de cette saturation sont multiples et bien documentés : la diminution de l'offre de médecine générale libérale dans certains territoires, accentuée par les départs en retraite et le renouvellement insuffisant du corps médical, prive de nombreux patients de médecin traitant ou de consultation rapide ; la réduction des permanences de soins ambulatoires laisse des créneaux horaires entiers sans réponse médicale organisée ; le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques contribuent à reporter sur les urgences des consultations qui pourraient être prises en charge en ambulatoire.

[7] DREES. Les établissements de santé – édition 2023. Paris : DREES, 2023.

Enfin, la méconnaissance des alternatives aux urgences par une partie de la population alimente encore ce flux. Le rapport Mesnier de mai 2018, s'appuyant sur l'enquête DREES de 2013, quantifie précisément cette réalité : 43 % des passages aux urgences hospitalières pourraient relever d'une prise en charge de médecine de premier recours, sans mobilisation du plateau technique hospitalier, soit près de 8,7 millions de consultations annuelles qui pourraient être orientées vers d'autres structures, permettant ainsi de recentrer les services d'urgences sur leur cœur de mission, la prise en charge des situations réellement vitales.

Dans ce contexte, l'adhésion au Service d'Accès aux Soins (SAS), instaurée par la loi Rist de 2021, vise à organiser la régulation des demandes de consultations non programmées à l'échelle territoriale, en associant les acteurs de la médecine de ville et les établissements de santé dans un dispositif coordonné. Les établissements privés comme la Clinique Victor Hugo ont un rôle à jouer dans ce dispositif, en proposant une offre complémentaire aux urgences hospitalières publiques, calibrée sur les besoins spécifiques de leur territoire.

Dans le 16e arrondissement de Paris, cette problématique prend une coloration particulière. Avec ses 162 000 habitants (données INSEE)[8], l'arrondissement présente un profil démographique et socio-économique spécifique : population vieillissante dans certains secteurs, forte densité de cadres et professions libérales, présence d'entreprises importantes et d'établissements scolaires et universitaires générant des flux de travailleurs et d'étudiants. Ces caractéristiques créent une demande de consultations non programmées à la fois quantitativement significative et qualitativement exigeante, une patientèle qui veut des soins rapides, de qualité, dans un environnement agréable et professionnel.

Or, les services d'urgences les plus proches géographiquement sont déjà sous tension. L'Hôpital Européen Georges-Pompidou (HEGP), l'un des plus grands établissements hospitaliers parisiens, a enregistré 51 505 passages aux urgences en 2024.
Parmi ces passages, 5 984 concernaient des patients de plus de 80 ans et 1 057 des patients de moins de 18 ans.

Sur l'ensemble de ces passages, 5 688 ont donné lieu à une hospitalisation en MCO au sein de la même entité juridique et 2 135 dans une autre entité juridique.[9] Ce volume d'activité considérable illustre la pression qui s'exerce sur les structures d'urgences du territoire et la demande soutenue de la population pour des consultations non programmées de proximité, renforçant ainsi la pertinence et l'opportunité du projet CNP à la clinique Victor Hugo.
Au total, le flux non capté est estimé à 13 500 passages annuels supplémentaires pouvant être orientés vers le service CNP de la Clinique Victor Hugo, soit une cible de 30 à 50 patients/jour selon le rythme de montée en charge validé en COPIL du 6 février 2026.

Cette estimation repose sur le croisement de trois sources complémentaires :

- En premier lieu : les données DREES 2023 relatives aux passages aux urgences de l'HEGP (FINESS 750100042) font état de plus de 80 000 passages annuels, dont 43 % relèvent d'une prise en charge de premier recours ne nécessitant pas la mobilisation du plateau technique hospitalier, conformément aux conclusions du rapport Mesnier (2018).

[8] Dossier complet Commune de Paris 16e Arrondissement
[9] DREES, Statistique Annuelle des Établissements de Santé (SAE),

- En deuxième lieu : l'analyse concurrentielle conduite sur le territoire identifie seulement trois structures de soins non programmées dans un rayon de 3 km autour de la Clinique Victor Hugo, dont la capacité d'accueil cumulée est notoirement insuffisante au regard de la densité de population du 16e arrondissement (162 000 habitants, INSEE 2021) et des flux de travailleurs pendulaires du secteur.
- En troisième lieu : la Note de cadrage CNP de la Clinique Victor Hugo (février 2026) retient une hypothèse conservatrice de captation de 20 % du flux ré-orientable identifié sur le territoire.

Le rapport IGAS de 2019 sur les consultations non programmées soulignait précisément cette inadéquation structurelle entre l'offre de soins de premier recours et la demande, appelant au développement de structures alternatives aux urgences hospitalières, capables d'absorber les flux de patients présentant des problèmes aigus non vitaux.

Le développement des structures privées de consultations non programmées interroge néanmoins l'évolution du partage des missions entre secteur public et secteur privé. Si ces dispositifs participent au désengorgement des urgences hospitalières, certains auteurs soulignent le risque d'une segmentation progressive des parcours de soins, avec une captation préférentielle des prises en charge les plus simples et les plus rentables par les structures privées, laissant au secteur public les situations les plus lourdes et les plus complexes.

Ainsi, le recours à l'ambulatoire doit s'analyser par pathologie, le taux global pouvant cacher des disparités en fonction du type d'établissement, de la région ou des investissements réalisés dans la structure ambulatoire. (Cf. ANNEXE 7)

2.1.1 Analyse du paysage concurrentiel :

Un environnement porteur. L'étude de la concurrence a permis de cartographier l'offre de consultations non programmées autour de la Clinique Victor Hugo. Cette analyse révèle un environnement territorial très favorable : si des structures existent, leur offre demeure partielle ou discontinue, laissant des besoins non couverts.



- Mon Urgence Santé Auteuil : Ouvert 7j/7 (8h-22h en semaine, 9h-22h le dimanche), c'est l'acteur de référence actuel. Sa large amplitude horaire confirme la forte demande locale pour des soins de proximité.
- Centre Médical Sarah Santé Auteuil : Malgré des horaires étendus en semaine (8h-21h), sa fermeture le dimanche et son horaire réduit le samedi (fermeture à 18h) créent une rupture de soins hebdomadaire.

Ce manque d'alternative en fin de semaine pousse les patients vers des recours inappropriés aux urgences hospitalières.

- Maison Médicale de Garde : Son activité est strictement limitée aux week-ends et jours fériés. De fait, elle ne répond pas à la demande massive de consultations non programmées survenant durant la semaine.

2.1.2 Positionnement du projet :

Le projet de Centre de Soins Non Programmés de la Clinique Victor Hugo ne s'inscrit pas dans une logique de confrontation commerciale avec les acteurs de proximité, mais dans une démarche de maillage territorial. Si des structures comme Mon Urgence Santé Auteuil ou Sarah Santé absorbent une part importante de la prise en charge des affections mineures de ville, la Clinique Victor Hugo se distingue par sa capacité à proposer une prise en charge "hybride" en s'appuyant sur les infrastructures d'un établissement chirurgical ; il propose une prise en charge à mi-chemin entre la médecine de ville et l'hôpital.

Cette organisation permet de dépasser les limites habituelles des centres médicaux de proximité, qui sont souvent contraints de réorienter les patients dès lors qu'un examen complémentaire (imagerie, biologie) ou un geste technique est nécessaire. Contrairement aux centres médicaux de quartier qui réorientent souvent les patients vers l'hôpital public dès qu'un examen complémentaire ou un geste technique complexe est requis, le CNP bénéficie de l'infrastructure d'un établissement chirurgical.

Cette nuance constitue une différenciation par l'adossement au plateau technique. Cette spécificité permet une levée de doute diagnostique immédiate.
En pratique, cela signifie une prise en charge plus fluide, plus rapide et plus complète. Le patient entre pour un problème simple, mais peut bénéficier, si besoin, d'examens ou d'actes plus poussés sans changer de structure.

Par ailleurs, ce positionnement ouvre la voie à une meilleure coordination avec les professionnels de santé du territoire, notamment les médecins traitants, en facilitant les retours d'information et le suivi post-consultation. Il renforce également la capacité de la clinique à capter et orienter précocement des patients pouvant relever secondairement d'une prise en charge spécialisée ou chirurgicale. À plus long terme, ce type de dispositif contribue à structurer des parcours de soins plus lisibles, en réduisant les ruptures et en favorisant une graduation plus cohérente des niveaux de prise en charge.

2.1.3 Description du CNP :

Le service CNP assure la prise en charge de pathologies aiguës non vitales relevant d'une évaluation rapide et d'un traitement immédiat ou à court terme, sans engagement du pronostic vital immédiat. La définition précise du champ d'activité est un élément fondamental de la sécurité du service : elle détermine les critères d'éligibilité des patients, les protocoles de triage, les compétences requises des médecins intervenants et les modalités d'orientation vers des structures de niveau supérieur.

Le service prendra en charge les pathologies suivantes, directement articulées avec les spécialités d'excellence de la Clinique Victor Hugo :

- En traumatologie non complexe : entorses simples, contusions, traumatismes légers des membres sans fracture complexe suspectée, luxations simples réductibles, en lien avec l'expertise SOS Mains et les chirurgiens de l'IFCM et de l'IFCE.

En soins infirmiers urgents : plaies simples nécessitant des points de suture ou des agrafes, pansements de brûlures mineures, ablation de fils ou d'agrafes, soins de cicatrices.

- En médecine générale aiguë non programmée : infections cutanées localisées (abcès, cellulite débutante), infections ORL (otite, sinusite, angine), infections urinaires, gastro-entérites aiguës, réactions allergiques modérées, douleurs abdominales non chirurgicales.
- En cardiologie et pneumologie de premier recours : palpitations bénignes, dyspnée légère à modérée d'allure fonctionnelle, douleurs thoraciques de faible probabilité coronarienne évaluées par ECG, en lien avec les cardiologues du futur HDJM.
- En complications post-opératoires mineures pour les patients ayant été opérés à la clinique : infection superficielle de plaie, douleur postopératoire résistante au traitement, problème de cicatrisation.

Les urgences vitales sont strictement exclues du périmètre du service. Tout patient présentant une détresse vitale, arrêt cardio-respiratoire, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, polytraumatisme grave, choc hémorragique, difficultés respiratoires sévères fera l'objet d'une orientation immédiate vers le SAMU (15) et les services d'urgences hospitalières adaptés, conformément aux protocoles en vigueur. La formation des médecins et des IDE aux critères de reconnaissance des urgences vitales et aux procédures d'appel du SAMU est un prérequis indispensable à la sécurité du service.

Des critères d'éligibilité précis, formalisés dans un protocole de triage validé par la CME avant l'ouverture, permettront de distinguer les situations relevant du service CNP de celles nécessitant une prise en charge dans un service d'urgences hospitalier. Ce protocole de triage, adapté des classifications CCMU (Classification Clinique des Malades Des Urgences), référence, est régulièrement mis à jour en fonction des retours d'expérience et des nouvelles recommandations de la HAS.

Classe	Définition	État clinique	Action / Orientation CNP
1	**État stable — sans menace vitale** Aucun acte diagnostique ou thérapeutique nécessaire.	Patient conscient, stable. Plainte fonctionnelle sans signe de gravité. Ex. : rhume, douleur bénigne, certificat médical.	**CNP : prise en charge directe.** Consultation médicale simple. Ordonnance. Retour à domicile. Délai cible : ≤ 2 h
2	**État pouvant s'aggraver** Pas de menace vitale immédiate. Acte diagnostique ou thérapeutique nécessaire.	Patient stable mais évolution incertaine. Ex. : fièvre, plaie à suturer, douleur thoracique atypique.	**CNP : prise en charge avec bilan.** Biologie, imagerie. Surveillance courte. Délai cible : ≤ 1 h
3	**Pronostic vital non menacé à court terme** Actes thérapeutiques multiples nécessaires en urgence.	Signes de gravité présents, état pouvant se dégrader rapidement. Ex. : AVC suspecté, dyspnée modérée, fracture déplacée.	**Hors périmètre CNP.** Transfert vers urgences ou hospitalisation. Réorientation immédiate.
4	**Pronostic vital menacé** Mise en jeu du pronostic vital. Prise en charge médicale immédiate.	Détresse vitale aiguë. Ex. : choc, coma, arrêt cardiaque, insuffisance respiratoire sévère.	**Hors périmètre CNP.** Appel SMUR / 15. Stabilisation immédiate. Réorientation absolue.
5	**Patient décédé ou pronostic très sombre** Décès à l'arrivée ou situation sans espoir de survie.	Patient décédé ou nécessitant une réanimation sans perspective raisonnable.	**Hors périmètre CNP.** Prise en charge par réanimation. Constat de décès si nécessaire.
P	**Problème psychiatrique prédominant** Sans pathologie somatique associée significative.	Agitation, crise anxieuse, TAS, décompensation psychiatrique.	**Hors périmètre CNP habituel.** Évaluation psychiatrique. Orientation : CMP, UHCD ou psychiatrie.

2.1.4 Le Service d'Accès aux Soins (SAS) et partenariats :

Pour ne pas rester une structure isolée, le CNP s'insère dans une gouvernance partagée de l'urgence de proximité. Cette intégration au SAS revêt également une dimension institutionnelle forte.
En Île-de-France, cette dynamique est déjà bien engagée : l'ensemble des départements d'Île-de-France sont désormais dotés d'un SAS opérationnel, avec 1 877 médecins de ville participants et 70 162 rendez-vous pris en ville par les SAS franciliens durant l'année 2025, soit une progression de 21 % par rapport à l'année 2024. Le CNP de la clinique Victor Hugo a donc vocation à s'inscrire pleinement dans cette dynamique territoriale.

L'intégration comme effecteur du SAS positionne la clinique dans la chaîne de régulation médicale nationale.

Ce partenariat est doublement gagnant :
Pour le territoire : Le régulateur du centre 15 dispose d'une visibilité en temps réel sur les capacités de la clinique, lui permettant d'orienter les patients vers notre structure plutôt que vers un service d'urgences saturé.
Pour la clinique : Le référencement sur la plateforme numérique du SAS génère un flux de patients "pré-orientés", souvent éligibles à la majoration SNP (+15 €), ce qui consolide l'équilibre médico-économique du projet. La croissance de 21 % de l'activité du SAS francilien en 2025 témoigne d'un changement structurel des habitudes de recours aux soins auquel nous nous adaptons.

L'ancrage libéral via la CPTS du 16e : Notre conventionnement garantit une parfaite complémentarité avec la médecine de ville. En formalisant des protocoles d'orientation bidirectionnels, le CNP assure une prise en charge experte de l'épisode aigu tout en sécurisant le retour systématique du patient vers son médecin traitant pour le suivi au long cours.

Engagement et Transparence : L'Observatoire des SNP : Inscrit depuis le 14 janvier 2026 à l'Observatoire des soins non programmés, l'établissement s'inscrit dans une démarche de transparence.
Le partage de nos données d'activité valorise notre contribution à la mission de service public, renforçant notre légitimité auprès de l'ARS et de l'Assurance Maladie pour l'obtention de financements contractuels, dotations FIR (Fonds d'Intervention Régional).[10]

Toutefois, plusieurs rapports soulignent également les limites du SAS. Certains auteurs mettent en évidence une hétérogénéité importante des pratiques de régulation selon les territoires, ainsi qu'un risque de réorientation excessive vers des structures intermédiaires dont les capacités restent limitées. Dès lors, si le SAS améliore théoriquement la fluidité des parcours, il peut aussi contribuer à déplacer la saturation plutôt qu'à la résoudre durablement.

3. Enjeux et objectifs managériaux :

La création d'un service de CNP au sein d'un établissement MCO à forte culture chirurgicale soulève une problématique centrale : comment concilier l'imprévisibilité de l'urgence mineure avec la rigueur du programmé, tout en respectant des contraintes économiques et de ressources humaines fortes.

[10] Instruction DGOS/R2/2019/151 du 4 juillet 2019 relative au renforcement de l'offre de consultations non programmées en médecine de ville.

Historiquement ancré dans une culture du "programmé", l'introduction de l'incertitude propre aux consultations non programmées bouscule les paradigmes établis. L'enjeu est de piloter cette transition sans fragiliser le cœur de métier chirurgical.

3.1 Mobilisation et adhésion des équipes

Le premier défi réside dans la gestion des résistances au changement. La création du service CNP impacte l'équilibre culturel et opérationnel de la clinique :

- Craintes médicales : peur d'une interférence avec l'activité programmée. La déconstruction des résistances médicales. L'identité d'un établissement privé chirurgical repose souvent sur la spécialisation et la technicité. L'arrivée d'un service de "flux" peut être perçue par le corps médical comme une menace pour la qualité de service ou une source de désorganisation.
- La peur de la dilution identitaire : certains praticiens peuvent craindre que la clinique ne perde son image de "centre d'excellence" pour devenir un centre de soins non différenciés.
- Inquiétudes paramédicales : interrogations sur l'adéquation des compétences face aux urgences, l'élargissement des responsabilités et les contraintes d'ouverture (7j/7).

Ces résistances, loin d'être de simples obstacles techniques, révèlent une profonde crise de sens face à la mutation du modèle hospitalier privé. Pour le gestionnaire, l'enjeu n'est pas de nier ces inquiétudes, mais de piloter une acculturation progressive en réconciliant l'identité historique de l'établissement avec les impératifs de santé publique. La réussite de ce projet repose donc sur un management qui transforme cette "menace" perçue en une opportunité stratégique : celle de sécuriser le parcours patient tout en renforçant l'efficience opérationnelle. En plaçant le dialogue médico-administratif au cœur de la gouvernance, le manager garantit que l'innovation organisationnelle ne se fasse pas au détriment de l'excellence clinique, mais au service de sa pérennité.

Le succès du service repose sur l'harmonisation de cultures professionnelles hétérogènes. La fluidité du parcours patient dépend d'une collaboration étroite entre :

- Les médecins urgentistes (vacataires) : habitués à une forte autonomie décisionnelle.
- Le personnel infirmier : en première ligne sur le triage et l'évaluation clinique initiale.
- Le secrétariat médical : pivot de la gestion administrative et de la facturation complexe d'actes mixtes.
- Les spécialistes de la clinique : intervenant en appui pour les cas complexes

Dans cette perspective, le pilotage du projet repose sur une structuration claire des objectifs et sur une trajectoire de déploiement progressive. Cette organisation permet d'assurer à la fois la cohérence stratégique du dispositif et la sécurisation de sa mise en œuvre opérationnelle.

3.2 Trajectoire de montée en charge

Le projet des Consultations Non Programmées vise à implanter une offre de soins de premier recours au sein de la Clinique Victor Hugo.

En cohérence avec les orientations de l'IGAS et du ministère de la Santé, ce dispositif ambitionne de désengorger les urgences hospitalières du secteur tout en optimisant les ressources de l'établissement.[11]La stratégie de déploiement repose sur une croissance raisonnée permettant de sécuriser les processus cliniques avant l'augmentation des volumes. Dans cette logique, une phase initiale volontairement contenue est privilégiée afin de garantir la robustesse du modèle avant tout élargissement.

L'objectif est également de construire des indicateurs de pilotage fiables dès le démarrage, permettant d'orienter les décisions d'évolution sur des données objectivées et non sur des projections théoriques. Cette phase initiale permet également de consolider progressivement les organisations internes, en laissant le temps aux équipes de s'adapter aux nouveaux circuits sans rupture opérationnelle. Elle favorise ainsi une montée en compétence graduelle et homogène des professionnels impliqués.

3.2.1 Un alignement avec les politiques publiques de santé

Le projet de consultations non programmées ne se limite pas à une extension de l'offre de soins de la Clinique Victor Hugo ; il répond à un enjeu de santé publique majeur. En s'appuyant sur les recommandations du ministère de la Santé et les rapports de l'IGAS (2021-2023)[12], l'établissement s'inscrit dans la stratégie de restructuration des soins de premier recours.

L'objectif est double :

- Sur le plan territorial : offrir une alternative de proximité pour les "urgences ressenties" ou les soins aigus non vitaux (niveaux CCMU 1 et 2) afin de contribuer au désengorgement des structures d'urgences hospitalières (SAU) saturées.
- Sur le plan institutionnel : optimiser l'efficience de l'établissement en rentabilisant les espaces Check-up Center et les plateaux techniques sous-utilisés sur certains créneaux horaires.

Le choix d'une montée en charge progressive répond à un impératif de gestion des risques et de qualité des soins. Contrairement à une ouverture en pleine capacité qui pourrait fragiliser les organisations, la clinique privilégie une approche prudente :

- Phase pilote (Juillet 2026 - 10 patients/jour) : cette étape cruciale permet de tester « l'étanchéité » des circuits patients et l'interfaçage des systèmes d'information (Mediboard/Doctolib). C'est une phase d'ajustement pour l'équipe soignante qui doit s'approprier les protocoles de triage.
- Phase de croisière (Septembre 2026 - 30 patients/jour) : coïncidant avec la rentrée et l'augmentation saisonnière des pathologies de ville, ce palier permet de vérifier la robustesse du modèle économique et la tenue de l'indicateur clé (KPI) de moins de 30 minutes d'attente.
- Cible à 18 mois (40 à 50 patients/jour) : ce volume d'activité constitue le seuil d'optimisation médico-économique. Il permet d'amortir les coûts fixes de la structure tout en générant un flux de patients suffisant pour alimenter, si nécessaire, le plateau technique (imagerie) et les consultations spécialisées de second recours.

[11] Ministère de la Santé L'organisation et la facturation des consultations non programmées en ambulatoire, mise à jour janvier 2026

[12] IGAS, publication du 9 février 2026 Centres de consultations non programmées : l'IGAS pousse à l'encadrement d'une offre née hors cadre

Cette trajectoire sécurise l'adhésion des équipes. Il s'agit de piloter le changement en offrant une courbe d'apprentissage aux collaborateurs, évitant ainsi l'épuisement professionnel (burn-out) lié à un flux incontrôlé dès le lancement.

L'implantation du CNP au sein de la Clinique Victor Hugo répond à une logique de maillage territorial fin. L'objectif est de pallier les insuffisances de l'offre de soins de ville sans pour autant se substituer au médecin traitant, mais en agissant comme un dispositif de recours immédiat. Une accessibilité temporelle stratégique : L'ouverture 7j/7, de 9h à 19h (puis 21h), vise spécifiquement les segments critiques du parcours de soins classique.
Le choix de ces créneaux n'est pas empirique : il correspond aux périodes de forte tension identifiées par l'ARS, notamment lors de la fermeture des cabinets libéraux en soirée et le week-end. La gestion des flux épidémiologiques : en ciblant les pics d'affluence (10h-11h et 18h-20h), le service absorbe la demande excédentaire qui, faute de réponse, saturerait les urgences publiques. Cette démarche permet de transformer une demande de soins désordonnée en un flux régulé et sécurisé, garantissant au patient une prise en charge dans une temporalité optimisée.

La levée des freins à l'accès : L'absence de rendez-vous préalable et la simplification des démarches administratives à l'entrée constituent un facteur d'inclusion. Pour un territoire comme le 16e arrondissement, qui cumule une population résidente exigeante et un flux de travailleurs pendulaires important, cette réactivité est un avantage compétitif et social majeur.

3.3 Synergie avec l'HDJM Cardiologie

L'articulation avec le futur Hôpital de Jour de Médecine (HDJM) Cardiologie permet une différenciation forte :

- Expertise clinique : avis spécialisés en temps réel pour les motifs cardiovasculaires, évitant des transferts externes.
- Mutualisation technique : optimisation des investissements (ECG, échographes) et partage du plateau technique. L'adossement du CNP à l'Hôpital de Jour de Médecine (HDJM) en Cardiologie crée une unité de lieu et d'expertise rare en secteur privé ambulatoire :
- Optimisation de la pertinence des soins : la proximité immédiate des cardiologues permet de transformer une simple consultation de consultations non programmées en un parcours de soins spécialisés si l'état du patient le nécessite (douleurs thoraciques, palpitations). Cela évite l'évacuation systématique vers des services d'urgences publics pour des examens que la clinique peut réaliser en interne.
- Mutualisation des actifs : d'un point de vue gestionnaire, cette synergie permet d'amortir plus rapidement les investissements lourds (ECG haute-fidélité, échographes, moniteurs de surveillance). Le partage de ces équipements entre le flux programmé de l'HDJM et le flux non programmé des CNP maximise le taux d'utilisation des dispositifs médicaux.

Pour respecter l'engagement de rapidité, le service doit réduire sa dépendance aux plateaux techniques externes :

- Imagerie de proximité : l'utilisation d'un arceau chirurgical au sein du service et la convention avec un radiologue vacataire permettent de traiter les traumatismes légers (fractures, luxations) sans attente. L'urgence différée pour l'interprétation des clichés sécurise juridiquement la décision médicale tout en fluidifiant le passage du patient.

- Biologie délocalisée (POCT) : en obtenant des résultats (troponine, CRP, gaz du sang) en moins de 20 minutes, le médecin peut décider de l'orientation du patient immédiatement, réduisant ainsi la Durée Moyenne de Séjour (DMS) au sein du centre et augmentant la capacité de rotation des box de soins. (Cf. ANNEXE 8).

4. Ressources mobilisées :

La réussite opérationnelle du centre de Consultations Non Programmées (CNP) repose sur une adéquation stricte entre les moyens matériels engagés et la typologie des flux attendus. Sur le plan matériel, l'inventaire a été rigoureusement validé avec la communauté médicale lors du COPIL du 26 février 2026. Ce choix concerté garantit que chaque investissement répond à un besoin de terrain tout en respectant les contraintes budgétaires de l'établissement.

Les locaux au RDC du 6 rue du Dôme sont organisés en trois espaces complémentaires.

- Locaux mutualisés CNP + Check-up Center : accueil partagé, secrétariat, salle de soins infirmiers mutualisée (utilisée alternativement pour les bilans du Check-up et les soins CNP), bureau médical, WC accessibles aux deux services.
- Locaux dédiés au service CNP : salle d'attente CNP spécifique (signalétique claire pour orienter les patients), infirmerie de triage, bureau médecin dédié. Salle de soins avec 2 brancards pour la surveillance de courte durée.
- Locaux Check-up Center : espace coworking pour les usagers entre deux consultations, espaces de réalisation des bilans.

L'implantation au sein du Check-up Center a nécessité une réadaptation des locaux pour répondre aux normes d'accueil du public et aux exigences de soins aigus.
Secteur d'accueil et de tri : Un espace dédié à l'enregistrement administratif et à l'évaluation initiale de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) pour prioriser les flux selon la gravité.
Box d'examen polyvalents : box équipés de mobilier médical standard (table d'examen motorisée, éclairage scialytique de proximité) permettant la réalisation d'actes de petite chirurgie et d'examens cliniques.

L'inventaire validé en COPIL met l'accent sur l'autonomie diagnostique et thérapeutique du service :

- Chariot d'urgence et réanimation : Élément central de la sécurisation du circuit, il comprend un défibrillateur semi-automatique (DSA), un kit d'intubation et les drogues d'urgence permettant de stabiliser un patient en cas d'aggravation brutale avant transfert au SAU.
- Matériel de petite chirurgie et plâtrerie : Afin de traiter la traumatologie légère, le service dispose de sets de suture à usage unique, d'appareils de pose d'immobilisations (attelles, résines) et de matériel d'anesthésie locale.

L'efficience du service repose sur un accès prioritaire et dématérialisé au plateau technique d'imagerie situé dans le bâtiment principal.

Cette synergie permet une levée de doute diagnostique immédiate, réduisant ainsi les délais d'attente et sécurisant l'orientation du patient. Ce déploiement technologique garantit une prise en charge « au lit du patient » conforme aux standards de l'excellence médicale, permettant d'initier une stratégie thérapeutique sans attendre les délais habituels.
Afin d'assurer la continuité des soins et la traçabilité des interventions, le service bénéficie d'une infrastructure numérique de pointe.

Chaque poste de soin étant équipé du logiciel Mediboard les identités numériques pourront être qualifiées, ce qui permettra l'export des comptes rendus sur le DMP des patients.

La mise en œuvre opérationnelle du service de consultations non programmées repose sur une programmation budgétaire cohérente avec les objectifs de sécurité et d'efficience fixés lors du COPIL.
L'inventaire présenté ci-après témoigne d'une stratégie d'équipement par étapes : la priorité a été accordée à la sécurisation du circuit patient et à l'équipement des espaces de consultation (déjà installés), tandis que les dispositifs d'exploration fonctionnelle plus complexes (échographie, EFR) font l'objet d'un déploiement second. Ce phasage permet non seulement de lisser la charge d'investissement, mais aussi de garantir que chaque étape de l'ouverture du service s'appuie sur une base technique robuste et immédiatement fonctionnelle.

Ce tableau constitue ainsi le tableau de bord du déploiement matériel, assurant l'interface entre les besoins cliniques des soignants et les impératifs budgétaires de la direction.

Équipement	Acheté ✓	En cours ⧗	À acquérir
Table d'examen	✓		
ECG	✓		
Tensiomètres (×3)	✓		
Échographe 4 sondes		⧗	
Caisson EFR		⧗	
Spiromètre + logiciel		⧗	
Défibrillateur	✓		
Chariot d'urgences		⧗	
Chariot de soins		⧗	
Appareil BU		⧗	
Thermomètres	✓		
Balance	✓		
Projecteur d'optotype			→
Audiomètre			→
3 fauteuils + 1 bureau	✓		
Séparations + imprimantes	✓		

4.1 Système d'information et outils numériques

Le pilotage du projet CNP s'appuie sur une infrastructure numérique intégrée pour éviter toute rupture dans le parcours du patient.

Les logiciels utilisés au CNP sont les mêmes que ceux des autres services de la Clinique Victor Hugo, permettant une transmission fluide des données en cas de prise en charge post-consultation au sein de la Clinique.

4.2 L'équipe médicale

L'équipe médicale est constituée de médecins urgentistes.
Chaque médecin signe avant sa première intervention le protocole de fonctionnement du Check-up Center et le protocole CNP protocole à créer et mettre en annexe, qui définissent les critères d'éligibilité des patients, les seuils de transfert vers les urgences, et les modalités de facturation.
L'engagement en Secteur 1 est une exigence non négociable de la note de cadrage, permettant d'assurer l'accès aux soins pour tous les patients quelle que soit leur couverture complémentaire.
Les partenariats médicaux spécialisés sont formalisés dans des protocoles d'orientation validés par la CME. Les chirurgiens de l'IFCM interviennent pour les traumatismes complexes des membres supérieurs. Les cardiologues de la clinique (et à terme du futur HDJM Cardiologie) seront disponibles pour les consultations cardiovasculaires de premier recours nécessitant une expertise spécialisée. Les pneumologues interviennent pour les dyspnées modérées.

5. Cadre théorique mobilisé

La création et la conduite d'un service de consultations non programmées au sein d'un établissement privé MCO constituent un projet de transformation organisationnelle d'une complexité spécifique.

- Complexité managériale d'abord : il s'agit de créer un nouveau service, de recruter et former des équipes, de concevoir des processus inédits dans l'établissement, et de convaincre des acteurs aux intérêts potentiellement divergents de s'engager dans une aventure collective.
- Complexité stratégique ensuite : le positionnement du service CNP doit être cohérent avec l'identité premium de la clinique tout en répondant aux contraintes du premier recours.
- Complexité économique enfin : sans financement public dédié, le service doit construire sa viabilité économique par la seule valeur ajoutée créée pour les patients et pour la clinique.

Face à ces complexités, trois cadres théoriques se révèlent particulièrement éclairants et opérationnels pour guider la démarche managériale.

- Le leadership, qui offre un modèle d'organisation et d'animation des équipes adapté à la pluridisciplinarité du service CNP.
- La conduite du changement, qui fournit une méthode structurée pour accompagner la transformation organisationnelle et culturelle que représente l'ouverture du service.
- Le management stratégique, qui permet d'inscrire le projet dans une logique de positionnement cohérent et durable.

Ces trois cadres ne sont pas des références académiques abstraites : ils sont mobilisés de façon concrète et opérationnelle à chaque étape du projet, et leurs apports respectifs sont directement articulés avec les décisions managériales prises dans le cadre du projet CNP.

5.1 Définition du leadership

Selon Kotter (1996) : *« Le leadership est un ensemble de processus qui permettent à une organisation d'être leader dans son industrie ou d'être en mesure de s'adapter en fonction des circonstances majeures ».*

« Le leadership définit ce que sera le futur, guide le personnel dans cette direction, et inspire de façon à ce que ce futur se réalise en dépit des obstacles ». [13]

5.2 Concepts du leadership

Le concept de leadership partagé (shared leadership) est apparu dans la littérature scientifique dans les années 1990 comme une alternative aux conceptions traditionnelles du leadership centré sur un individu unique, doté d'un pouvoir formel et d'une autorité hiérarchique. Il désigne un processus dynamique et collectif par lequel l'influence sur les membres d'une équipe est distribuée entre plusieurs individus, en fonction de leurs compétences, de leur expertise et de la situation. Cette conception rompt avec le mythe du leader héroïque, omniscient et solitaire, qui aurait réponse à tout et déciderait de tout.[14] Cette conception s'inscrit dans un mouvement plus large de remise en question des modèles hiérarchiques et autoritaires de management, au profit d'approches participatives, collaboratives et distribuées.

Elle est fondée sur le constat que la complexité croissante des organisations et la spécialisation des compétences rendent impossible la concentration de toutes les ressources de leadership en une seule personne. Dans un service de soins comme le service des CNP, chacun exerce son leadership dans son domaine de compétence, et c'est cette distribution qui garantit la qualité et l'efficience du service.

5.3 Les différents styles de leadership appliqués au CNP

Pour garantir l'adhésion des équipes à ce nouveau service de soins non programmés, le choix du style de leadership s'avère déterminant. Il ne s'agit plus seulement de diriger, mais d'inspirer et d'accompagner le changement de pratiques.

5.3.1 Leadership situationnel :

Le leadership situationnel, introduit par Paul Hersey et Ken Blanchard en 1969 sous la dénomination initiale de *« théorie du cycle de vie du leadership »*[15], constitue un modèle central dans la compréhension de la gestion du comportement organisationnel.

Cette approche repose sur l'idée que l'efficacité d'un leader ne dépend pas d'un style unique, mais de sa capacité à adapter son comportement aux besoins et au niveau de maturité de ses équipes. Selon ce modèle, le leadership se construit autour de deux types de comportements complémentaires :

- Les comportements instrumentaux, orientés vers la structuration des tâches et l'atteinte des objectifs.
- Les comportements relationnels, centrés sur le soutien, la motivation et le développement des compétences des collaborateurs.

[13] Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A. et Johnson, K. (2018). Chapitre 24. John P. Kotter. Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs (p. 235-239). Dunod..

[14] Pearce, C. L., & Conger, J. A. (Eds.) (2003). *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. SAGE

[15] STERN Patrice, SCHOETTL Jean-Marc. 2019. « La Boîte à outils du Management. Outil 8 : Le management situationnel ». Dunod. p. 32-35

La combinaison et l'ajustement de ces comportements permettent au leader de répondre de manière dynamique aux situations rencontrées, renforçant ainsi l'engagement et la performance des équipes.

Cette approche met en évidence la dimension contextuelle du leadership, essentielle pour des environnements complexes tels que les organisations sanitaires, où l'adaptation aux besoins des professionnels et des patients est cruciale.

5.3.2 Leadership Charismatique et Transformationnel :

Dans le chapitre IV de l'ouvrage Théories du leadership, Sarah E. Saint-Michel, maître de conférences à l'université Paris-Dauphine, explore les fondements théoriques et les caractéristiques des approches charismatiques et transformationnelles du leadership. Deux courants majeurs qui ont profondément renouvelé la manière de penser la posture du leader.

L'auteure rappelle d'abord que le leadership charismatique puise ses origines dans les travaux de Max Weber, qui définissait le charisme comme une qualité extraordinaire attribuée à un individu par ses suiveurs. Ce type de leader exerce une influence puissante grâce à sa vision, sa rhétorique et sa capacité à provoquer une identification émotionnelle forte, créant ainsi un lien quasi-affectif entre lui et ses collaborateurs. Elle développe ensuite le modèle du leadership transformationnel, initialement théorisé par Burns en 1978, puis enrichi par Bass. Ce modèle repose sur la capacité du leader à élever ses collaborateurs au-delà de leurs intérêts immédiats, en leur communiquant une vision inspirante, en les stimulant intellectuellement, en les considérant individuellement et en incarnant lui-même un modèle de référence. L'auteure distingue clairement ce type de leadership du leadership transactionnel, fondé quant à lui sur un simple système d'échanges, de récompenses et de sanctions, jugé moins propice à la transformation profonde des individus et des organisations. Enfin, Sarah E. Saint-Michel ne manque pas de souligner les limites et les critiques adressées à ces approches dans ce même chapitre. Elle pointe notamment le risque de dérives autoritaires inhérent au charisme, la difficulté à mesurer empiriquement ces construits théoriques, ainsi que la tendance de ces modèles à survaloriser la figure individuelle du leader, au détriment des dynamiques collectives et organisationnelles qui façonnent pourtant tout autant la réalité du leadership.

5.3.3 Le leadership responsable :

Olivia Rufat, directrice des soins dont les réflexions sont publiées dans l'ouvrage « *l'engagement et le leadership en santé* » de Loïc Martin, Infirmier, maître de conférences en sciences infirmières et auteur.[16], propose une conception du leadership qui dépasse les cadres théoriques classiques pour s'ancrer dans l'expérience concrète du soin et du management hospitalier. Sa distinction fondamentale entre management et leadership est éclairante pour mon projet :

- Le management se concentre sur la rigueur, la méthode et l'efficience dans la gestion quotidienne de la complexité organisationnelle.
- Le leadership, lui, incarne la capacité à impulser et à guider le changement, à créer du sens et à mobiliser les énergies collectives vers un horizon désirable.

Le leadership authentique qu'elle décrit est générateur de confiance, fondé sur des relations harmonieuses à soi-même et au monde. Plutôt que de s'appuyer sur des idéologies rigides ou des postures autoritaires, il repose sur une posture fondamentale d'écoute, de questionnement et de service envers l'Autre. C'est à travers la reconnaissance de la légitimité de l'Autre que le leader devient légitime dans son leadership.

[16] Martin, L. Engagement et leadership en santé. Paris : Editeur : Masson | Date de publication : 05/2024, p. 44-45 (Olivia Rufat).

Ce renversement de posture qui consiste à ne plus tirer son autorité de son statut mais de la qualité de la relation qu'il noue avec ses collaborateurs, est au cœur de la démarche de conduite du projet des CNP.

Le concept de « *pouvoir d'agir* » qu'elle développe est particulièrement pertinent dans le contexte du projet CNP. Donner le pouvoir d'agir à ses équipes, c'est leur confier des responsabilités réelles, leur donner accès aux informations nécessaires à leurs décisions, valoriser leurs initiatives et leurs propositions d'amélioration, et créer les conditions d'une autonomie maîtrisée. Dans la pratique du service CNP, cela se traduit par la participation des infirmières à la rédaction des protocoles de triage, l'implication des médecins vacataires dans la révision des critères d'éligibilité, et la consultation régulière de la secrétaire médicale sur les processus d'accueil et de facturation.

Cette vision du leadership responsable peut se résumer dans ses propres mots : « *Incarner l'authenticité ». « Porter la légitimité ». « Essayer de comprendre ». « S'ajuster. Passionner. Libérer. Rester au service de l'Autre* ». Dans le cadre du projet CNP, cette posture guide directement la relation que j'entretiens avec les équipes médicales et soignantes que je mobilise : non pas une relation d'autorité descendante, mais une relation de co-construction, de reconnaissance mutuelle et d'engagement partagé dans un projet qui a du sens.

Ma légitimité constitue la première condition de mon leadership. Elle est d'abord institutionnelle, suite à ma nomination en qualité de co-responsable du projet en COPIL, ce qui m'a conféré une autorité formelle reconnue par l'ensemble des acteurs. Mais cette légitimité institutionnelle seule m'est apparue insuffisante. Je l'ai complétée par une légitimité relationnelle, que j'ai construite dans l'expérience quotidienne de mes interactions professionnelles. J'aurais pu disposer de tous les mandats institutionnels du monde sans pour autant être perçu comme légitime par mes collaborateurs et mes pairs médecins, ma capacité à conduire le changement serait restée limitée. J'ai donc travaillé à bâtir cette légitimité relationnelle dans la durée, à travers la cohérence entre les engagements que j'ai pris et les actes que j'ai posés, ma capacité à reconnaître mes propres limites, et l'attention que j'ai portée aux besoins et aux préoccupations des équipes.

Ma crédibilité, quant à elle, repose sur la congruence entre ce que je dis et ce que je fais. Elle s'est également appuyée sur mon expérience antérieure : ayant déjà conduit des projets structurants tels que le virage vers le 100% ambulatoire ou la polyvalence des infirmières, j'abordais la mise en œuvre du projet CNP avec une crédibilité déjà établie aux yeux des équipes. Ces expériences passées ont démontré ma capacité à mener des transformations complexes jusqu'à leur terme, ce qui a facilité l'adhésion dès les premières phases du projet. Dans le contexte du projet CNP, j'ai ensuite renforcé cette crédibilité en tenant les engagements pris vis-à-vis des équipes : informations communiquées au fur et à mesure de l'avancement du projet. J'ai également veillé à maîtriser les dimensions techniques du projet : protocoles de triage, réglementation applicable, modèle économique du secteur privé et à démontrer par des actes concrets que le projet avançait. Les premiers équipements acquis, les premiers recrutements lancés, les premières conventions territoriales initiées ont constitué autant de signaux de crédibilité pour les équipes.

Mon charisme, enfin, représente la dimension émotionnelle de mon leadership : ma capacité à créer une connexion authentique, à susciter l'enthousiasme et la confiance, à donner envie de s'engager dans une aventure collective. Dans la conduite du projet CNP, il s'est manifesté dans la conviction et l'enthousiasme avec lesquels j'ai présenté le projet lors des réunions d'équipe sans minimiser les difficultés, mais en mettant l'accent sur les opportunités et le sens du projet.

Ces trois piliers sont interdépendants : j'aurais pu être légitime et crédible sans être charismatique, mais c'est la combinaison des trois qui a généré un niveau d'engagement et d'adhésion.

5.3.4 Le leadership partagé :

L'ouvrage « *Le leadership partagé* »[17] d'Édith Luc, professeure associée à la Chaire de leadership Pierre-Péladeau de HEC Montréal et auteure de quatre livres sur le développement du leadership. Explore la notion de leadership et propose une approche centrée sur le leadership partagé, en s'appuyant sur plus d'un siècle de recherches et d'expériences pratiques. La définition classique du leadership varie selon trois perspectives :

Influence verticale : le leader exerce un pouvoir sur ses subordonnés en s'appuyant sur ses compétences, attributs ou son autorité.

Résultats obtenus : le leader est défini par sa capacité à atteindre les objectifs assignés.

Processus d'influence réciproque : le leadership est un phénomène collectif, basé sur la coopération et l'interaction entre individus mobilisés pour une cause commune.

C'est cette dernière perspective qui sous-tend le leadership partagé, où la responsabilité et l'influence sont distribuées à tous les membres d'un groupe. Chaque individu contribue selon ses compétences et son capital de leadership personnel, permettant au groupe de se mobiliser collectivement vers un objectif commun. Les comportements clés du leadership partagé incluent : mobiliser et soutenir les autres, clarifier les objectifs, favoriser le dialogue et la coopération, challenger les idées, développer le potentiel des membres, partager la responsabilité des décisions et des résultats.

Si le leadership partagé favorise l'engagement collectif et la coopération interprofessionnelle, des travaux soulignent également ses limites dans les organisations de soins fortement hiérarchisées. La multiplicité des acteurs décisionnaires peut ralentir les arbitrages et générer des zones d'ambiguïté dans la répartition des responsabilités, particulièrement en situation d'urgence ou de tension organisationnelle.

L'ouvrage souligne que le leadership partagé n'est pas l'apanage des sociétés collectivistes ; il peut se manifester dans tous types d'organisations, publiques ou privées. Sa réussite repose sur le développement du capital de leadership personnel de chacun et sur la capacité du groupe à coordonner les contributions individuelles vers un objectif commun.

5.3.5 Le leadership partagé comme réponse à la pluridisciplinarité :

Le service CNP est par nature un service pluridisciplinaire, associant des compétences médicales (médecins urgentistes, spécialistes en appui), paramédicales (infirmières de triage) et administratives (secrétaire médicale, facturation). Cette pluridisciplinarité est à la fois une richesse et un défi managérial. Le leadership partagé y répond en distribuant l'autorité selon les compétences de chacun plutôt que de la concentrer en une seule personne.

- Le médecin urgentiste est le leader médical de la prise en charge clinique.
- L'infirmière de triage est la leader organisationnelle de flux patients.
- Le cadre de santé est le leader managérial du fonctionnement global.
- La secrétaire médicale est la leader administrative de l'accueil et de la facturation.

[17] Luc, Édith. (2010). Introduction. In Le leadership partagé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Ce modèle de leadership distribué est cohérent avec les valeurs professionnelles du secteur de la santé, où la légitimité repose sur la compétence plutôt que sur la hiérarchie. Il génère un niveau d'engagement et de responsabilité individuelle que les modèles hiérarchiques classiques ne peuvent pas atteindre, car chaque professionnel se sent reconnu dans son domaine d'expertise et investi d'une mission claire. La clarté des rôles est cependant une condition indispensable : un leadership partagé mal organisé, où les périmètres de responsabilité sont flous, peut générer des conflits de territoire et des dysfonctionnements, d'où l'importance des protocoles, des fiches de poste adaptées et des réunions de coordination régulières qui structurent la coopération pluridisciplinaire du service CNP.

6. La conduite du changement :

En s'appuyant sur l'ouvrage d'Autissier, Johnson et Metais-Wiersch, "*Du changement à la transformation : stratégie et pilotage de transformation*", la conduite du changement s'impose comme une compétence managériale centrale dans les organisations de santé contemporaines, confrontées à des transformations continues de leur environnement. Les cadres théoriques qui la structurent ont profondément évolué depuis les années 1940, abandonnant progressivement une lecture linéaire et mécaniste du changement au profit d'approches plus systémiques, participatives et complexes. Dans le champ sanitaire, cette conduite revêt une dimension particulière : la forte identité professionnelle des soignants et des médecins, leur attachement à l'autonomie clinique et à la qualité des soins, ainsi que l'omniprésence des enjeux éthiques, imposent une démarche fondée sur la concertation, l'implication des acteurs et la démonstration concrète des bénéfices pour les patients.

La mise en place du service CNP à la Clinique Victor Hugo représente un changement organisationnel d'envergure, mobilisant plusieurs dimensions de manière simultanée. Du point de vue des pratiques, les infirmières sont appelées à assumer un rôle de triage clinique inédit dans le cadre de la chirurgie programmée, tandis que les médecins vacataires doivent s'adapter à une culture de service et à un mode d'organisation distincts de ceux des urgences hospitalières qu'ils connaissent. Du point de vue des représentations, l'ouverture d'une offre de consultations non programmées peut être perçue par certains acteurs comme une remise en question du positionnement premium et exclusif de l'établissement. Enfin, sur le plan organisationnel, de nouveaux circuits de prise en charge, de nouveaux outils et de nouvelles pratiques routinières doivent être construits et consolidés dans la durée.

S'appuyant sur les recherches d'Elisabeth Kübler-Ross[18], la courbe du changement illustre le cheminement émotionnel des collaborateurs, de l'annonce d'une transformation jusqu'à leur adhésion pleine et entière. Ce processus assimile la perte des anciennes habitudes à un véritable deuil, nécessaire pour accepter les bénéfices futurs.

- Le choc : L'annonce d'une transformation majeure agit souvent comme un électrochoc, déclenchant des mécanismes de défense tels que le déni, la colère ou la peur. Durant cette période de turbulence émotionnelle, la priorité n'est pas de convaincre ou de forcer l'adhésion, mais de créer un espace de sécurité.
- La remise en question : Une fois l'émotion vive passée, place à l'analyse. C'est une phase de bilan interne où l'individu pèse le coût du changement par rapport aux bénéfices attendus.

[18] AUTISSIER David., MOUTOT Jean-Michel, JOHNSON Kevin, METAIS-WIERSCH Emily. « La boite à outil du changement et de la transformation, Outil 6. La courbe d'engagement de KublerRoss », Dunod. p. 36-37.

- La remobilisation : Cette étape est paradoxale : elle débute souvent par un dernier sursaut de scepticisme ou de négativité avant de se transformer en moteur de motivation. Le doute laisse place à une vision plus constructive. L'individu commence à percevoir les opportunités et les gains potentiels du changement.
- L'engagement : C'est la phase d'aboutissement où le changement n'est plus un événement extérieur, mais une réalité intégrée. A ce stade, le changement est ancré, et l'individu s'engage activement à le mettre en œuvre de manière durable.

Dans « *Conduite du changement : concepts clés* », les auteurs présentent Lewin comme un pionnier dans le domaine de la psychologie sociale en introduisant le concept de « *dynamique de groupe* » et le modèle tri-séquentiel de Kurt Lewin reste l'une des références fondatrices les plus utilisées dans la pratique managériale. Lewin conceptualisait les organisations comme des systèmes en équilibre dynamique entre des forces motrices (qui poussent vers le changement) et des forces restrictives (qui s'y opposent). Pour qu'un changement se produise et se stabilise : il faut simultanément identifier et réduire les forces restrictives, car toute augmentation des premières tend à générer de nouvelles résistances qui en annulent les effets.[19]

Son modèle tri-séquentiel de Kurt Lewin structure le changement en trois phases :

- « *La décristallisation (unfreezing)* » : consiste à déstabiliser l'équilibre existant en créant une prise de conscience collective du besoin de changement.

Cette phase est souvent la plus délicate et la plus sous-estimée : elle demande du temps, de la communication et parfois du courage managérial, car elle implique de remettre en cause des habitudes et des croyances établies.

- *« Le déplacement (moving ou changing)* » : correspond à la mise en œuvre effective des nouvelles pratiques, des nouvelles structures et des nouveaux comportements.

C'est la phase visible du changement, mais elle ne peut réussir que si la décristallisation a été suffisamment préparée.

- « *La recristallisation (refreezing)* » : vise à stabiliser et à pérenniser les changements opérés en les intégrant dans la culture, les routines et l'identité de l'organisation.

Ce modèle invite notamment à une attention particulière aux forces restrictives qui peuvent freiner le projet CNP. La peur de la dénaturation de l'identité de la clinique est une force restrictive importante qui doit être adressée dans la communication interne : le service CNP n'est pas une banalisation de la clinique, c'est une extension de son excellence à un nouveau domaine.
La crainte d'une surcharge de travail pour les équipes déjà sollicitées est une autre force restrictive légitime, qui doit être gérée par une organisation du travail claire et des recrutements adaptés. La méfiance de certains médecins libéraux vis-à-vis d'un modèle économique encore incertain est une troisième force restrictive, qui doit être surmontée par des données transparentes sur les modèles économiques comparables.

[19]Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A. et Johnson, K. (2018). Chapitre 15. Kurt Lewin. Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs (p. 147-155). Dunod.

Le modèle de Kotter : une approche en huit étapes Dans son célèbre ouvrage « *Leading and change* », Kotter avance l'idée que les changements ne se jouent pas dans les projets, mais par l'attitude et la posture des managers au quotidien.[20]
Le modèle de John Kotter, développé à partir de l'observation de plusieurs processus de transformation dans des entreprises de taille et de secteur variés, propose une approche plus prescriptive et plus détaillée du changement, articulée en huit étapes successives regroupées en trois phases.[21]

La première phase : préparation et mobilisation comprend quatre étapes :

- La première phase est celle de créer un sentiment d'urgence en montrant que le statu quo est insatisfaisant et que l'inaction a un coût ; former une coalition directrice en rassemblant autour du projet une équipe de leaders aux profils et légitimités complémentaires ; développer une vision stratégique claire et inspirante qui donne un cap collectif mobilisateur ; et communiquer largement cette vision à tous les acteurs concernés en adaptant les messages aux différents publics et en utilisant tous les canaux disponibles.

- La deuxième phase de mise en mouvement comprend trois étapes : donner aux équipes les moyens d'agir en supprimant les obstacles organisationnels (cloisonnements, manque de ressources, systèmes d'information inadaptés) ; générer des succès à court terme visibles et valorisés qui démontrent que le changement est possible et bénéfique ; et consolider les gains en maintenant la pression et en s'appuyant sur ces premiers succès pour engager les étapes suivantes.

- La troisième phase dite d'ancrage : elle ne comprend qu'une étape mais elle est déterminante pour la pérennité du changement : ancrer les nouvelles pratiques dans la culture organisationnelle, en les intégrant dans les procédures formelles, les critères d'évaluation des professionnels et les symboles institutionnels de l'établissement.

6.1 La résistance au changement : comprendre pour mieux accompagner

La résistance au changement constitue l'un des défis majeurs auxquels sont confrontées les organisations en transformation. Phénomène à la fois individuel et collectif, elle trouve ses racines dans l'attachement profond des individus à leurs habitudes et à leurs repères quotidiens. Comme le souligne Maisonneuve (2014)[22], « *notre vie quotidienne est régie par un ensemble de coutumes, d'habitudes et de modèles qui affectent de se nourrir et de se vêtir, de travailler ou de distraire, de se soigner ou encore d'établir des relations avec autrui* ». Dès lors, tout projet de changement, même minime, vient nécessairement heurter cet équilibre, suscitant des résistances souvent considérables dès les premières annonces de transformation.

[20] Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A. et Johnson, K. (2018). Chapitre 24. John P. Kotter. Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs (p. 235-239). Dunod.
[21] Kotter, J. P. Leading change. Boston : Harvard Business School Press, 1996.

[22] Maisonneuve, J. (2018). Changements et résistance au changement. La dynamique des groupes (p. 45-59). Presses Universitaires de France.

Sur le plan psychologique, Autissier et Moutot (2016) [23]insistent sur le fait que changer revient fondamentalement à abandonner un existant connu et maîtrisé pour s'engager vers un avenir incertain. Cette perspective génère naturellement de la peur, car elle contraint les individus à désapprendre et à réapprendre, à remettre en question des compétences acquises et des positions établies. Les résistances qui en découlent ne sont donc pas de simples obstacles irrationnels, mais des réactions humaines légitimes face à l'inconnu, qu'il convient de comprendre et d'accompagner plutôt que de combattre frontalement.

Ces résistances ne sont pas non plus uniformes : elles varient selon les profils des acteurs concernés. Ils distinguent ainsi trois grandes catégories :

- Les proactifs, minoritaires, adhèrent au changement et jouent un rôle de relais et de prescription auprès de leurs pairs.
- Les opposants, également minoritaires, s'y refusent et argumentent systématiquement contre le projet.
- Les passifs, qui représentent la grande majorité des acteurs, adoptent une posture attentiste : ils observent, attendent des preuves de la pertinence du changement et peuvent basculer dans un sens ou dans l'autre selon la manière dont le projet est conduit. C'est précisément sur cette majorité silencieuse que les efforts d'accompagnement doivent se concentrer en priorité.

Face à ces résistances, la réponse managériale est pédagogique : partager les données, expliquer les raisonnements et permettre à chacun de construire sa propre conviction plutôt que de lui imposer la vision de la direction. La présentation des données concurrentielles, flux non capté, analyse des trois structures existantes dans un rayon de 3 km constituent les arguments les plus solides pour créer ce consensus autour du diagnostic. La résistance identitaire naît de la crainte que l'ouverture d'un service de consultations non programmées ne modifie l'identité de la clinique, la faisant basculer d'une excellence chirurgicale vers un service de soins banalisé. Cette crainte est légitime et mérite d'être prise au sérieux. La réponse managériale est narrative : construire et diffuser un récit cohérent qui positionne le service CNP non pas comme une rupture avec l'identité de la clinique, mais comme son prolongement naturel. L'excellence médicale appliquée aux soins aigus non vitaux, la qualité de l'expérience patient étendue aux situations imprévues, la maîtrise organisationnelle au service de la réactivité. Ces éléments de langage permettent de maintenir la cohérence identitaire tout en ouvrant un nouveau champ d'activité.

La résistance pratique touche les professionnels qui adhèrent au principe du projet mais s'inquiètent de ses modalités concrètes : les horaires élargis incluant les week-ends et jours fériés, les nouvelles responsabilités cliniques pour les IDE liées au triage, la charge administrative liée à la facturation mixte.

Face à cette résistance, la réponse managériale est organisationnelle : définir des plannings clairs et équilibrés avec des temps de récupération garantis, assurer les formations nécessaires avant l'ouverture, et mettre en place des soutiens concrets (supervision médicale disponible, procédures simplifiées, outils numériques adaptés).

6.1.1 Les facteurs clés de succès de la conduite du changement :

L'analyse des expériences de conduite du changement au sein de la clinique ainsi que dans des établissements de santé similaires au sein du Groupe Vivalto Santé, comme dans la littérature managériale, permet d'identifier les 5 facteurs clés de succès particulièrement déterminants pour le projet CNP :

[23] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2016). Chapitre 8. La gestion des hommes et des résistances. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, performance (p. 201-233). chap 8

- Le premier facteur est la visibilité et la cohérence du leadership institutionnel. Dans l'ouvrage d'Autissier, D. et Moutot, J.-M. : « *Méthode de conduite du changement* » : Le succès d'un projet de changement est lié au maintien du lien social et dépend de l'ancrage aux préoccupations des acteurs de terrain, à la gestion des temporalités ainsi qu'à l'animation d'espaces de discussion et de décision.[24] Dans cette perspective, la direction doit incarner de façon visible et constante son engagement en faveur du projet : initier des réunions d'équipe, reconnaître publiquement les contributions individuelles et protéger les ressources allouées en cas de pressions contraires. Un leadership distant ou délégué crée, au contraire, un sentiment de désengagement institutionnel particulièrement délétère dans les environnements soignants.

- Le deuxième facteur est la qualité de la communication interne. Le leader agit, communique, consulte, fait participer, forme et incite en vue de générer une perception positive du changement. L'intensité de la communication et la concertation permettent aux acteurs d'adhérer au projet de changement, atténuant ainsi les risques de résistances psychologiques. Cette communication doit être régulière, car l'absence d'information génère des rumeurs souvent plus déstabilisantes que la réalité ; transparente, car les acteurs de terrain détectent immédiatement les discours non authentiques ; et différenciée, car le message adressé aux médecins urgentistes vacataires n'est pas le même que celui adressé aux équipes soignantes ou à la direction des systèmes d'information.

- Le troisième facteur est la génération de succès précoces et visibles. La phase de mise en œuvre est initiée par la définition, puis l'implémentation des actions concrètes, pour s'achever par leur évaluation. Dès les premières semaines de la phase pilote, la mise en avant des réussites : premiers patients satisfaits, premiers indicateurs positifs, premiers retours favorables des médecins partenaires permet de créer une dynamique collective de confiance. Ces petites victoires constituent le carburant émotionnel du changement, qui maintient l'engagement dans les phases difficiles et légitime le projet aux yeux des acteurs les plus hésitants.

- Le quatrième facteur est la gestion proactive des difficultés. La prise en compte des événements qui surgissent au cours du processus de changement renvoie à la capacité de la part des porteurs du projet à transformer ces événements en conditions favorables. Tout changement génère en effet des obstacles imprévus : un recrutement qui prend du retard, un équipement livré hors délai, un protocole inadapté à la réalité du terrain. La capacité du management à identifier ces obstacles rapidement et à en communiquer le traitement de façon transparente est aussi importante que la capacité à produire des succès.

- Le cinquième facteur est l'ancrage culturel progressif du changement. Selon le modèle de Lewin (1951), le changement suit trois phases prédéfinies : la prise de conscience, la mise en mouvement de l'organisation et la stabilisation de la nouvelle organisation.[25]

[24]Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Introduction. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance (p. 5-9). Dunod

[25] Autissier, D., Johnson, K. et Metais-Wiersch, E. (2018). Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 21(2), 45-54.
https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045.

C'est précisément cette dernière phase qui garantit la durabilité du changement : celui-ci ne devient pérenne que lorsqu'il est intégré dans les valeurs et les récits institutionnels de l'organisation, via la formalisation des procédures, la reconnaissance des contributions et les symboles institutionnels qui le rendent visible et légitime pour tous. Le succès de ce projet repose avant tout sur l'adhésion des équipes soignantes, un défi illustré par les réticences initiales d'une infirmière du service. Lors de plusieurs entretiens formalisés dans mon bureau, celle-ci a exprimé des craintes légitimes quant à l'évolution de ses missions et à la gestion du flux de soins non programmés. En m'appuyant sur une écoute active et une reconnaissance de ces peurs, j'ai instauré un dialogue transparent pour lever les freins psychologiques, transformant ainsi une résistance individuelle en un levier d'amélioration de notre accompagnement RH.
Afin de sécuriser son parcours et de renforcer ses compétences, un plan de formation personnalisé et rassurant a été coconstruit.

Ce dispositif prévoit une immersion de deux jours en mai au sein du service de la clinique de Saint-Germain pour confronter la théorie à la pratique terrain, ainsi qu'une formation spécialisée "Vivalto Sim" sur la gestion des urgences programmée en septembre. Complété par des modules internes en continu, cet investissement sur mesure démontre notre volonté de ne laisser aucun collaborateur de côté et de garantir une qualité de soins optimale dès l'ouverture officielle du service.

6.1.2 Le management stratégique :

Trois auteurs fondateurs permettent de penser le changement organisationnel de manière complémentaire :

Henry Mintzberg[26] s'impose comme une figure centrale et prolifique du management contemporain en s'opposant radicalement aux courants traditionnels et normatifs. Là où la pensée classique privilégie la planification rigide, Mintzberg valorise l'intuition et les phénomènes émergents pour naviguer dans des environnements complexes et incertains.

Kurt Lewin occupe quant à lui une place singulière dans l'histoire du management, à la croisée de la psychologie expérimentale et des sciences des organisations. Influencé par la pensée d'Ernst Cassirer, il opère une rupture épistémologique majeure en privilégiant l'étude des fonctions et des relations plutôt que celle de l'essence figée des objets. Cette approche relationnelle irrigue ses trois contributions majeures :
La théorie du champ, la recherche-action et la théorie du changement qui reposent toutes sur le postulat que le comportement individuel est le produit d'un système de forces en interaction au sein d'un environnement donné.

Lewin offre ainsi aux managers des outils précieux pour comprendre la dynamique des groupes et lever les résistances au changement.
Aujourd'hui encore, son héritage demeure essentiel pour construire des connaissances managériales ancrées dans la réalité sociale et l'action collective.

Ces trois approches convergent pour redéfinir le management stratégique non plus comme une simple science de l'optimisation technique, mais comme un art de l'adaptation et de la relation. En articulant l'agilité décisionnelle de Mintzberg, l'analyse des forces psychosociales de Lewin et le leadership incarné de Kotter, on dessine une posture managériale capable de transformer les contraintes institutionnelles en leviers d'action collective.

26 Barabel, M. (2017). IX. Henry Mintzberg – Les configurations organisationnelles. Dans S. Charreire-Petit et I. Huault Les Grands Auteurs en Management (p. 129-150). EMS Éditions.

Pour les organisations de santé, cela souligne que la réussite d'un projet de transformation repose sur la capacité du gestionnaire à réconcilier la complexité du terrain avec une vision porteuse de sens, faisant de l'humain et non de la seule planification le véritable moteur du changement.

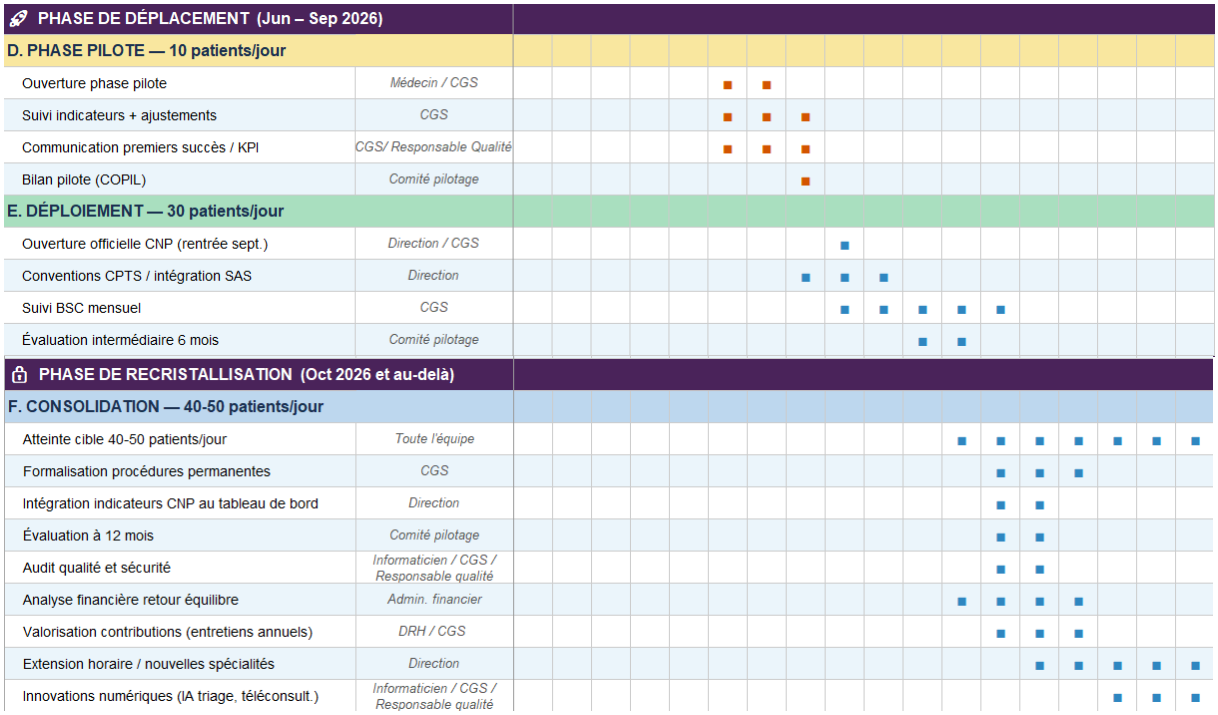
7. Pilotage du projet :

Le diagramme de GANTT ci-dessous détaille la feuille de route stratégique pour le déploiement du nouveau service de Consultations Non Programmées au sein de la Clinique Victor Hugo, s'étendant de janvier 2026 à juin 2027.

Structuré autour du modèle de gestion du changement de Lewin et Kotter, le projet s'articule en trois étapes clés : une phase de « décristallisation » dédiée au cadrage, au recrutement et aux travaux techniques (jusqu'en mai 2026), suivie d'une phase de « déplacement » marquée par l'ouverture d'un pilote en juillet, puis d'un déploiement officiel à la rentrée de septembre 2026.

GANTT – Service CNP : Clinique Victor Hugo – 2026-2027

GANTT — Service CNP · Clinique Victor Hugo		2026												2027					
Tâche / Phase	Responsable	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun
PHASE DE DÉCRISTALLISATION / PRÉPARATION (Jan – Mai 2026)																			
A. INITIATION ET CADRAGE																			
Validation note de cadrage	*Direction / CGS*	■	■	■															
Constitution équipe projet & COPIL	*Direction*	■	■																
Analyse SWOT et diagnostic territorial	*CGS*	■	■	■															
Communication données territoriales (ARS/urgences)	*Direction*	■	■	■	■	■													
B. CONCEPTION ET ORGANISATION																			
Protocoles de soins / triage	*Médecin coord.*	■	■	■	■														
Paramétrage Mediboard / Doctolib	*DSI*	■	■	■	■														
Plan de communication interne	*CGS*	■	■	■	■														
Formalisation vision (note de cadrage, CME)	*Direction*			■	■	■													
C. RH, TRAVAUX ET MATÉRIEL																			
Recrutement IDE (×2) + Secrétaire	*DRH*	■	■	■	■														
Formation équipes	*CGS*		■	■	■														
Travaux RDC 6 rue du Dôme	*Direction tech.*	■	■	■	■														
Acquisitions matériel médical	*Direction*		■	■	■														



Légende :



L'objectif de cette planification est d'assurer une montée en charge progressive et sécurisée, passant d'une capacité initiale de 10 patients par jour à une vitesse de croisière de 40 à 50 patients d'ici début 2027. La phase finale, dite de « recristallisation », vise à pérenniser l'activité par l'optimisation des processus, l'atteinte de l'équilibre financier et l'exploration de nouvelles innovations numériques. Ce document sert de référentiel opérationnel pour l'ensemble des parties prenantes, de la direction aux équipes médicales, afin de garantir l'intégration réussie du service dans le territoire de santé.

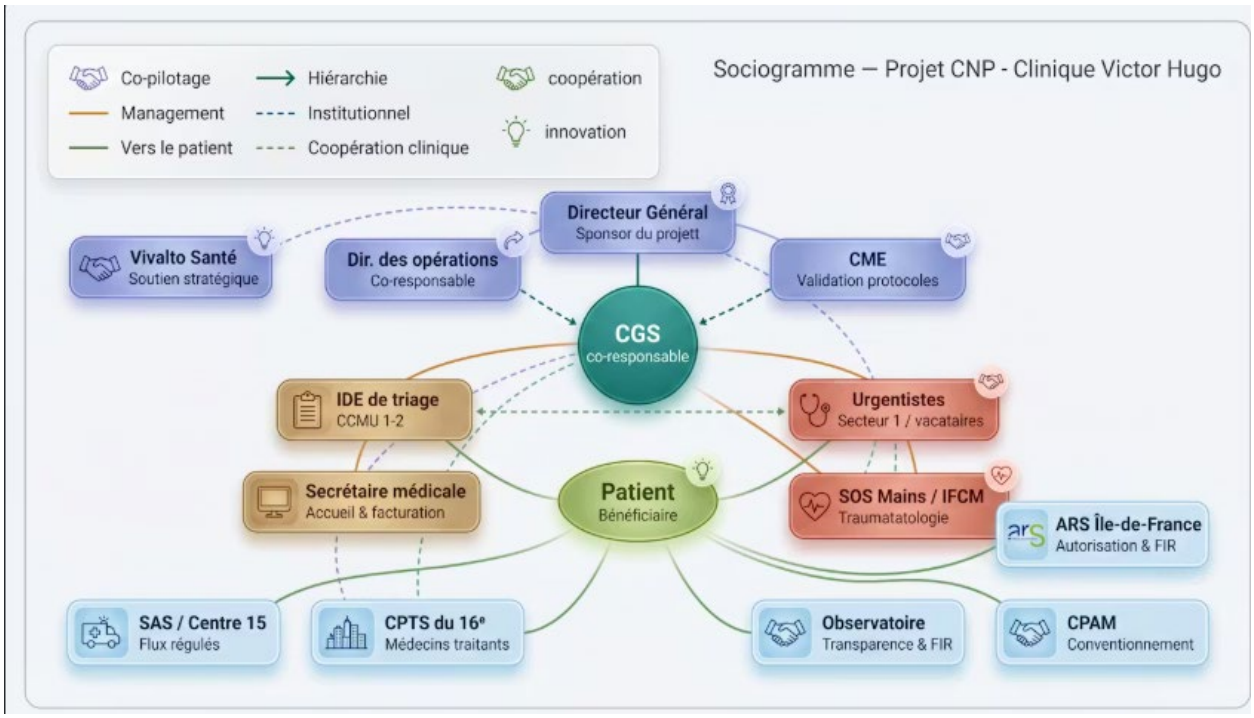
Sur le plan organisationnel, ce GANTT met en exergue une forte dimension collaborative impliquant la Direction, le corps médical et les services supports. La réussite du projet repose sur une préparation minutieuse des outils (paramétrage de Mediboard et Doctolib) et une intégration étroite avec les acteurs du territoire, notamment via les conventions CPTS et le Service d'Accès aux Soins (SAS). Cette approche garantit que le service CNP ne fonctionne pas en silo, mais comme un maillon essentiel du parcours de soin local, capable d'absorber les flux d'urgences relatives dès sa phase de déploiement à l'automne 2026.

Enfin, le pilotage de la performance constitue le fil rouge de cette planification, avec des jalons d'évaluation intermédiaires à 6 et 12 mois. Au-delà de l'ouverture opérationnelle, le projet prévoit une phase de consolidation robuste visant l'excellence de la prise en charge à travers des audits qualité et l'analyse de la rentabilité financière. L'horizon 2027 ouvre d'ailleurs la voie à une pérennisation ambitieuse, prévoyant l'extension des horaires et l'intégration de technologies d'intelligence artificielle pour le triage, confirmant ainsi la volonté de la Clinique Victor Hugo de s'inscrire dans une dynamique d'innovation continue.

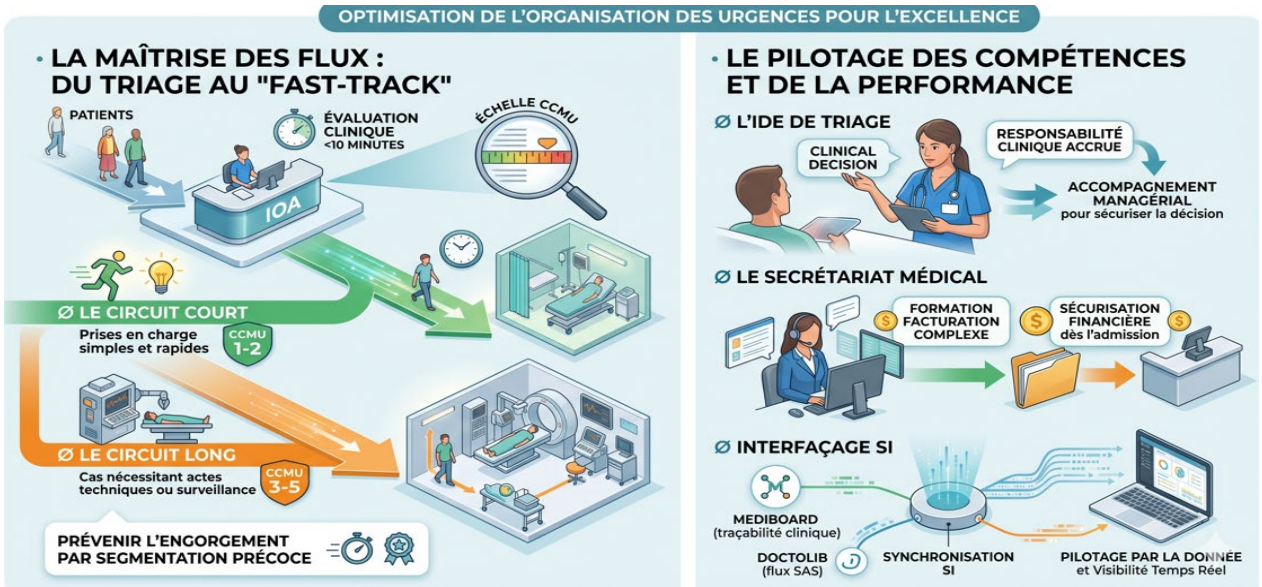
7.1 Gouvernance du projet

Afin d'assurer la pérennité du service CNP, une gouvernance partagée a été établie sous la forme d'un Comité de Pilotage (COPIL) mensuel. En tant que CGS, j'y assure l'interface entre la Direction, le corps médical et les équipes paramédicales.

Ce cadre formel permet d'ajuster les ressources humaines en fonction de la saisonnalité de l'activité, de valider les investissements matériels nécessaires et de maintenir une cohésion forte autour des objectifs stratégiques de la Clinique Victor Hugo.



L'implantation du service CNP au sein de la Clinique Victor Hugo repose sur une modélisation rigoureuse visant à transformer un flux de patients imprévisible en un parcours de soins fluide, sécurisé et économiquement viable. Mon action s'articule autour de trois leviers structurants :



- **La maîtrise des flux : du triage au "Fast-track" :**

Pour prévenir l'engorgement, l'organisation repose sur une segmentation précoce des patients. L'utilisation systématique de l'échelle CCMU par l'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) permet d'orienter immédiatement les flux vers deux circuits distincts :

- Le Circuit Court : pour les prises en charge simples et rapides.
- Le Circuit Long : pour les cas nécessitant des actes techniques ou une surveillance.

Cette architecture, couplée à une évaluation clinique en moins de 10 minutes, garantit une réactivité indispensable à l'identité d'excellence de l'établissement.

- Le pilotage des compétences et de la performance :
- Le management opérationnel du service exige une montée en charge des équipes non médicales :
- L'IDE de triage : Elle assume désormais une responsabilité clinique accrue, nécessitant un accompagnement managérial spécifique pour sécuriser sa prise de décision.
- Le secrétariat médical : Véritable verrou de la viabilité économique, la secrétaire a été formée à la facturation complexe (actes mixtes, majorations SAS), assurant ainsi la sécurisation financière dès l'admission.
- Interfaçage SI : La synchronisation entre Mediboard (traçabilité clinique) et Doctolib, flux SAS permet un pilotage par la donnée et une visibilité en temps réel de l'activité.

Ma mission de coordination est de fluidifier l'interface entre l'urgentiste et le plateau technique (Radiologie, SOS Mains, Cardiologie). Cet accès direct aux spécialistes constitue l'avantage compétitif majeur du service, garantissant une orientation adaptée et un retour d'information systématique au médecin traitant.

La gouvernance ne peut se limiter à l'organisation des flux ; elle doit garantir la sécurité des soins dans un environnement à haute responsabilité. Mon rôle consiste à instaurer une culture de la sécurité via le suivi rigoureux des événements indésirables (EI) et de la mise en place de RMM (Revues de Morbi-Mortalité) spécifiques au circuit non programmé. Cette vigilance managériale assure que la rapidité de prise en charge, propre au "Fast-track", ne se fasse jamais au détriment de la pertinence clinique ou de la sécurité du patient.
L'identification des leviers permet de transformer les faiblesses en axes d'amélioration, tout en sécurisant la viabilité médico-économique du service face aux aléas du marché de la santé.

7.2 Pilotage de la qualité et organisation opérationnelle

L'efficience du service est monitorée par un KPI (Indicateurs clés de performance) central : un délai de prise en charge < 30 minutes pour 90 % des patients.

Cet indicateur unique n'est pas choisi arbitrairement. Il traduit la promesse fondamentale du service CNP vis-à-vis des patients du 16e arrondissement et des communes limitrophes : offrir une alternative crédible aux urgences hospitalières saturées de l'HEGP, qui enregistrait plus de 51 500 passages en 2024 (Le pilotage de la performance Médico-Économique). Dans un territoire où la patientèle est exigeante, cadres, professions libérales, personnels diplomatiques, la rapidité de prise en charge constitue le premier critère de différenciation par rapport aux structures concurrentes identifiées lors de l'analyse territoriale.

Ce KPI central est complété par un tableau de bord opérationnel partagé lors des réunions de service, permettant de piloter en temps réel trois dimensions complémentaires : la performance clinique (taux de réorientation vers les urgences hospitalières, conformité aux protocoles CCMU), la satisfaction patient (score de recommandation issu des questionnaires systématiques) et la performance économique (taux de codification des actes, valorisation des majorations SNP à +15 €).

Ce pilotage par la donnée, rendu possible par l'interfaçage entre Mediboard et Doctolib, permet d'ajuster les ressources humaines en fonction des pics d'activité identifiés sur les créneaux 10h-11h et 18h-20h, conformément aux orientations validées lors du COPIL du 6 février 2026.

7.3 Architecture organisationnelle

L'organisation repose sur une ingénierie de flux inspirée du Lean Management hospitalier ; la sécurité et la fluidité reposent sur trois piliers :

Ce choix n'est pas fortuit. La Clinique Victor Hugo a bâti son excellence sur la maîtrise des processus et l'optimisation des flux dans ses blocs opératoires. Transposer cette culture au service CNP, c'est capitaliser sur un savoir-faire organisationnel déjà éprouvé, en l'adaptant aux spécificités du flux non programmé. L'objectif est de transformer l'imprévisibilité inhérente aux consultations non programmées en un flux maîtrisé, à l'image de ce que l'établissement réalise déjà avec le service SOS Mains, porte d'entrée des urgences de la main ouverte 7 jours sur 7.

7.3.1 Le Triage : Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) :

Protocoles de triage : Évaluation initiale par un IDE (échelle CCMU) pour isoler les consultations non programmées non vitales (CCMU 1 et 2) et réorienter les urgences graves vers l'hôpital.

L'utilisation systématique de l'échelle CCMU (Clinique, Chirurgicale, Métabolique, Unique) permet une stratification immédiate des risques. Le focus sur les niveaux CCMU 1 et 2 définit clairement le périmètre d'activité du service, garantissant que les cas critiques sont immédiatement réorientés vers des structures de soins intensifs (SAU/SAMU).

Ce protocole, validé par la CME avant l'ouverture, est directement articulé avec les spécialités d'excellence de la clinique : traumatologie légère avec SOS Mains et l'IFCM, cardiologie de premier recours avec les cardiologues du futur HDJM, soins infirmiers urgents couvrant sutures, pansements et ablations de fils.

La formation des IDE à ce protocole est un prérequis indispensable, assurée par l'immersion de deux jours programmés en mai au sein du service de la clinique de Saint-Germain et par la formation spécialisée « Vivalto Sim » sur la gestion des urgences prévue en septembre.

Circuits patients dédiés : Mise en place d'un fast-track distinguant les consultations simples des parcours nécessitant des actes techniques.

La distinction entre les circuits « courts » (consultation simple) et les circuits « longs » (nécessitant imagerie ou biologie) permet d'optimiser le temps médical.

Ce séquençage évite que les cas les plus complexes ne bloquent l'accès aux soins pour les motifs bénins. Dans la pratique des locaux du RDC du 6 rue du Dôme, ce circuit s'appuie sur la salle d'attente dédiée au service CNP, l'infirmerie de triage et le bureau médical, tandis que les cas nécessitant un examen complémentaire bénéficient de l'accès prioritaire et dématérialisé au plateau technique d'imagerie situé dans le bâtiment principal de la clinique.

Cette continuité physique immédiate, que ne peuvent offrir les structures concurrentes telles que Mon Urgence Santé Auteuil ou Sarah Santé Auteuil, constitue l'avantage compétitif le plus puissant du service : le patient entre pour un problème simple mais peut bénéficier, si besoin, d'un bilan biologique délocalisé (CRP, NFS, bandelette urinaire en moins de deux heures via le partenariat Cerballiance-360), d'une imagerie radiologique ou d'un avis cardiologique sans changer de structure.

Systèmes d'information (SI) : Utilisation de Mediboard pour la traçabilité clinique et de Doctolib pour la gestion des files d'attente et l'interfaçage avec la plateforme nationale du SAS.

L'interfaçage entre Mediboard (dossier médical) et Doctolib (flux et prise de RDV SAS) assure une traçabilité sans faille et l'export des comptes rendus sur le DMP des patients. Pour le cadre, c'est un outil de pilotage en temps réel permettant d'ajuster les ressources RH en fonction des pics d'activité. Cette synchronisation est également la condition technique de l'intégration du service comme effecteur du SAS : le régulateur du Centre 15 doit disposer d'une visibilité en temps réel sur les capacités d'accueil du service pour orienter les patients vers les CNP plutôt que vers un service d'urgences saturé. Selon l'ARS Île-de-France, le SAS francilien a enregistré 70 162 rendez-vous pris en ville en 2025, soit une progression de 21 % par rapport à 2024, confirmant l'enjeu stratégique de ce positionnement.

7.4 Sécurité des soins

La conformité aux exigences de la certification HAS V2020 est assurée dès l'ouverture par le déploiement opérationnel d'un chariot d'urgence, d'un défibrillateur et l'activation immédiate des instances de vigilance (CREX, RMM). La sécurité du patient est verrouillée par un dispositif d'urgence opérationnel et une démarche de gestion des risques a priori et a posteriori :

Conformité HAS V2020 : Le projet intègre dès sa genèse les critères de haute qualité de la certification (gestion des médicaments, identification du patient, droits de l'usager). Cette démarche s'inscrit dans la continuité directe du processus de certification conduit en février 2024, qui a constitué un exercice de management transversal mobilisant soignants, administratifs et médecins autour d'une culture qualité partagée. L'inventaire matériel validé lors du COPIL du 26 février 2026 formalise concrètement cet engagement : le défibrillateur et la table d'examen sont déjà acquis, le chariot d'urgence est en cours de réception, et l'appareil à bandelette urinaire ainsi que les tensiomètres sont d'ores et déjà opérationnels. Cette conformité immédiate, dès le premier jour d'ouverture, est non négociable dans un établissement dont la réputation repose précisément sur son excellence en matière de sécurité des soins.

Instances de vigilance : L'activation immédiate des CREX (Comité de Retour d'Expérience) et des RMM (Revue de Morbi-Mortalité) témoigne d'une maturité organisationnelle. Il s'agit de transformer chaque événement indésirable en levier d'amélioration continue, un point crucial pour la pérennité et la réputation de la Clinique Victor Hugo. Ces instances, dont l'activation est prévue dès la phase pilote à 10 patients par jour, permettent également de sécuriser juridiquement la décision médicale dans un service où les médecins urgentistes vacataires souvent issus de la culture des urgences hospitalières$ publique doivent s'approprier une organisation et des protocoles spécifiques à l'établissement privé. La supervision médicale disponible en permanence et les RMM spécifiques au circuit non programmé constituent le filet de sécurité indispensable à cette montée en compétences.

7.5 Parcours patient

Le parcours patient est structuré en cinq étapes séquentielles et tracées. Cette architecture s'inspire directement du modèle organisationnel éprouvé par la clinique dans ses blocs opératoires, en le transposant aux exigences du flux non programmé. Elle est le fruit du travail collaboratif engagé lors du COPIL du 6 février 2026 et validé par la CME, en associant urgentistes, soignants, secrétaires médicales et responsables de la facturation.

Étape 1 : Accueil administratif et vérification des droits :

Dès l'arrivée, le patient est accueilli par la secrétaire médicale qui procède à l'identification (carte d'identité, carte Vitale, mutuelle complémentaire), à la vérification des droits à l'Assurance Maladie et à l'information sur les conditions financières de la prise en charge.

Cette étape est fondamentale pour la viabilité économique du service, car elle sécurise la facturation. Dans le cadre du service CNP, la secrétaire médicale joue un rôle stratégique qui dépasse la simple gestion administrative : formée spécifiquement à la facturation complexe des actes mixtes et aux majorations SAS, elle constitue le premier verrou de la viabilité économique du service. L'accueil est organisé dans l'espace mutualisé CNP et Check-up Center au RDC du 6 rue du Dôme, avec une signalétique dédiée permettant d'orienter clairement les patients du service CNP. L'engagement en Secteur 1 de tous les médecins intervenants, exigence non négociable de la note de cadrage, garantit l'accès aux soins pour l'ensemble des patients quelle que soit leur couverture complémentaire.

Étape 2 : Triage et évaluation infirmière initiale :

Dans les 10 minutes suivant l'accueil, l'IDE de triage réalise une évaluation clinique structurée selon le protocole validé par la CME : mesure des constantes (tension artérielle, pouls, saturation en oxygène, température), recueil de l'histoire clinique (motif de consultation, douleurs, traitements en cours, allergies connues), évaluation de la gravité selon les critères d'éligibilité du service, et orientation vers la salle d'attente ou vers le médecin en urgence si la situation le nécessite. Cette évaluation infirmière, qui confère une responsabilité clinique accrue à l'IDE, nécessite une formation spécifique et une supervision médicale régulière.

Elle constitue le pivot de l'architecture organisationnelle du service : c'est l'IDE de triage qui active le circuit court ou le circuit long, garantissant que les consultations simples ne sont jamais ralenties par les cas complexes. Cette mission nouvelle, qui dépasse le rôle habituel d'une infirmière en chirurgie programmée, est accompagnée par un plan de formation personnalisé coconstruit avec chaque soignante, incluant l'immersion à la clinique Saint-Germain et la formation « Vivalto Sim ».

Étape 3 : Consultation médicale avec un médecin urgentiste sénior :

Le médecin dispose du recueil infirmier et réalise l'examen clinique complet, pose le diagnostic, prescrit les examens complémentaires nécessaires et définit le plan de traitement. Il est responsable de l'évaluation de la gravité et de la décision d'orientation finale (retour à domicile avec ordonnance, orientation vers un spécialiste de la clinique, transfert vers le plateau technique pour une procédure, ou transfert vers les urgences hospitalières si la situation dépasse le périmètre du service).

Chaque médecin urgentiste vacataire signe, avant sa première intervention, le protocole de fonctionnement du Check-up Center et le protocole CNP définissant les critères d'éligibilité des patients, les seuils de transfert vers les urgences et les modalités de facturation.

Des partenariats médicaux spécialisés sont formalisés dans des protocoles d'orientation validés par la CME : les chirurgiens de SOS Mains interviennent pour les traumatismes complexes des membres supérieurs, les cardiologues de la clinique pour les consultations cardiovasculaires nécessitant une expertise spécialisée.

Étape 4 (éventuelle) Réalisation des examens complémentaires :

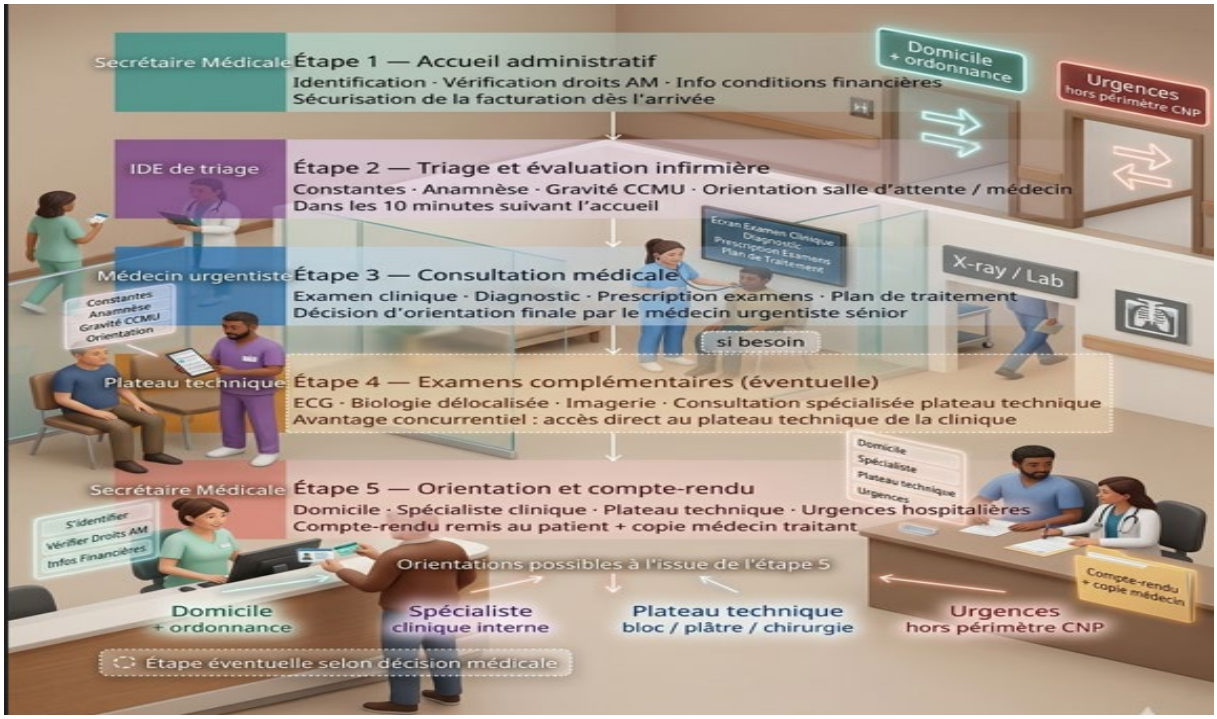
ECG interprété sur place, biologie délocalisée (CRP, NFS, bandelette urinaire, test de grossesse en moins de 20 minutes via le partenariat Cerballiance-360), imagerie radiologique, consultation spécialisée via le plateau technique de la clinique (cardiologue, ophtalmologie, chirurgien orthopédique).

L'accès direct à ce plateau technique est l'un des avantages compétitifs les plus puissants du service CNP par rapport aux structures concurrentes, lesquelles doivent systématiquement réorienter leurs patients vers l'hôpital public dès qu'un examen complémentaire ou un geste technique complexe est requis. L'utilisation d'un arceau chirurgical au sein du service et la convention avec un radiologue vacataire permettent de traiter la traumatologie légère, fractures et luxations sans attente, réduisant ainsi la durée moyenne de séjour dans le service et augmentant la capacité de rotation des box de soins.

Étape 5 : Orientation adaptée avec remise du compte-rendu :

Retour à domicile avec ordonnance et instructions de surveillance, orientation vers un spécialiste de la clinique pour suivi, transfert vers le plateau technique pour une procédure (pansement de bloc, immobilisation plâtrée, intervention chirurgicale urgente), ou transfert vers les urgences hospitalières pour les situations qui dépassent le périmètre du service. Un compte-rendu de consultation est systématiquement rédigé et remis au patient, avec copie adressée au médecin traitant si connu, via les outils numériques du service (Mediboard, export DMP).

Ce retour systématique vers le médecin traitant est l'une des pierres angulaires du conventionnement avec la CPTS du 16e : le service CNP ne cherche pas à se substituer à la médecine de ville, mais à en être le complément naturel pour la gestion des épisodes aigus, en sécurisant le retour du patient vers son suivi au long cours.



7.6 Pilotage des Ressources Humaines

Passer d'une activité programmée à un flux non programmé impose un changement de paradigme comportemental. Mon rôle de CGS est de soutenir cette transition par un accompagnement de proximité.

Ce changement de paradigme est d'autant plus profond que la Clinique Victor Hugo a construit son identité sur la culture du programmé : chaque intervention est préparée, chaque protocole anticipé, chaque ressource planifiée. Introduire l'incertitude propre aux consultations non programmées dans cet écosystème chirurgical revient à challenger les repères professionnels de soignants habitués à la prévisibilité du bloc opératoire. C'est précisément la nature de ce défi qui a conduit à structurer le pilotage RH autour de cadres théoriques éprouvés, plutôt que de s'en remettre à une adaptation empirique.

Mon pilotage RH s'appuie ici sur la thèse de Kotter : « le changement ne se décrète pas, il s'incarne. » En tant que manager de première ligne, je ne suis pas un simple exécutant technique. J'agis comme le pivot de la « coalition directrice ». Mon rôle est de traduire la vision stratégique (l'excellence des CNP) en objectifs opérationnels concrets pour les soignants. Pour maintenir la mobilisation des équipes, mon pilotage RH valorise chaque petite victoire : le premier triage réussi en autonomie, la satisfaction d'un patient complexe. Cela renforce le sentiment de compétence et valide l'utilité du changement.

Cette logique des « victoires à court terme » (étape 6 du modèle de Kotter) n'est pas accessoire : elle constitue le carburant psychologique de la transformation. Dans un service où l'incertitude du flux peut générer de l'anxiété chez des soignants habitués à la prévisibilité du programmé, chaque succès visible, qu'il s'agisse d'une prise en charge bien orientée ou d'un retour positif d'un patient, consolide l'ancrage du nouveau modèle. Il s'agit, au sens de Kotter, de démontrer que le changement « fonctionne » avant même qu'il soit pleinement stabilisé. C'est aussi dans cette perspective que j'ai veillé, dès les premières semaines de la mise en place du projet, à rendre visibles les résultats d'équipe lors des réunions de service : tableau de bord partagé, retours patients lus collectivement, reconnaissance nominative des initiatives.

Face à la complexité du flux non programmé, le pilotage RH s'éloigne de la planification rigide pour rejoindre la pensée de Mintzberg. « *Valoriser l'émergence* » : le passage au flux impose une autonomie accrue des IDE. Mon management favorise l'ajustement mutuel entre l'infirmière de triage et le médecin urgentiste. Plutôt que d'imposer une hiérarchie stricte et figée, je développe une organisation où l'intuition clinique et la réactivité terrain sont encouragées. Pour contrer la résistance identitaire, mon discours managérial ne parle pas de « banalisation » des soins, mais d'une « extension de l'excellence ». En valorisant les nouvelles responsabilités (triage, diagnostic infirmier), je transforme la contrainte du flux en une opportunité d'enrichissement des compétences, assurant ainsi l'ancrage culturel durable du projet.

Cette approche résonne directement avec le concept de leadership partagé développé en partie 6. Dans un environnement de soins non programmés, où la rapidité de décision prime sur la transmission hiérarchique, le manager ne peut pas et ne doit pas être le seul décideur.

En déléguant une réelle autonomie clinique à l'IDE de triage et en valorisant sa capacité de jugement, je crée les conditions d'un leadership distribué : le médecin urgentiste est le leader médical de la prise en charge clinique, l'infirmière de triage est la leader organisationnelle de la régulation des flux, la secrétaire médicale est la leader administrative de l'accueil et de la facturation.

Chaque professionnel devient, à son niveau, un acteur de la régulation du flux. Cette forme de leadership est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur la compétence existante des équipes, plutôt que de la nier au profit de protocoles rigides.

Elle rejoint également la pensée de Hersey et Blanchard sur le leadership situationnel : face à des soignants en phase d'apprentissage du triage, j'adopte une posture de soutien et de formation ; face à des professionnels confirmés, je bascule vers une posture de délégation, adaptant mon style managérial au niveau de maturité de chacun.

7.6.1 Sécuriser les pratiques par l'ingénierie des compétences :

L'introduction du flux non programmé nécessite une réévaluation fine du référentiel de compétences des équipes. L'intégration de consultations non programmées au sein d'une structure chirurgicale nécessite en particulier une transformation profonde des compétences paramédicales, dans un établissement où les infirmières sont habituées au rythme des blocs opératoires et à la rigueur des protocoles chirurgicaux, un univers radicalement différent de celui du triage en flux ouvert. Pour accompagner cette montée en charge, j'ai structuré ma démarche autour de deux axes :

L'analyse des besoins : Identification des écarts entre la chirurgie conventionnelle et les spécificités des urgences (traumatologie, plâtres, sutures). Cette analyse a été conduite en amont de l'ouverture, via des entretiens individuels avec chaque soignante pour cartographier les compétences existantes et les zones d'inconfort face au flux non programmé. Elle a permis d'identifier non seulement des besoins techniques : la pose d'immobilisations, les sutures, la gestion d'une détresse respiratoire légère mais aussi des besoins comportementaux liés à la gestion du stress, à la prise de décision en situation d'information incomplète et à la communication avec des patients en situation d'angoisse aiguë.

La réponse formative : Déploiement de modules ciblés, notamment sur la prise en charge des urgences vitales (simulations en santé), permettant de transformer l'appréhension initiale en une expertise clinique sécurisante. Cette réponse s'appuie sur les ressources du Groupe Vivalto Santé : la formation « Vivalto Sim » programmée en septembre constitue une session de simulation en situation réelle, incluant la gestion d'un arrêt cardiorespiratoire en salle d'attente. Elle est complétée par l'immersion de deux jours en mai à la clinique Saint-Germain, qui offre une confrontation directe de la théorie avec la pratique terrain auprès d'un service déjà rodé aux flux de soins non programmés.

Au-delà de l'expertise technique, j'ai identifié le besoin de développer des « *soft skills* » spécifiques. Cet accompagnement s'est traduit par la mise en place de formations ciblées et de sessions de binômage, permettant aux soignants de s'approprier les protocoles de consultations non programmées en toute sécurité. En valorisant cette polyvalence, je transforme la contrainte du changement en un levier de promotion professionnelle, renforçant ainsi l'attractivité des postes au sein de la clinique. Le parcours d'une infirmière qui acquiert la compétence de triage clinique et de diagnostic infirmier constitue une évolution de carrière réelle dans un établissement où ces responsabilités n'existaient pas auparavant.

Le tableau ci-dessous synthétise les compétences comportementales identifiées dans le cadre de l'introduction du flux non programmé, ainsi que les modalités pédagogiques associées.

« Soft Skills » spécifiques au flux non programmé — Service CNP · Clinique Victor Hugo

Compétences comportementales identifiées dans le cadre de l'introduction du flux non programmé — formations ciblées & binômage St-Germain

Catégorie	Soft skill	Description	Indicateurs comportementaux	Modalité	Lien CNP
Gestion du stress & urgence	Gestion du stress en situation d'urgence	Maintenir calme et efficacité face à un afflux soudain de patients ou une situation critique.	Régule ses émotions · hiérarchise ses actions · communique de façon posée sous pression.	Simulation de flux Binômage St-Germain	Flux non programmé
	Régulation émotionnelle	Identifier et maîtriser ses propres réactions émotionnelles pour rester opérationnel.	Reconnaît les signaux de surcharge · applique des techniques de décompression · debriefe après incident.	Formation ciblée Binômage St-Germain	Attractivité des postes
	Résilience face à l'imprévu	Rebondir rapidement après un incident ou un changement de protocole inattendu.	Reprend l'activité sans déstabilisation durable · partage le retour d'expérience avec l'équipe.	Binômage St-Germain	Flux non programmé
Priorisation & triage	Capacité de priorisation (triage)	Évaluer rapidement la gravité d'une situation et orienter le patient vers la prise en charge adaptée (CCMU).	Applique la grille CCMU · classe les patients en moins de 3 min · ne laisse pas de patient sans évaluation.	Formation ciblée Simulation de flux	Protocoles CNP
	Prise de décision rapide	Arbitrer en situation d'information incomplète sans paralyser le flux de soins.	Décide dans un délai raisonnable · documente · sollicite le médecin référent si nécessaire.	Binômage St-Germain Staff clinique	Flux non programmé
	Lecture des signaux de gravité	Repérer les signes cliniques d'alerte nécessitant une réorientation urgente.	Identifie les CCMU 3-4 · déclenche la procédure d'alerte · informe le médecin sans délai.	Formation ciblée	Protocoles CNP
Adaptabilité & polyvalence	Appropriation des protocoles CNP	Intégrer et appliquer les nouveaux protocoles de soins non programmés en toute sécurité.	Consulte les protocoles · pose des questions lors du binômage · ne déroge pas sans validation.	Binômage St-Germain Formation ciblée	Protocoles CNP
	Polyvalence organisationnelle	Assurer des missions variées selon le flux (accueil, triage, soins, orientation) sans perte de qualité.	Change de poste sans résistance · maintient la qualité de soins · documente ses actes.	Binômage St-Germain	Attractivité des postes
	Gestion du changement	Accepter et intégrer les nouvelles organisations induites par le flux non programmé.	Participe aux sessions de formation · partage ses apprentissages · contribue à l'amélioration continue.	Formation ciblée Staff clinique	Flux non programmé
Communication & travail en équipe	Communication interprofessionnelle	Assurer des transmissions claires entre IDE, médecins et secrétaires pour sécuriser le parcours patient.	Utilise les outils de transmission · reformule · alerte sans délai en cas de changement clinique.	Staff clinique Binômage St-Germain	Protocoles CNP
	Travail en binôme	Collaborer efficacement avec le professionnel expérimenté lors des phases d'apprentissage.	Pose des questions pertinentes · observe · prend en charge progressivement · fait des retours.	Binômage St-Germain	Attractivité des postes
	Écoute active du patient	Recueillir rapidement et précisément les motifs de consultation pour orienter le triage.	Ne coupe pas le patient · reformule le motif · détecte les signes d'anxiété ou de gravité cachée.	Formation ciblée	Flux non programmé
Promotion & posture professionnelle	Valorisation de la polyvalence	Percevoir la diversité des missions CNP comme un levier de développement professionnel.	S'engage dans les formations · postule aux missions élargies · partage ses compétences acquises.	Formation ciblée	Attractivité des postes
	Posture de soignant référent	Devenir progressivement une ressource pour les nouveaux arrivants sur les protocoles CNP.	Accepte de former ses pairs · formalise ses pratiques · contribue à la mise à jour des procédures.	Binômage St-Germain	Attractivité des postes

Modalités : *Binômage St-Germain = formation en situation réelle par compagnonnage avec un soignant expérimenté de la clinique Saint-Germain.*

7.6.2 Pilotage du changement et levée des résistances :

Le passage d'une structure de spécialités à un service « ouvert » peut générer des freins tels que la peur de l'imprévu ou la charge de travail. J'ai mené un travail de médiation auprès des praticiens libéraux de la clinique, des équipes administratives et soignantes pour valoriser le service de consultations non programmées (CNP). Mon approche a consisté à présenter ce service comme un levier de fluidité, capable de gérer les suites post-opératoires bénignes et de décharger ainsi les secteurs d'hospitalisation.

Cette résistance identitaire la crainte que l'ouverture d'un service de consultations non programmées ne fasse basculer la clinique d'une excellence chirurgicale premium vers un service de soins banalisé, est l'une des forces restrictives les plus puissantes identifiées dans l'analyse du champ de Lewin. Elle est légitime : la Clinique Victor Hugo accueille une patientèle exigeante incluant acteurs, sportifs de haut niveau, dirigeants d'entreprises et diplomates qui ont choisi l'établissement précisément pour son image de sérieux et de sécurité. La réponse managériale est narrative : construire et diffuser un récit cohérent qui positionne le service CNP non pas comme une rupture avec cette identité, mais comme son prolongement naturel : l'excellence médicale appliquée aux soins aigus non vitaux, la qualité de l'expérience patient étendue aux situations imprévues.

Afin de transformer ces résistances en adhésion, j'ai mobilisé la théorie du champ de Kurt Lewin, en cherchant à réduire les forces restrictives (les craintes) plutôt qu'à augmenter la pression au changement. Cette médiation s'est concrétisée par des temps d'échanges dédiés, visant à redonner du sens à l'action collective. En mettant en exergue l'amélioration du parcours patient et la sécurisation des prises en charge, les CNP ne sont plus perçues comme une contrainte organisationnelle supplémentaire, mais comme une ressource structurante pour l'établissement. La présentation aux praticiens libéraux des données concurrentielles flux non capté estimé à 13 500 passages annuels, analyse des trois structures existantes dans un rayon de 3 km, a constitué l'argument le plus solide pour créer un consensus autour du diagnostic territorial.

Enfin, ce pilotage a nécessité une posture de leader situationnel, inspirée des travaux de Kotter, où la communication transparente sur les bénéfices mutuels tant pour les soignants que pour les usagers a permis de stabiliser la transition et de favoriser une appropriation progressive de cette nouvelle organisation par l'ensemble des acteurs de terrain.

Ce travail ne peut être dissocié de la question des résistances au changement analysée précédemment. Comme le rappelle Kübler-Ross dans sa modélisation adaptée au monde organisationnel, certains soignants traversent des phases de doute ou de refus avant d'accepter le nouveau cadre d'exercice. Mon rôle n'est pas d'effacer ces résistances par injonction, mais de les accueillir comme des signaux d'alerte légitimes révélant des besoins de sens, de sécurité ou de reconnaissance.

Concrètement, cela s'est traduit par des entretiens individuels en amont de la mise en place du service, permettant d'identifier les freins de chacun et d'y apporter une réponse personnalisée. L'exemple d'une infirmière qui a exprimé, lors de plusieurs entretiens formalisés dans mon bureau, des craintes légitimes quant à l'évolution de ses missions et à la gestion du flux de soins non programmés, illustre concrètement cette démarche : en s'appuyant sur une écoute active et une reconnaissance de ces peurs, j'ai instauré un dialogue transparent pour lever les freins psychologiques, permettant de coconstruire avec elle un plan de formation personnalisé et rassurant, transformant ainsi une résistance individuelle en un levier d'amélioration de l'accompagnement RH collectif.

7.6.3 Cohésion d'équipe et hybridation culturelle

Le service de Consultations non programmées (CNP) se présente comme un véritable carrefour professionnel où convergent des cultures métier aux logiques parfois divergentes. La principale complexité managériale a résidé dans l'articulation de ces identités hétérogènes :

Les médecins urgentistes (vacataires) : Porteurs d'une culture de l'immédiateté, du flux et de la décision rapide, habitués à l'autonomie décisionnelle des urgences hospitalières publiques. Leur intégration dans une structure privée ambulatoire, avec ses protocoles spécifiques, ses exigences de facturation et sa culture de l'excellence, nécessite une acculturation que les protocoles signés avant la première intervention ne suffisent pas à garantir seuls.

Le personnel infirmier interne : Issu d'une culture de l'excellence clinique locale, habitué à la programmation et à la rigueur des protocoles chirurgicaux. L'adaptation à l'imprévisibilité du flux, à la responsabilité accrue du triage clinique et à la diversité des motifs de consultation constitue un saut qualitatif significatif dans leur pratique professionnelle.

L'équipe administrative et le secrétariat : Garants de la fluidité du parcours patient et de la conformité de la gestion documentaire.

Leur rôle se complexifie avec la facturation des actes mixtes et des majorations SAS, qui nécessitent une formation spécifique et une vigilance quotidienne pour sécuriser la viabilité économique du service.

Pour transformer cette juxtaposition de compétences en un collectif soudé, j'ai mis en place une stratégie de cohésion structurée autour de deux leviers principaux :

- **L'harmonisation des pratiques par les protocoles partagés :** Afin de lever les incertitudes liées à la diversité des parcours, j'ai piloté l'élaboration de protocoles de soins et de prise en charge communs, dont la validation par la CME constitue un acte de gouvernance partagée. Ce travail collaboratif a permis de créer un langage unique et sécurisant. En définissant précisément le « qui fait quoi » et le « comment » qui est responsable du triage, qui contacte SOS Mains pour un traumatisme complexe, qui valide la facturation d'une majoration SNP, ces référentiels ont réduit les zones de friction et garanti une continuité des soins identique, quel que soit l'intervenant du jour. La participation des infirmières à la rédaction des protocoles de triage, l'implication des médecins vacataires dans la révision des critères d'éligibilité, et la consultation de la secrétaire médicale sur les processus d'accueil et de facturation ont transformé cet exercice normatif en un acte de co-construction identitaire pour le service.
- **Les briefings : un outil de régulation et de leadership de proximité :** Au-delà de l'aspect technique, j'ai instauré des temps d'échanges rituels sous forme de briefings de 5 minutes en début de chaque journée. Ces espaces de parole sont essentiels pour partager la charge mentale, anticiper les pics d'activité identifiés sur les créneaux 10h-11h et 18h-20h, répartir les ressources et célébrer les petites victoires collectives. Ils constituent le principal outil de régulation émotionnelle dans un environnement où l'incertitude du flux peut rapidement générer de l'anxiété.

Dans la lignée du concept d'hybridation culturelle, mon pilotage RH vise à construire une identité collective propre au service CNP, sans nier les identités professionnelles de chacun. Les séances de débriefing post-garde, les réunions d'équipe mensuelles et les espaces informels d'échange constituent autant de leviers pour forger cette culture commune, condition indispensable à la qualité et à la sécurité des soins dans un environnement par nature imprévisible. L'objectif final de cette hybridation culturelle est de dépasser la simple cohabitation pour faire naître un sentiment d'appartenance spécifique au service de Soins Non Programmés.

Le passage à une activité de flux génère une incertitude constante qui peut devenir un facteur de risque psychosocial (RPS). Pour prévenir l'usure des équipes, mon pilotage RH intègre des mécanismes de régulation émotionnelle et organisationnelle. Cela passe par la mise en place de débriefings post-événements critiques et l'instauration d'un « droit à la déconnexion » (Cf. Annexe 10) cognitive entre les pics d'activité. En tant que CGS, je veille à ce que la flexibilité demandée aux agents soit compensée par une écoute active et une reconnaissance institutionnelle forte. La trajectoire de montée en charge validée en COPIL 10 patients par jour en phase pilote, 30 en phase de croisière, 40 à 50 à l'horizon 18 mois est précisément conçu pour préserver cet équilibre : elle donne aux équipes une courbe d'apprentissage maîtrisée, évitant l'épuisement professionnel lié à un flux incontrôlé dès le lancement. En sécurisant ainsi l'environnement de travail, on garantit non seulement le bien-être des collaborateurs, mais aussi la pérennité de la qualité des soins, l'épuisement des soignants étant le premier frein à la sécurité des patients.

7.7 Le Pilotage de la Qualité et de la Sécurité : Feedback et Amélioration Continue

Au-delà des indicateurs techniques, la pérennité du service repose sur l'implication des équipes et l'écoute des usagers. Cette dimension de feedback et d'amélioration continue s'inscrit dans la continuité de la culture qualité construite lors du processus de certification HAS V2020 conduit en février 2024, qui avait transformé une contrainte institutionnelle en opportunité de cohésion collective.

- **Expérience Patient :** Recueillir et analyser systématiquement les questionnaires de satisfaction pour ajuster l'accueil et la prise en charge. L'objectif est de maintenir un score de recommandation élevé, cohérent avec les standards d'excellence de la Clinique Victor Hugo. Dans un service où la patientèle peut inclure des personnalités publiques et des patients internationaux aux attentes particulièrement élevées en matière de discrétion et de personnalisation des soins, le retour d'expérience patient constitue un indicateur de pilotage aussi important que les KPI opérationnels.
- **Briefings et débriefings :** Instaurer un rituel quotidien de 5 minutes en début de journée pour identifier les points de friction de la veille et anticiper les flux de la journée, complété par des débriefings post-événements critiques permettant de transformer chaque incident en levier d'amélioration de protocole. Ces rituels constituent la colonne vertébrale de la culture de sécurité du service.
- **Formation continue :** Planifier des sessions de simulation en situation réelle gestion d'un arrêt cardiorespiratoire en salle d'attente, prise en charge d'une détresse respiratoire, protocole d'alerte pour un CCMU 3 identifié au triage, pour maintenir un haut niveau de réflexe opérationnel des équipes soignantes. Ces simulations, organisées avec le soutien de la plateforme « Vivalto Sim » du Groupe, garantissent que la rapidité de prise en charge propre au fast-track ne se fait jamais au détriment de la sécurité du patient. (Cf. Annexe 9)

Il faut s'assurer d'agir quotidiennement pour garantir le « zéro défaut » :

- **Monitoring des indicateurs (KPI) :** Piloter le service avec un objectif central : 90 % des patients pris en charge en moins de 30 minutes. Cet indicateur est suivi en temps réel via le tableau de bord partagé Mediboard-Doctolib, présenté lors des réunions de service mensuelles et analysé lors du COPIL mensuel. Les jalons d'évaluation intermédiaires à 6 et 12 mois prévus dans le GANTT du projet permettent de piloter la montée en charge de façon rigoureuse.
- **Gestion des risques :** Activer les instances de vigilance dès le lancement (CREX et RMM) pour transformer chaque incident en amélioration de protocole. La mise en place de RMM spécifiques au circuit non programmé, distinctes des instances existantes pour l'activité chirurgicale, garantit une analyse ciblée des risques propres au flux non programmé.
- **Conformité HAS :** Veiller à l'installation opérationnelle des équipements de sécurité (chariot d'urgence, défibrillateur) en conformité avec la certification V2020. Le phasage de l'inventaire matériel, équipements de sécurité prioritaires dès l'ouverture, dispositifs d'exploration fonctionnelle complexes en déploiement second reflète cette logique de sécurisation progressive et rigoureuse.

7.7.1 Le Pilotage de la Performance Médico-Économique :

La pérennité du service repose sur une gestion rigoureuse qui transforme l'activité de consultations non programmées en un levier de croissance pour l'ensemble de l'établissement.

Sans financement public dédié, la viabilité économique du service CNP doit être construite par la seule valeur ajoutée créée pour les patients et pour la clinique une contrainte qui impose une discipline de gestion particulièrement rigoureuse dès la phase de démarrage.

Le premier levier de rentabilité réside dans la corrélation stricte entre la masse salariale et l'activité réelle. L'organisation doit prévoir des paliers de recrutement (intermittence, vacations ou polyvalence interne) calqués sur la montée en charge. Passer de 10 à 50 passages quotidiens nécessite une bascule d'une équipe « socle » à une équipe « renforcée » afin de ne pas subir de surcoûts fixes durant les phases de démarrage. Cette approche par paliers, validée en COPIL, permet de corréler chaque embauche à une activité réellement constatée plutôt qu'à des projections théoriques, sécurisant ainsi l'équilibre économique dès les premiers mois.

La viabilité financière dépend de la capacité à capter les financements spécifiques liés à l'urgence et aux soins non programmés. Le positionnement du service comme partenaire prioritaire du SAS permet de capter des flux régulés. La croissance de 21 % de l'activité du SAS francilien en 2025 témoigne d'un changement structurel des habitudes de recours aux soins qui consolide la pertinence de ce positionnement. Il est crucial d'assurer une codification exhaustive des actes pour bénéficier des majorations spécifiques (type SNP à +15 €), garantissant ainsi une meilleure valorisation du temps médical par rapport à une consultation classique. Une facturation rigoureuse et la mise en place d'un contrôle de gestion dédié permettent de s'assurer que chaque acte (biologie, petite chirurgie, immobilisation) est correctement saisi et facturé dès la sortie du patient. Le rôle de la secrétaire médicale, formée spécifiquement à cette facturation complexe, est ici déterminant. L'inscription à l'Observatoire des consultations non programmées depuis le 14 janvier 2026 renforce également la légitimité de l'établissement auprès de l'ARS et de l'Assurance Maladie pour l'obtention des dotations FIR (Fonds d'Intervention Régional).

Le partage des plateaux techniques, en créant une synergie avec l'Hôpital de Jour Médical (HDJM) de Cardiologie, réduit les investissements initiaux. L'enveloppe travaux du projet CNP de 350 000 euros, mutualisée avec le projet HDJM et co-financée avec le soutien du Groupe Vivalto Santé, illustre cette logique d'optimisation des ressources : deux projets complémentaires partagent leurs coûts d'investissement, créant des synergies fonctionnelles tout en réduisant le risque financier individuel de chaque projet. L'utilisation commune des échographes de dernière génération et des équipements de radiologie permet de ventiler les coûts d'entretien et d'amortissement sur deux centres de profits distincts. L'intégration des besoins du service dans les volumes de commande de l'HDJM (consommables, dispositifs médicaux) permet également de négocier des tarifs préférentiels auprès des fournisseurs et de réduire le coût unitaire de chaque prise en charge.

7.7.2 Le Pilotage Partenarial et Territorial :

L'ancrage de la clinique dans son écosystème local repose sur une formalisation rigoureuse de ses partenariats extérieurs. En établissant des conventions structurantes avec la CPTS du 16e et l'Observatoire des Soins Non Programmés, la structure sort d'un isolement relatif pour devenir un acteur reconnu de la santé territoriale. Ce conventionnement ne constitue pas seulement une démarche administrative, mais une véritable reconnaissance de la légitimité de la clinique dans le parcours de soins, lui permettant d'aligner ses pratiques sur les besoins de santé publique du secteur. Le 16e arrondissement, avec ses 162 000 habitants et son profil démographique spécifique : population vieillissante dans certains secteurs, forte densité de cadres et professions libérales, flux de travailleurs pendulaires, présence d'institutions diplomatiques, génère une demande de consultations non programmées à la fois quantitativement significative et qualitativement exigeante.

Le conventionnement avec la CPTS du 16e traduit la volonté du service de répondre à cette demande dans une logique de complémentarité avec la médecine de ville, et non de concurrence.

7.7.3 Le Pilotage Dynamique des Flux en Collaboration avec le SAS :

La fluidité opérationnelle et la sécurité des soins dépendent d'une interaction étroite avec la régulation médicale. L'enjeu est de maintenir un lien constant et agile avec le Centre 15, afin que l'orientation des patients via le Service d'Accès aux Soins (SAS) soit corrélée en temps réel avec les capacités d'accueil du service. Ce pilotage « à l'instant T » permet d'éviter l'engorgement des salles d'attente et de garantir que chaque patient adressé par la régulation bénéficie d'une prise en charge immédiate et adaptée aux ressources médicales disponibles. L'HEGP, avec ses 51 505 passages aux urgences en 2024, constitue la référence concrète de l'enjeu territorial : chaque patient réorienté vers le service CNP plutôt que vers l'HEGP représente une double valeur : une prise en charge de meilleure qualité pour le patient, dans un environnement adapté à son niveau de gravité, et un désengorgement structurel des urgences hospitalières.

La réussite de cet ancrage territorial ne peut s'envisager sans un volet numérique et informationnel robuste. L'enjeu managérial est de garantir une continuité de l'information entre la régulation du SAS, la médecine de ville et les CNP. Cela suppose le déploiement d'outils de communication sécurisés (type MSSanté) et le partage en temps réel des créneaux de soins disponibles, permettant de réduire la charge administrative des équipes soignantes tout en sécurisant le parcours patient. L'interfaçage Mediboard-Doctolib, déjà opérationnel sur les autres services de la clinique, constitue le socle technique de cette continuité informationnelle.

Enfin, ce pilotage partenarial impose la mise en place de nouveaux indicateurs d'évaluation, non plus seulement centrés sur l'activité interne de la clinique, mais sur son impact au sein du territoire. En analysant régulièrement les données de provenance des patients et les motifs de recours via le SAS, nous pourrons ajuster l'offre de consultations non programmées aux besoins réels de la population locale. Ce travail d'analyse, partagé lors des instances territoriales (CPTS, réunions ARS), permet de renforcer la responsabilité populationnelle de l'établissement. La démarche d'inscription à l'Observatoire des Consultations non programmées le 14 janvier 2026 s'inscrit dans cette logique de transparence et de contribution à la mission de service public. À terme, cette démarche proactive consolide la réputation de la Clinique Victor Hugo, faisant d'elle un partenaire incontournable pour les autorités de tutelle lors du renouvellement des autorisations d'activité et des négociations budgétaires. Elle s'inscrit pleinement dans la stratégie du Groupe Vivalto Santé, qui vise à renforcer la légitimité de ses établissements auprès des ARS et des CPAM pour l'obtention des financements contractuels (dotations FIR).

8. Budgétisation

Du point de vue de la Clinique Victor Hugo, le projet CNP s'inscrit dans un modèle de valorisation immobilière et de refacturation de ressources. La clinique n'exploite pas directement le service de consultations non programmées : elle met à disposition ses locaux, son personnel et ses médicaments à une structure exploitante externe (médecins urgentistes), en contrepartie d'un loyer et d'une refacturation des charges engagées.

Le budget présenté ci-après traduit donc la logique comptable et financière de la clinique en tant que structure-hôte et prestataire de services.

Les investissements sont portés par la Clinique Victor Hugo et Vivalto Santé. Ils comprennent les travaux d'adaptation des locaux du Check-up Center et l'acquisition des équipements biomédicaux nécessaires au fonctionnement du service. L'enveloppe totale des travaux (350 000 €) est mutualisée avec le projet HDJM Cardiologie.

Poste de dépense	Montant (€)	Remarques
Travaux d'adaptation et aménagement du Check-up Center	175 000 €	Part CNP (enveloppe totale 350 000 € avec HDJM)
Équipements biomédicaux (ECG, défibrillateur, tables, tensiomètres…)	45 000 €	Partage échographe et imagerie avec HDJM
Matériel de petite chirurgie et plâtrerie	12 000 €	Achats groupés centrale Vivalto Santé
Systèmes d'information (paramétrage Mediboard, interfaçage Doctolib/SAS)	18 000 €	Logiciels déjà déployés dans l'établissement
Signalétique et mobilier d'accueil	8 000 €	En partie déjà installés
Formation personnel soignant DU « Intelligence Artificielle Appliquée en Santé »	1 900 €	1 IDE · Université Paris Cité · Rentrée sept. 2026 · Prise en charge OPCO Santé possible
TOTAL INVESTISSEMENT (part CVH / CNP)	**259 900 €**	Co-financé avec Vivalto Santé · inclut formation DU IA

8.1 Recettes de la Clinique Victor Hugo

Le Check-up Center (6 rue du Dôme) appartenant à la Clinique Victor Hugo, celle-ci perçoit un loyer de la part de deux locataires distincts qui occupent les locaux : les urgentistes du service CNP (Consultations Non Programmées) et les cardiologues de l'HDJM Cardiologie. Le loyer total perçu est de 180 000 €/an, la répartition entre les deux locataires restant à formaliser au prorata des surfaces occupées dans le bail définitif.

À ces recettes locatives s'ajoutent la refacturation du personnel mis à disposition (IDE de triage, secrétaire médicale) au coût réel augmenté d'une marge de gestion, et la refacturation des médicaments et consommables médicaux à prix de revient. Ces flux constituent les produits du compte d'exploitation de la clinique au titre du service CNP.

Source de recettes CVH	Base de calcul	Volume annuel	Recettes annuelles
Loyer perçu des urgentistes CNP (locaux, mobilier, réseaux, fluides)	Forfait mensuel	12 mois	à définir (part du loyer total 180 000 €/an)
Loyer total annuel perçu (répartition CNP / HDJM à formaliser au prorata des surfaces)	Forfait mensuel	12 mois	**180 000 €/an**
Refacturation personnelle mis à disposition (IDE triage + secrétaire médicale)	Coût réel + marge 5 %	12 mois	220 500 €/an
Refacturation médicaments et consommables médicaux	Prix de revient	Selon activité	96 000 €/an
TOTAL RECETTES (régime de croisière 40 patients/jour)			**496 500 €/an**

8.2 Charges de la Clinique Victor Hugo au titre du service CNP

Les charges supportées par la clinique correspondent aux coûts effectivement engagés pour mettre à disposition les ressources utilisées par le service CNP. Ces charges sont intégralement récupérées via la refacturation.

Nature de la charge	Montant annuel (€)	Mode de récupération
Coût du personnel paramédical mis à disposition (IDE triage, secrétaire)	210 000 €	Refacturé au coût réel + marge 5 %
Coût des médicaments et consommables médicaux	96 000 €	Refacturé au prix de revient
Coûts fixes immobiliers (entretien, fluides, assurances) couverts par le loyer	inclus dans le loyer	Loyer forfaitaire
TOTAL CHARGES CVH (récupérées par refacturation)	**306 000 €**	Neutralisées par les recettes

8.3 Résultat net de la Clinique Victor Hugo : trajectoire par paliers

Le résultat net de la clinique sur le service CNP correspond à la différence entre les recettes (loyer + refacturations) et les charges engagées. La marge nette est structurée autour du loyer et de la marge sur refacturation du personnel. Elle progresse avec la montée en charge, indépendamment du volume d'activité médical, dans la mesure où le loyer est fixé et les refacturations indexent les charges réelles.

Indicateur financier CVH	Phase pilote (juil. 2026)	Phase crois. (sept. 2026)	Cible 18 mois (janv. 2028)	Commentaire
Patients/jour	10	30	40–50	Montée en charge progressive
Recettes CVH annualisées	~ 260 000 €	~ 380 000 €	496 500 €	Loyer fixe + refacturation variable
Charges CVH annualisées	~ 180 000 €	~ 250 000 €	306 000 €	Personnel + consommables
Résultat net CVH avant impôt	**+ 80 000 €**	**+ 130 000 €**	**+ 190 500 €**	Loyer + marge + personnel à refacturer

8.4 Effet levier sur l'activité de la clinique

Au-delà des recettes directes issues du bail et des refacturations, le service CNP génère un effet levier sur les autres activités de la clinique : les patients pris en charge au CNP qui nécessitent un acte complémentaire (imagerie, consultation spécialisée, chirurgie ambulatoire, biologie) sont orientés vers le plateau technique de la clinique. Ces flux induits, estimés à 20 % des passages en régime de croisière, représentent un potentiel de recettes additionnelles pour la clinique de l'ordre de 280 000 à 300 000 € par an, non intégrées dans le compte d'exploitation du service CNP à proprement parler mais constituant un bénéfice indirect majeur pour l'établissement.

8.4.1 Facteurs de risque financier et leviers de sécurisation :

Trois risques financiers principaux ont été identifiés et font l'objet de mesures correctives spécifiques.

Le risque de non-paiement ou de litige avec la structure exploitante est prévenu par la formalisation d'un bail commercial précisant les conditions de paiement du loyer et les modalités de refacturation, avec des clauses de révision en cas de montée en charge inférieure aux prévisions. Un calendrier mensuel de facturation et de contrôle est établi avec la direction financière.

Le risque de sous-refacturation est prévenu par la mise en place d'un contrôle de gestion dédié au service CNP, permettant de tracer en temps réel les consommations de personnel et de médicaments affectées au service, et de s'assurer que la refacturation mensuelle reflète bien les charges réelles engagées.

Le risque de défaillance de la structure exploitante est atténué par l'appartenance au Groupe Vivalto Santé, dont le soutien stratégique et la capacité de substitution réduisent l'exposition de la clinique à ce risque. Un bilan trimestriel de l'activité du service CNP est présenté en COPIL.

En définitive, le modèle économique du service CNP du point de vue de la Clinique Victor Hugo est celui d'un bailleur-prestataire : la clinique ne prend pas de risque médico-économique directement lié à l'activité du service, mais en capte les bénéfices via le loyer, les marges de refacturation et l'effet levier sur son plateau technique. Ce positionnement est cohérent avec la stratégie immobilière et organisationnelle de l'établissement, qui valorise ses actifs disponibles sans s'éloigner de son cœur de métier chirurgical.

9. Limites et Perspectives du Projet CNP

Le déploiement du Centre de Consultations non programmées (CNP) au sein de la Clinique Victor Hugo représente une transformation agile d'un modèle privé traditionnellement tourné vers le programmé.

Si la phase de conception et le pilotage initial démontrent une réelle pertinence territoriale, l'analyse critique du projet permet d'identifier des limites structurelles et des leviers d'évolution à moyen terme.

9.1 Limites et Freins Identifiés

La mise en œuvre du service de consultations non programmées (CNP) au sein de la Clinique Victor Hugo s'inscrit dans une logique de transformation organisationnelle ambitieuse. Toutefois, comme tout projet de restructuration de l'offre de soins, son déploiement se heurte à plusieurs limites structurelles, culturelles et opérationnelles qui doivent être identifiées avec lucidité afin de sécuriser sa pérennité.

L'intégration du service dans le dispositif du Service d'Accès aux Soins (SAS) constitue un levier stratégique majeur en matière de visibilité territoriale et de légitimité institutionnelle. Néanmoins, cette intégration induit également une forme de dépendance à une régulation externe dont la clinique ne maîtrise ni les volumes ni la qualité du triage initial.

Le risque principal réside dans l'orientation de patients dont l'état clinique dépasse le périmètre défini pour le CNP. Malgré les protocoles d'éligibilité établis à partir des classifications CCMU, certains patients adressés par le SAS peuvent présenter des tableaux cliniques nécessitant finalement une prise en charge hospitalière plus lourde.

Cette situation expose le service à plusieurs conséquences : une saturation rapide des capacités d'accueil, une tension accrue sur les équipes soignantes, une augmentation des réorientations secondaires vers les urgences hospitalières, un allongement des délais de prise en charge pour les patients relevant réellement du périmètre du CNP.

Cette dépendance pose également la question de la gouvernance territoriale des soins non programmés. Le CNP reste tributaire de décisions prises à l'échelle régionale par les régulateurs médicaux et les autorités sanitaires, dans un environnement susceptible d'évoluer rapidement selon les priorités de santé publique.

L'ouverture d'un service de consultations non programmées modifie profondément la culture organisationnelle d'un établissement historiquement construit autour d'une activité chirurgicale programmée et hautement spécialisée.

Cette évolution peut être vécue par certains praticiens comme une remise en question implicite du positionnement premium de la clinique.

La crainte d'une « banalisation » de l'activité ou d'une dilution de l'image d'excellence chirurgicale constitue une résistance culturelle forte, parfois peu exprimée mais néanmoins présente.

Cette tension identitaire s'observe notamment autour de plusieurs inquiétudes :

- La peur d'une augmentation des flux non maîtrisés
- Le risque de perturbation des organisations existantes
- La coexistence entre logique de programmation et logique d'immédiateté
- La crainte d'une dégradation de l'expérience patient historique de la clinique

Comme l'ont montré Lewin et Kotter dans leurs travaux sur la conduite du changement, les résistances ne relèvent pas uniquement d'un refus du projet, mais traduisent souvent une inquiétude liée à la perte de repères professionnels et organisationnels. Le rôle du management consiste alors à transformer cette perception de menace en dynamique collective, en démontrant que le CNP ne remet pas en cause l'identité de la clinique mais participe au contraire à son adaptation stratégique aux mutations du système de santé.

Le modèle économique du service repose sur un équilibre particulièrement sensible durant la phase initiale de montée en charge. Contrairement à certaines structures hospitalières publiques bénéficiant de financements dédiés, le CNP doit atteindre rapidement un volume d'activité suffisant pour absorber ses coûts fixes.

Cette fragilité économique repose sur plusieurs facteurs :

- Le coût RH lié à l'ouverture élargie
- Les investissements matériels et numériques ;
- Les coûts indirects liés à la coordination territoriale ;
- Les contraintes de facturation en secteur 1 ;
- La dépendance aux majorations spécifiques SNP.

Le seuil cible de 40 à 50 patients par jour constitue ainsi un point d'équilibre indispensable à la viabilité du modèle. Tout décalage entre les projections d'activité et les flux réellement observés pourrait fragiliser durablement le projet.

Par ailleurs, la rentabilité du dispositif dépend fortement de la fluidité du parcours patient. Une augmentation des temps d'attente, des réorientations ou des examens complémentaires non valorisés pourrait rapidement altérer l'efficience organisationnelle recherchée.

Cette réalité rappelle que les structures de consultations non programmées doivent constamment concilier deux logiques parfois contradictoires : une logique de service public d'accès rapide aux soins et une logique de soutenabilité économique propre aux établissements privés.

Le passage d'une organisation centrée sur des activités programmées à une activité fondée sur des flux imprévisibles modifie profondément les conditions de travail des équipes.

Les infirmiers organisateurs de l'accueil (IOA) et les IDE de triage occupent une position particulièrement exposée. Ils doivent simultanément :

- Évaluer rapidement les situations cliniques
- Gérer l'incertitude
- Maintenir la fluidité des flux
- Faire face à des patients parfois anxieux ou impatients
- Assurer la coordination avec les médecins et les structures externes

Même si des mécanismes de régulation sont prévus (formations, débriefings, protocoles, temps d'échanges), ils ne permettent pas de supprimer totalement cette charge émotionnelle et organisationnelle.

À moyen terme, la fidélisation des professionnels constitue donc un enjeu majeur.

Dans un contexte national marqué par les difficultés de recrutement dans les métiers de l'urgence et du soin aigu, maintenir l'attractivité du service représentera un défi managérial permanent.

9.2 Perspectives et Axes de Développement

Malgré ces limites, le projet de consultations non programmées ouvre des perspectives de développement particulièrement structurantes pour la Clinique Victor Hugo.

Loin de constituer une simple extension d'activité, le CNP peut représenter un levier de transformation globale de l'établissement, à la fois sur le plan organisationnel, technologique et territorial.

Trois axes majeurs de développement apparaissent à moyen et long terme : l'innovation numérique et l'intelligence artificielle, la consolidation de la synergie avec l'HDJM Cardiologie, et le renforcement de la responsabilité populationnelle dans une logique de maillage territorial.

Axe 1 : Innovation numérique et Intelligence Artificielle

L'évolution des technologies numériques appliquées à la santé constitue une opportunité majeure pour les structures de soins non programmés. Le CNP pourrait progressivement devenir un laboratoire d'innovation organisationnelle au sein de la clinique.

L'intégration d'outils d'intelligence artificielle permettrait notamment :

- D'optimiser le triage des patients
- D'anticiper les flux d'activité
- D'améliorer l'aide à la décision clinique
- De sécuriser les orientations
- De réduire les temps d'attente

À terme, des algorithmes d'aide au tri pourraient assister les IDE dans l'identification des situations à risque nécessitant une réorientation immédiate vers les urgences hospitalières.

L'IA pourrait également jouer un rôle dans :

- L'analyse prédictive des pics d'activité
- L'optimisation des ressources humaines
- L'identification des motifs de recours récurrents
- L'évaluation des indicateurs qualité en temps réel

Par ailleurs, le développement de la télémédecine et des outils de suivi à distance pourrait permettre d'assurer certaines réévaluations cliniques sans déplacement physique du patient, notamment pour : les contrôles post-traumatiques simples, les complications postopératoires mineures et le suivi de certaines pathologies infectieuses bénignes.

Cette transformation numérique contribuerait à renforcer la fluidité du parcours patient tout en améliorant l'efficience globale du service.

Une infirmière de l'équipe CNP intégrera, à la rentrée de septembre 2025, le Diplôme Universitaire *« Intelligence Artificielle Appliquée en Santé »* délivré par l'Université Paris Cité (Cf. ANNEXE 11). Cette formation, à la croisée des sciences infirmières et des technologies algorithmiques, lui permettra d'évaluer les outils d'aide à la décision, d'adapter les protocoles de triage existants (échelle CCMU) aux solutions de pré triage automatisé et d'accompagner l'équipe dans leur appropriation progressive.

Axe 2 : Consolidation de la synergie avec l'HDJM Cardiologie

L'articulation entre le CNP et le futur HDJM Cardiologie constitue l'un des axes stratégiques les plus prometteurs du projet. Cette proximité ouvre la voie à la création d'un véritable parcours ambulatoire intégré capable de prendre en charge rapidement des situations intermédiaires situées entre la médecine de ville et les urgences hospitalières.

Cette organisation contribuerait à éviter des hospitalisations inutiles tout en sécurisant les patients grâce à un accès immédiat à une expertise spécialisée.

Au-delà de la cardiologie, ce modèle pourrait progressivement être étendu à d'autres spécialités présentes au sein de la clinique : orthopédie, chirurgie de la main, pneumologie et médecine vasculaire.

Le CNP deviendrait alors une véritable porte d'entrée ambulatoire vers l'expertise spécialisée de la clinique.

Axe 3 : Responsabilité populationnelle et maillage territorial

Enfin, le développement du CNP s'inscrit dans une évolution plus large du rôle des établissements privés dans les politiques territoriales de santé. Traditionnellement centrés sur leur activité propre, les établissements privés sont désormais de plus en plus incités à participer à la continuité des parcours de soins et à la régulation territoriale.

Dans cette perspective, le CNP pourrait progressivement devenir :

- Un acteur identifié du premier recours
- Un partenaire privilégié du SAS
- Un relais opérationnel des CPTS
- Un dispositif d'appui aux médecins généralistes du territoire

Cette logique de responsabilité populationnelle implique de dépasser la seule logique d'activité pour intégrer une logique d'impact territorial. À terme, cette dynamique pourrait également ouvrir la voie à de nouveaux partenariats : conventions avec des entreprises locales, collaborations avec des établissements médico-sociaux ou participation à des programmes régionaux de prévention.

Ainsi, le projet CNP ne constitue pas uniquement une réponse organisationnelle à un besoin immédiat. Il représente également une opportunité de repositionnement stratégique de la Clinique Victor Hugo comme acteur territorial innovant, capable de concilier excellence clinique, réactivité organisationnelle et contribution aux missions de santé publique.

9.3 Synthèse prospective

Ces trois axes ne sont pas indépendants : ils forment un système cohérent et se renforcent mutuellement.

L'IA renforce la qualité du triage et la réputation clinique du service. La synergie HDJM élargit le spectre des pathologies traitables et crédibilise le positionnement premium de la clinique. L'ancrage territorial légitime le service auprès des tutelles et ouvre la voie à des financements publics qui pérennisent le modèle. Ensemble, ils traduisent ce qu'affirme le *management stratégique* au sens de Mintzberg[27] : « *une organisation apprenante et agile ne planifie pas seulement l'existant, elle crée les conditions de l'émergence de nouvelles opportunités à partir de ses compétences distinctives* ».

En ce sens, le service CNP ne doit pas être perçu comme une simple unité de soins ajoutée à l'organigramme de la Clinique Victor Hugo, mais comme un laboratoire de transformation organisationnelle : un espace où se testent et se consolident les nouvelles formes de leadership, les nouvelles pratiques professionnelles et les nouvelles alliances institutionnelles qui définiront la clinique de demain. Le défi futur résidera dans la capacité à stabiliser ce modèle en phase de *recristallisation* au sens de Lewin, tout en conservant l'agilité nécessaire pour s'adapter aux mutations constantes du paysage de santé francilien.

[27] Autissier, D., Johnson, K. et Metais-Wiersch, E. (2018). Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 21(2), pp. 45-54.

CONCLUSION

Ce projet managérial est né d'un paradoxe : celui d'un établissement doté d'un plateau technique de haut niveau, reconnu pour l'excellence de sa chirurgie ambulatoire, mais dans l'incapacité de répondre à une entorse, une plaie ou une douleur aiguë se présentant spontanément à son accueil. Ce paradoxe, loin d'être anecdotique, révèle une inadéquation structurelle entre le modèle exclusivement programmé de la Clinique Victor Hugo et les consultations non programmées d'un territoire dense, exigeant et sous-équipé en alternatives aux urgences hospitalières.

La création du service de Consultations Non Programmées constitue la réponse que ce projet managérial a construite et argumentée. Elle repose sur une triple convergence : un besoin territorial documenté, avec un flux estimé à 13 500 passages annuels non captés dans le secteur du 16e arrondissement ; une opportunité immobilière concrète, avec les locaux du Check-up Center disponibles et immédiatement fonctionnels ; et une ambition stratégique portée par la direction de l'établissement et validée en COPIL dès février 2026. Cette convergence n'est pas le fruit du hasard : elle est le résultat d'un travail de diagnostic rigoureux, d'une analyse concurrentielle approfondie et d'une réflexion sur le positionnement territorial de la clinique au sein de l'écosystème de santé parisien.

La littérature récente montre que les centres de consultations non programmées constituent une réponse croissante à la saturation des urgences. Toutefois, leur efficacité réelle reste débattue. Certains travaux mettent en évidence une amélioration de l'accès aux soins de premier recours, tandis que d'autres soulignent l'absence de preuves robustes concernant leur impact durable sur la fréquentation des services d'urgences hospitaliers.

Le projet développé à la Clinique Victor Hugo s'inscrit dans cette tension : il ambitionne de fluidifier les parcours tout en devant démontrer, à moyen terme, sa réelle valeur ajoutée territoriale.

Sur le plan organisationnel, le projet CNP représente bien plus qu'une extension de l'offre de soins : il constitue une véritable transformation culturelle pour un établissement ancré dans la logique du programmé. Introduire l'imprévisibilité du flux non programmé dans une structure construite autour de la maîtrise des processus chirurgicaux, c'est bousculer des repères professionnels profondément enracinés. Les résistances rencontrées, qu'elles soient médicales, paramédicales ou identitaires ne sont pas des obstacles à surmonter par la force, mais des signaux à décoder, à accompagner, à transformer. C'est précisément ce que les cadres théoriques mobilisés dans ce projet, le leadership partagé, la conduite du changement selon Lewin et Kotter, et le management stratégique de Mintzberg permettent de faire : donner du sens à la transformation, distribuer l'autorité selon les compétences, et ancrer durablement les nouvelles pratiques dans la culture de l'établissement.

Sur le plan économique, le modèle retenu est celui d'une clinique bailleur-prestataire : la Clinique Victor Hugo ne porte pas le risque médico-économique de l'activité non programmée, mais en capte les bénéfices via le loyer perçu auprès des urgentistes du CNP et des cardiologues de l'HDJM, la refacturation du personnel mis à disposition et des consommables, et l'effet levier généré sur son propre plateau technique. Ce positionnement est cohérent avec la stratégie de valorisation immobilière et d'optimisation des ressources portée par le Groupe Vivalto Santé, et sécurise la viabilité financière du projet dès la phase pilote.

Sur le plan territorial, le service CNP ne se déploie pas en silo : il s'inscrit dans la chaîne de régulation médicale nationale via le Service d'Accès aux Soins, dans le partenariat libéral via la CPTS du 16e, et dans une démarche de transparence via l'Observatoire des soins non programmés.

En choisissant d'être un acteur reconnu du parcours de soins territorial plutôt qu'une structure isolée, la Clinique Victor Hugo renforce sa légitimité auprès des autorités de tutelle et consolide son positionnement pour les négociations futures avec l'ARS et l'Assurance Maladie.

Sur le plan personnel, ce projet a été pour moi bien plus qu'un exercice académique. Il a mobilisé l'intégralité de mon parcours : la connaissance opérationnelle de l'établissement acquise depuis 2022, la légitimité institutionnelle conférée par ma nomination comme coordinatrice générale des soins, et les outils théoriques apportés par ce Master. Il m'a confirmé que le rôle du manager de santé n'est pas de réduire la complexité, mais de la piloter ; qu'il ne s'agit pas d'imposer une vision, mais de créer les conditions pour qu'elle soit partagée ; et que la légitimité la plus durable n'est pas celle que confèrent les mandats, mais celle que construisent la cohérence et la confiance quotidiennes.

Le service CNP ouvrira ses portes en juillet 2026. Ce sera la première épreuve de vérité : celle du terrain, des premiers patients, des premiers doutes, des premiers ajustements. Mais les fondations sont posées. La coalition est constituée. La vision est partagée. Et la conviction qui a animé ce projet depuis son origine demeure intacte : la Clinique Victor Hugo a toutes les ressources pour faire de ce service non pas une concession à l'urgence, mais une nouvelle expression de son excellence.

BIBLIOGRAPHIE :

Articles de revues

Bontemps, G., Richaud, F. et Nunes, P. (2022). Panorama français du virage ambulatoire. ADSP, 118(2), 14-18.
https://stm.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-2-page-14?lang=fr.

Dumas, M., Douguet, F. et Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 20, vol. 5(1), 45-67.
https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045.

Sous la direction de Fabien Toutlemonde (2021, juillet). Les établissements de santé - édition 2021. Panoramas de la Drees.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/

HAS. Manuel de certification des établissements de santé – V2020. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2021.
https://www.has-sante.fr/

https://www.omedit-paysdelaloire.fr/

DREES. Les établissements de santé – édition 2023. Paris : DREES, 2023.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/

Mesnier, T. Assurer le premier accès aux soins – Organiser les consultations non programmées dans les territoires. Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé. Paris, 2018, p. 16.
https://sante.gouv.fr/

DREES, Statistique Annuelle des Établissements de Santé (SAE), bordereau « Structures des urgences », HEGP – AP-HP, FINESS 750100042, année 2024.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/

IGAS. Rapport n° 2019-080R sur les consultations non programmées et la régulation de l'accès aux urgences hospitalières. Paris : IGAS, 2019.
https://www.igas.gouv.fr/

ARS IDF, mise à jour février 2026 Agence Régionale de Santé (ARS Île-de-France Service d'accès aux soins (SAS) https://www.iledefrance.ars.sante.fr/service-dacces-aux-soins-sas-5

Instruction DGOS/R2/2019/151 du 4 juillet 2019 relative au renforcement de l'offre de consultations non programmées en médecine de ville.
https://www.legifrance.gouv.fr/

Ministère de la Santé L'organisation et la facturation des consultations non programmées en ambulatoire, mise à jour janvier 2026 https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire).

IGAS, publication du 9 février 2026 Centres de consultations non programmées : l'IGAS pousse à l'encadrement d'une offre née hors cadre
https://www.caducee.net/actualite

DGOS/ATIH, Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) – Branche Maladie, édition 2025, section 2.12.3 « Chirurgie ambulatoire », p. 203, https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/Communs/Images/HomePage/Bandeau_2022.jpg

Ouvrages :

Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A. et Johnson, K. (2018). Chapitre 24. John P. Kotter. Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs (p. 235-239). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0235. https://shs.cairn.info/?lang=fr

Pearce, C. L., & Conger, J. A. (Eds.) (2003). Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership. SAGE Publications, Inc., https://sk.sagepub.com/book/edvol/shared-leadership/toc (traduit vers Deepl) https://doi.org/10.4135/9781452229539

Stern, P. et Schoettl, J.-M. (2019). Outil 8. Le management situationnel. La Boîte à outils du Management (p. 32-35). Dunod. https://shs.cairn.info/la-boite-a-outils-du-management--9782100795789-page-32?lang=fr.

Saint-Michel, S.-E. (2023). IV / L'approche charismatique et transformationnelle du leadership. Théories du leadership (p. 57-78). La Découverte. https://shs.cairn.info/theories-du-leadership--9782348079429-page-57?lang=fr.

Martin, L. Engagement et leadership en santé. Paris : Elsevier, 2024, p. 44-45 (Olivia Rufat). https://www.elsevier-masson.fr/

AUTISSIER David., MOUTOT Jean-Michel, JOHNSON Kevin, METAIS-WIERSCH Emily. « La boite à outil du changement et de la transformation, Outil 6. La courbe d'engagement de Kübler-Ross », Dunod. p. 36-37.

Luc, Édith. (2010). *Le leadership partagé*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. https://doi.org/10.4000/books.pum.6416

Autissier, D., Johnson, K. et Metais-Wiersch, E. (2018). Du changement à la transformation : Stratégie et pilotage de transformation. Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.02. https://shs.cairn.info/?lang=fr

Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A. et Johnson, K. (2018). Chapitre 15. Kurt Lewin. Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs (p. 147-155). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0147. https://shs.cairn.info/conduite-du-changement-concepts-cles--9782100769414?lang=fr

Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I., Vas, A. et Johnson, K. (2018). Chapitre 24. John P. Kotter. Conduite du changement : concepts clés : 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs (p. 235-239). Dunod. https://doi.org/10.3917/dunod.autis.2018.01.0235.

Kotter, J. P. Leading change. Boston : Harvard Business School Press, 1996.

Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2016). Chapitre 8. La gestion des hommes et des résistances. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, performance (p. 201-233). pp 201 à 233 chap 8
https://shs.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100754014?lang=fr

Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Introduction. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance (p. 5-9). Dunod.
https://shs.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100848874-page-5

Maisonneuve, J. (2014). Changements et résistance au changement. La dynamique des groupes (p. 45-59). Presses Universitaires de France.
https://shs.cairn.info/la-dynamique-des-groupes--9782130632238-page-45?lang=fr.

Autissier, D., Johnson, K. et Metais-Wiersch, E. (2018). Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 21(2), 45-54.
https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045.

Barabel, M. (2017). IX. Henry Mintzberg – Les configurations organisationnelles. Dans S. Charreire-Petit et I. Huault Les Grands Auteurs en Management (p. 129-150). EMS Éditions.
https://doi.org/10.3917/ems.charr.2017.01.0129.

Sitographie

https://www.vivalto-sante.fr/

Dossier complet Commune de Paris 16e Arrondissement
https://www.insee.fr/fr/accueil

Référentiels et législation :

Loi RIST : LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (introduction de la T2A) ;
https://www.legifrance.gouv.fr/

Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009.
https://www.legifrance.gouv.fr/

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : DREES, Les établissements de santé – édition 2021

Annexe 2 : Rapport de certification HAS – Clinique Victor Hugo

Annexe 3 : Groupe Vivalto Santé – Présentation institutionnelle

Annexe 4 : Note de cadrage – Projet CNP Clinique Victor Hugo

Annexe 5 : Compte-rendu COPIL Cardiologie-HDJM et CNP

Annexe 6 : Analyse concurrentielle – Notes de travail CNP

Annexe 7 : Étude de l'impact économique en chirurgie ambulatoire

Annexe 8 : Convention Cerbaillance

Annexe 9 : Charte droit à la déconnexion

Annexe 10 : Formation mise en situation d'urgence – Vivalto Sim

Annexe 11 : Inscription au DU Intelligence Artificielle Appliquée en Santé

Annexe 1

DREES, Les établissements de santé – édition 2021

Vue d'ensemble

Le secteur hospitalier français compte 3 008 établissements de santé au 31 décembre 2019 : 1 354 hôpitaux publics, 983 cliniques privées et 671 établissements privés à but non lucratif. L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de polypathologies. Mais les modalités de ces prises en charge continuent aussi d'évoluer. Pour la troisième année consécutive, le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie (- 0,9 %, après -1,0 % en 2018 et -0,7 % en 2017). Alternatives à cette forme de prise en charge, les hospitalisations partielles (sans nuitée) continuent de progresser, tout comme les séances. Le recours aux urgences progresse de 1,0 % en 2019, à un rythme inférieur depuis 2016 à celui observé sur plus longue période (3,4 % par an).

La baisse régulière du nombre d'établissements de santé est plus marquée pour les hôpitaux publics

Au 31 décembre 2019, le secteur hospitalier français est constitué de 3 008 structures[1] disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complète (comptées en lits) ou partielle (donc sans nuitée, comptées en places). Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes.

Parmi les 1 354 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 179 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 945 centres hospitaliers (CH, y compris les ex-hôpitaux locaux) ; 92 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; enfin, 138 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, 983 cliniques privées à but lucratif cohabitent avec 671 établissements privés à but non lucratif, dont 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Entre 2013 et 2019, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé est passé de 3 125 fin 2013 à 3 008 fin 2019 (-3,7 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations.

Cette évolution est plus marquée pour les hôpitaux publics : leur nombre est passé de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 354 fin 2019 (-4,6 %). Cette diminution a concerné principalement les USLD, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, de manière un peu moins marquée que dans le public (-37 entités géographiques en six ans, soit -3,6 %) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-56 entités), le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de lutte contre les maladies mentales a progressé (+16 entités).

Le nombre d'établissements privés à but non lucratif a également diminué depuis 2013, mais à un rythme plus modeste, passant de 685 entités à 671 durant la même période (-2,0 %).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète continue de se replier

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des

1. Ce nombre est obtenu en prenant en compte toutes les entités géographiques identifiées, pour le secteur public comme pour le secteur privé. Jusqu'en 2012, il n'était pas possible de comptabiliser le nombre d'entités géographiques du secteur public. Seul le nombre d'entités juridiques était identifiable.

capacités d'hospitalisation complète (lits) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée), avec des disparités départementales globalement stables ces six dernières années. En 2019, les établissements de santé comptent 393 000 lits d'hospitalisation complète, soit 76 000 lits de moins qu'en 2003.

En court séjour (MCO), ces évolutions ont été rendues possibles par des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitées. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète.

La fermeture de ces lits de court séjour s'est effectuée à un rythme assez régulier (-34 000 lits en 16 ans, soit 202 000 lits en 2019), mais ce sont surtout les capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 en 2019, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En psychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation sont beaucoup plus anciennes : elles ont été développées dès les années 1970. Le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007 autour de 57 000, mais il a diminué de nouveau ces dernières années (-2 300 lits entre 2016 et 2019, soit 55 000 lits en 2019). En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 000 en 2003 à 105 000 en 2019.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser, à un rythme plus modéré en MCO

En contrepartie, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 79 000 places en 2019, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013 (+6 800 en 6 ans). C'est notamment le cas en MCO (34 000 places en 2019), qui avait enregistré la création de 14 000 places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2013, soit une progression de +6,0 % par an en moyenne. De 2013 à 2019, le nombre de places en MCO a progressé de 1 600, soit un rythme annuel de progression ramené à 0,8 %. Pour sa part, après avoir progressé de 3 000 places de 2003 à 2013, le nombre de places en psychiatrie se stabilise aux alentours de 29 800 ces dernières années. En SSR, en revanche, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle poursuivent leur progression, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle. Elles ont ainsi triplé depuis 2003 (+10 000 places, pour atteindre 15 000 places).

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, quant à elle, d'une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont des capacités hospitalières comparables à celles de la métropole, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités hospitalières, rapportées à la population, sont globalement moins élevées et moins variées. Les capacités d'hospitalisation partielle de SSR font toutefois exception et sont plus développées en Guyane et à La Réunion qu'en métropole.

Le nombre total de journées d'hospitalisation recule pour la troisième année consécutive

En 2019, le secteur hospitalier a pris en charge 11,7 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,6 millions de journées en hospitalisation partielle (sans nuitée) *[graphique 1]*. Au total, ce sont 123,9 millions de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) qui ont été enregistrées en 2019, tous secteurs confondus.

L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. Elle est tirée par l'hospitalisation partielle, qui poursuit sa progression dynamique (+6,8 % entre 2016 et 2019), notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. En revanche, après une relative stabilité au début des années

2010, le nombre de séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée) se replie ces dernières années (-2,6 % en 3 ans). Conjointement, la durée moyenne de séjour reste stable en MCO, mais elle augmente légèrement en psychiatrie et en SSR. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 2,7 % en 3 ans. Plus précisément, il diminue de façon significative pour le MCO et la psychiatrie, et de manière moins marquée pour le SSR (-0,8 % en 3 ans).

Si l'on additionne la hausse de l'activité en hospitalisation partielle et le recul de celle en hospitalisation complète, le nombre total de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) diminue pour la troisième année consécutive en 2019, avec une baisse cumulée de 1,5 % depuis 2016.

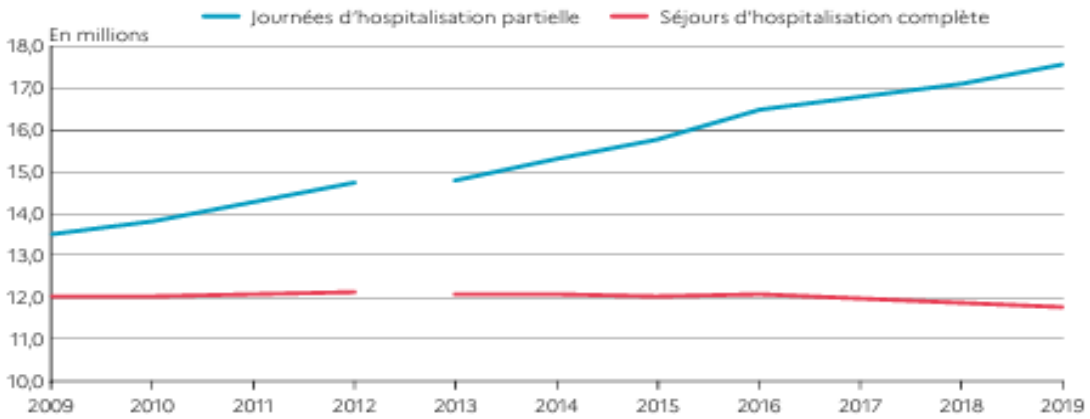
La répartition des séjours par grande discipline médicale varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent désormais une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 47 % des journées, ceux de SSR 26 % et ceux de psychiatrie 27 %. Dans ce dernier secteur, plus de 21 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire en 2019, notamment dans les 4 800 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique continuent de se développer

À ces prises en charge s'ajoutent 14,2 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2018 et de 19,3 % entre 2013 et 2019. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (7,2 millions de séances de dialyse, 4,1 millions de séances de radiothérapie et 2,9 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue aussi de se développer, à un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. En 2019, 222 400 séjours en HAD ont été réalisés pour 6,0 millions de journées (soit 6,3 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 293 établissements d'HAD recensés en France sont désormais en mesure de prendre en charge simultanément 19 300 patients.

Graphique 1 **Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées)**



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Notes > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due à un changement de source pour le SSR et à la refonte de la SAE pour la psychiatrie. À partir de 2013, les données comprennent l'activité liée aux bébés mort-nés. L'activité liée aux nouveau-nés restés auprès de leur mère est exclue sur l'ensemble de la période.
Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2009-2019, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

Les taux d'occupation des lits d'hospitalisation sont stables depuis 2013

En 2019, le taux d'occupation des lits est de 82,5 %. C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,5 %) et en soins de longue durée qu'il est le plus élevé (93,1 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,3 % pour la psychiatrie et à 85,8 % pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines[2]. Entre 2013 et 2019, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines.

Le taux d'occupation des lits n'est pas identique pour tous les statuts juridiques d'établissement. En SSR et en psychiatrie, il est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. En MCO, les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics eux aussi, mais 49 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif. L'activité de SSR est répartie de manière plus équilibrée entre les différents types d'établissement. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (57 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées effectuent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le public, mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2019 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est pratiquée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées concentrent 63 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, dont la durée de réalisation est plus longue. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence. La répartition des capacités entre le public et le privé est, par ailleurs, très variable selon les régions.

Le nombre annuel de passages aux urgences progresse moins rapidement depuis 2016

En 2019, les 697 structures des urgences françaises ont pris en charge 22,0 millions de passages (21,2 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 1,0 % de plus qu'en 2018. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a ensuite augmenté régulièrement durant vingt ans, de 3,5 % par an en moyenne.

Toutefois, ces dernières années, le nombre annuel de passages aux urgences progresse moins vite. Entre 2016 et 2019, il n'a augmenté que de 1,5 % par an en moyenne, contre 3,7 % par an entre 2013 et 2016.

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 31 600 patients par an, le nombre

2. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (27 800 passages en moyenne par an, contre 32 100). 19 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 57 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 26 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 48 % de l'ensemble des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 100 services d'aide médicale urgente (Samu) et 387 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

Les parcours de soins sont constitués en majorité d'un épisode unique

En 2019, 12,9 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour 70 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. Les 3,8 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2019.

Par ailleurs, les parcours de soins par champ sanitaire indiquent que la prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,7 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,3 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,8 % d'entre eux. Un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2019.

Une part croissante des accouchements s'effectue dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2019, 481 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DROM (491 en 2018) : 184 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 142 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatologie), 88 de type 2b (possédant les deux types de services précédents et un service de soins intensifs néonatals) et 67 de type 3 (possédant les trois types de services précédents plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 15 100 lits d'obstétrique au 31 décembre 2019 et ont réalisé 740 000 accouchements[3].

Les maternités de type 2a, 2b ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (71 % des maternités de type 2a, 91 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 76 % des lits et 81 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2019, contre la moitié en 2009.

65 % des interruptions volontaires de grossesse sont réalisées à l'hôpital public

En 2019, 232 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. 171 000 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 88 % à l'hôpital public. 6 000 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, où elles sont autorisées depuis mai 2009, et 55 500 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 16,1 en 2019. Il s'établit à 15,7 en métropole et varie du simple au double d'un département métropolitain à l'autre :

3. Non compris les 4 500 accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique et les 1 500 accouchements de maternités ayant fermé au cours de l'année 2019.

de moins de 10 dans les départements de la Mayenne ou de la Creuse à plus de 20 dans le Sud-Est et en Île-de-France. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 22 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion et à Mayotte, 29 à la Martinique, 39 en Guadeloupe et 40 en Guyane, soit une moyenne de 28 pour les cinq DROM.

Les effectifs salariés du secteur hospitalier reculent en 2018, pour la deuxième année consécutive

Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers ralentissent : leur taux de croissance annuel passe de 1,6 % fin 2010 à 0,3 % fin 2016. En 2017, ils diminuent de 0,3 %, pour la première fois depuis quinze ans, recul qui se confirme en 2018 (-0,4 % fin 2018). Cette baisse est observée aussi bien dans le secteur hospitalier public que privé *(tableau 1)*.

Dans le secteur public, les effectifs salariés hospitaliers reculent de 0,3 % en 2018 (-2 900 salariés). Cette baisse concerne presque uniquement les « autres personnels soignants », dont le nombre de salariés continue de se replier en 2018 (-2,7 %, soit -4 200 salariés), en raison notamment de la diminution du nombre de contrats aidés dans la fonction publique hospitalière (FPH).

Dans le secteur privé, les effectifs salariés hospitaliers baissent de façon plus nette que dans le secteur public (-0,7 % en 2018, soit -2 200 salariés). C'est le résultat du recul marqué du nombre de salariés de la catégorie « autres personnels soignants » (-2,9 %, soit -1 800 salariés). Les effectifs de salariés diminuent également dans la filière administrative (-1,1 %) et, plus modestement, dans la catégorie des infirmiers (-0,2 %).

Les données préliminaires, disponibles uniquement pour le secteur public, indiquent en 2019 un léger rebond des effectifs salariés du secteur hospitalier public, qui progressent de 0,2 % (+2 100 salariés). Comme le nombre de contrats aidés dans la FPH cesse progressivement de baisser, les effectifs de personnel soignant non médical se stabilisent après quatre années de baisse. La levée de ce frein explique l'essentiel du rebond des effectifs salariés hospitaliers du public en 2019.

Le secteur public emploie 77 % des effectifs salariés du secteur hospitalier

Fin 2018, 1,36 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé[4]. Le secteur hospitalier public concentre 77 % de ces effectifs salariés, le reste étant comptabilisé dans le secteur privé (à but lucratif ou non).

Les effectifs salariés de personnel médical (y compris internes, faisant fonction d'internes [FFI] et sages-femmes) de l'ensemble du secteur hospitalier s'établissent fin 2018 à 161 000, soit 12 % de l'ensemble des salariés hospitaliers. Ils se répartissent en 109 000 médecins salariés, 35 000 internes et assimilés et 17 000 sages-femmes. 84 % de ces salariés sont employés dans le secteur public.

Les effectifs salariés hospitaliers de personnel non médical s'établissent à 1,20 million à fin 2018. Ils comprennent notamment 850 000 salariés de personnel soignant (dont 354 000 infirmiers et 287 000 aides-soignants) et 346 000 salariés de personnel non soignant (administratif ou autre).

Aux côtés de ces effectifs salariés, l'activité hospitalière est aussi assurée par du personnel médical libéral (non salarié) exerçant en établissement de santé. Le nombre de postes de libéraux en établissement de santé s'élève à près de 42 000 au 31 décembre 2019[5], dont 84 % se trouvent dans les cliniques privées à but lucratif.

---

4. Il s'agit d'effectifs salariés en « personnes physiques » : les salariés ayant plusieurs emplois hospitaliers ne sont comptabilisés qu'une seule fois. Cette notion se distingue de la notion de « postes de travail », résultats de la déclaration par chaque établissement du nombre de salariés qu'il rémunère, susceptible de donner lieu à des doubles comptes.

5. Les données disponibles ne permettent pas d'estimer les effectifs en personnes physiques (sans doubles comptes) des libéraux exerçant dans le secteur hospitalier. C'est donc le nombre de postes déclarés par chaque établissement de santé, public ou privé, qui est présenté ici. Les libéraux en poste dans deux établissements de santé sont ainsi comptabilisés deux fois.

Le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux

Avec 97,1 milliards d'euros de dépenses en 2019, financées à 91,6 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier[6] représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,7 %) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 74,9 milliards d'euros pour le

Tableau 1 Effectifs salariés au 31 décembre des secteurs hospitaliers public (2018 et 2019) et privé (2018)

	2018	2019	Évolution 2013-2018 (en %)	Évolution 2017-2018 (en %)	Évolution 2018-2019 (en %)
Salariés du secteur hospitalier public	**1 048 366**	**1 050 427**	**0,1**	**-0,3**	**0,2**
Personnel médical	**136 318**	**138 736**	**5,8**	**0,8**	**1,8**
Médecins et assimilés	90 877	92 168	2,4	0,2	1,4
Internes et FFI	32 284	33 279	17,7	2,4	3,1
Sages-femmes	13 157	13 289	3,8	0,7	1,0
Personnel non médical soignant	**638 606**	**638 208**	**-1,0**	**-0,7**	**-0,1**
Infirmiers	263 105	263 247	2,0	0,1	0,1
Aides-soignants	226 741	226 748	0,7	-0,2	0,0
Autres personnels soignants	148 760	148 213	-8,2	-2,7	-0,4
Personnel non médical non soignant	**273 442**	**273 483**	**0,2**	**0,2**	**0,0**
Filière administrative	105 450	105 371	-0,4	0,1	-0,1
Autres personnels non soignants	167 992	168 112	0,5	0,3	0,1
Salariés du secteur hospitalier privé	**309 277**	**n.d.**	**2,0**	**-0,7**	**n.d.**
Personnel médical	**25 020**	**n.d.**	**9,2**	**0,8**	**n.d.**
Médecins et assimilés	18 583	n.d.	11,1	1,4	n.d.
Internes et FFI	2 599	n.d.	18,1	1,1	n.d.
Sages-femmes	3 838	n.d.	-3,5	-2,1	n.d.
Personnel non médical soignant	**211 332**	**n.d.**	**1,4**	**-1,0**	**n.d.**
Infirmiers	90 677	n.d.	4,3	-0,2	n.d.
Aides-soignants	59 840	n.d.	-0,7	-0,1	n.d.
Autres personnels soignants	60 815	n.d.	-0,7	-2,9	n.d.
Personnel non médical non soignant	**72 925**	**n.d.**	**1,6**	**-0,4**	**n.d.**
Filière administrative	41 775	n.d.	2,7	-1,1	n.d.
Autres personnels non soignants	31 150	n.d.	0,3	0,6	n.d.
Ensemble du secteur hospitalier	**1 357 643**	**n.d.**	**0,6**	**-0,4**	**n.d.**
Personnel médical	**161 338**	**n.d.**	**6,3**	**0,8**	**n.d.**
Personnel non médical soignant	**849 938**	**n.d.**	**-0,4**	**-0,8**	**n.d.**
Personnel non médical non soignant	**346 367**	**n.d.**	**0,5**	**0,1**	**n.d.**

n.d. : non déterminé.
Note > Le secteur hospitalier privé comprend les établissements privés à but non lucratif (dont les Espic) et ceux à but lucratif (cliniques privées).
Champ > Salariés du secteur hospitalier présents au 31 décembre (personnes physiques), France entière (y compris contrats aidés ; hors stagiaires, externes et apprentis).
Sources > Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

6. Dans les comptes de la santé, les soins de longue durée ne font pas partie des dépenses hospitalières.

secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif[7]) et à 22,2 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

La meilleure rentabilité des établissements privés favorise leur désendettement

En 2019, la rentabilité[8] des cliniques privées s'établit à 2,4 % du chiffre d'affaires, en hausse de 0,2 point par rapport à 2018. Ce rebond est notamment porté par de bons résultats d'exploitation. L'excédent brut d'exploitation, rapporté au chiffre d'affaires, augmente ainsi pour la première fois depuis 2014. Dans ce contexte favorable, le taux d'endettement des cliniques privées continue de diminuer en 2019, pour atteindre un niveau historiquement bas de 33,5 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement, pour sa part, repart à la hausse : il s'élève à 4,7 % du chiffre d'affaires, après 4,4 % en 2018.

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif[9] (Espic), anciennement sous dotation globale, les comptes financiers s'améliorent légèrement et restent excédentaires pour la troisième année consécutive, ce qui contraste avec la période de déficit systématique observée de 2008 à 2016. Leur excédent s'établit à 45 millions d'euros, soit 0,4 % des produits bruts d'exploitation (0,2 % en 2018). La proportion d'Espic déficitaires diminue légèrement en 2019 (35 %, après 36 % en 2018), mais la situation est contrastée selon les catégories d'établissements : la proportion d'établissements de MCO déficitaires poursuit son augmentation (48 %, après 43 % en 2018 et 40 % en 2017), tandis qu'elle diminue pour les autres catégories d'établissements, en cohérence avec l'amélioration globale de leur situation financière. La situation excédentaire des Espic favorise la poursuite du repli de leur taux d'endettement, de 47,0 % des ressources stables en 2012 à 41,9 % en 2019. Parallèlement, leur effort d'investissement recule en 2019 pour atteindre 3,9 % des produits bruts d'exploitation, après 5,6 % en 2018.

Toujours déficitaires, les hôpitaux publics connaissent un premier signe de désendettement en 2019

En 2019, la situation financière des hôpitaux publics reste déficitaire avec un déficit du résultat net stabilisé à 569 millions d'euros, niveau identique à celui de 2018 (après 740 millions en 2017). Leur rentabilité nette, ratio qui rapporte le résultat net aux recettes, est également stable à -0,7 % des recettes, son plus bas niveau depuis 2002. Après une baisse continue depuis 2009, l'effort d'investissement progresse modestement et atteint 4,7 % des recettes en 2019, après 4,6 % en 2018.

Pour la première fois depuis 2015, l'encours de la dette diminue légèrement en 2019 et atteint 29,3 milliards d'euros (29,5 milliards d'euros en 2018). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (39,9 %) et recule depuis lentement mais régulièrement, pour s'établir à 35,7 % des recettes en 2019.

Ces premiers signaux de désendettement sont aussi visibles, pour la première fois depuis 2002, sur le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières) : il diminue légèrement et atteint 51,4 % en 2019, après 51,7 % en 2018. ■

7. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont regroupés avec les établissements publics (voir fiche 29, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 28, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux ». Dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.
8. La rentabilité nette des cliniques privées rapporte ici leur résultat net à leur chiffre d'affaires.
9. Les données disponibles ne permettent pas de couvrir l'intégralité des établissements privés à but non lucratif, mais uniquement les Espic. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Annexe 2

Rapport de certification clinique chirurgicale Victor Hugo, 5 bis rue du Dôme – validé par la HAS en décembre 2024

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE CHIRURGICALE VICTOR HUGO

5 bis rue du dome
75116 Paris

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Qualité des soins confirmée
Établissement certifié

Validé par la HAS en Décembre 2024

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 13
Chapitre 3 : L'établissement 17
Table des Annexes 20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024 22
Annexe 3. Programme de visite 26

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluéepar l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers…

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, siune évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

… et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé decide la certification de l'établissement.

Présentation

CLINIQUE CHIRURGICALE VICTOR HUGO	
Adresse	5 bis rue du dome 75116 Paris FRANCE
Département / Région	Paris / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750000861	SAS CLINIQUE CHIRURGICALE VICTOR HUGO	5 rue du dome 75016 Paris 16eme FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

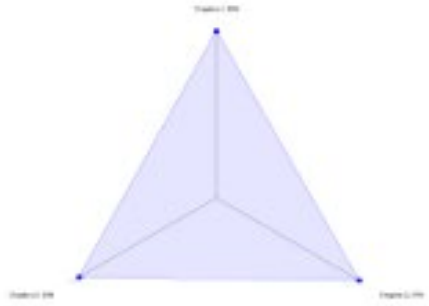
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Tout l'établissement

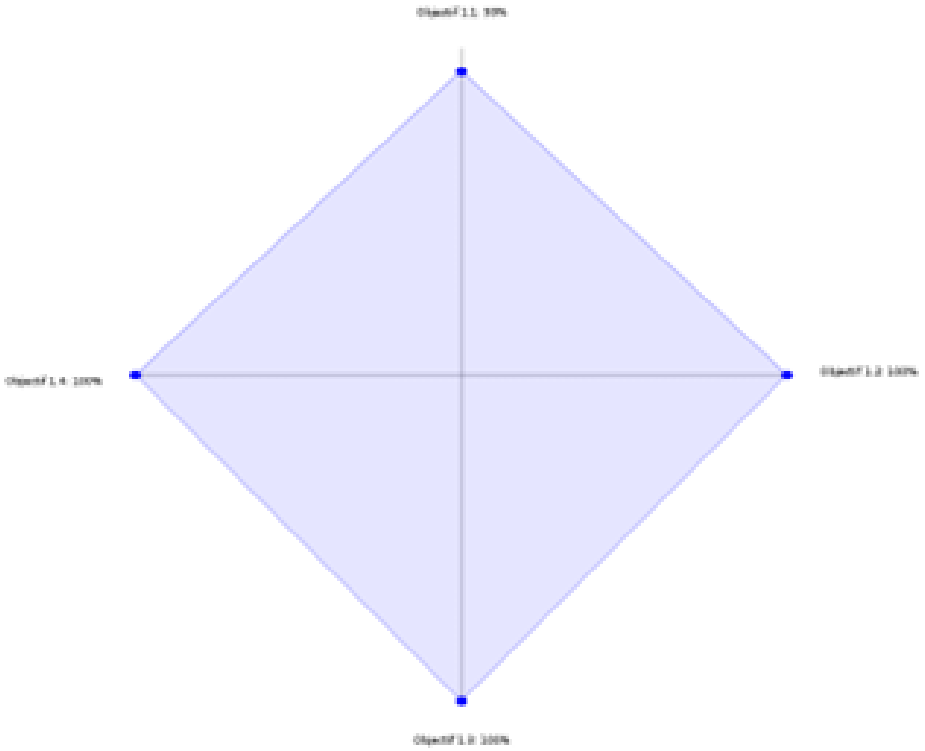
Au regard du profil de l'établissement, 108 critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient



98%

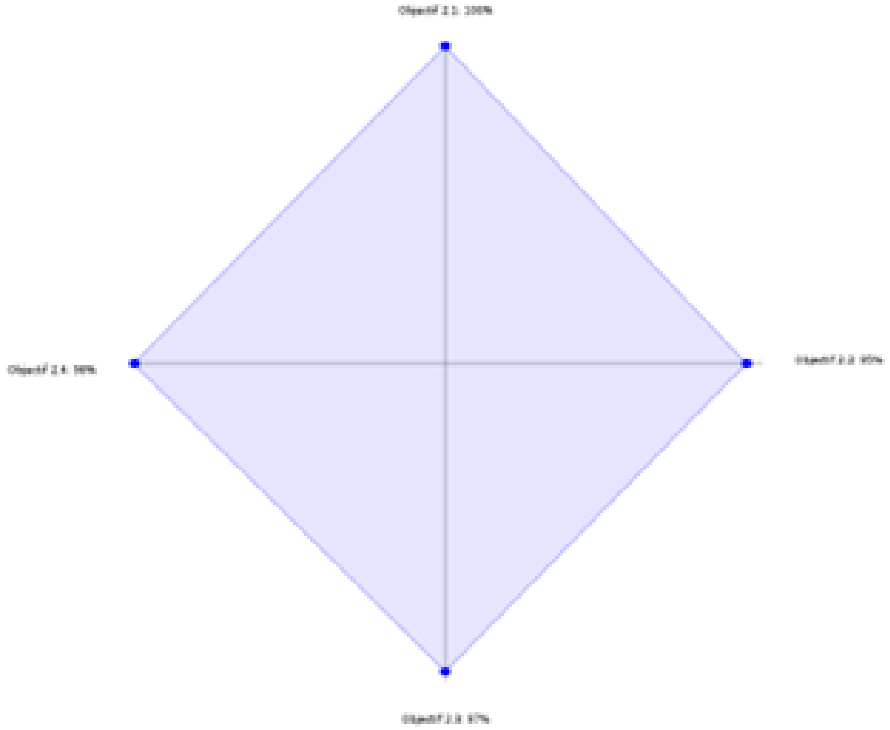
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

La Clinique Victor Hugo est un établissement privé appartenant au Groupe Vivalto Santé, spécialisé en chirurgie (orthopédie, ophtalmologie, plastique, stomatologie, vasculaire) et endoscopie digestive. La clinique dispose de 3 blocs chirurgicaux (un bloc central avec 4 salles d'opérations, un bloc avec une 1 salle d'opération équipée et dédiée à l'endoscopie digestive et un bloc fast-track disposant d'une salle d'opération équipée et dédiée à la chirurgie ophtalmologique et la chirurgie vasculaire), 18 places d'ambulatoire et 8 lits d'hospitalisation complète, un plateau de consultation.
Un livret d'accueil contenant les informations relatives à l'hospitalisation est systématiquement remis au patient, appuyé par une information orale et des explications données par le personnel.
Le consentement, l'engagement et l'implication du patient sont recherchés pour l'ensemble des prises en

charge et pour l'élaboration du programme de soins via un document de consentement à sa prise en charge. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effectif et retrouvé dans les dossiers. La démarche visant à la proposition de rédaction de directives anticipées est en place et réalisée par l'ensemble des spécialités rencontrées. Ce droit à rédiger des directives anticipées ne reste cependant pas toujours connu par les patients rencontrés au moment de la visite.
Le patient est fortement impliqué dans son projet de soins, les proches et aidants sont associés en tant que de besoin. Ils sont associés à la réflexion bénéfices/risques, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé dans l'ensemble des secteurs avec traçabilité dans le dossier informatisé. Les patients rencontrés témoignent du fait que les médecins et soignants les informent régulièrement et leur demandent leur accord pour les soins. Le patient est sollicité pour exprimer sa satisfaction quant à sa prise en charge dans l'établissement. Son point de vue est largement pris en compte tant au niveau institutionnel qu'auprès des équipes de soins. Les patients sont informés de l'existence de questionnaire de sortie ainsi que le dispositif national e-satis.
L'information du patient sur les représentants d'usagers est effective. Un affichage est présent à l'accueil de l'établissement précisant les modalités pour pouvoir les contacter, ainsi que dans le livret d'accueil. Cependant, cette information n'est pas totalement connue de la part des patients qui ont été rencontrés lors de la visite. De même, dans le cas où il serait confronté à un événement indésirable associé à un soin, le patient ne connaît pas les modalités lui permettant de le déclarer. D'autre part, dans les étages d'hospitalisation, il existe beaucoup de supports d'information et de communication diffusant des messages de santé publique ou de prévention primaire.
Les prises en charge s'effectuent dans le respect des droits des patients et bénéficient de l'attention des professionnels concernant les informations utiles et nécessaires. Le principe d'humanitude est institutionnalisé. La bienveillance et la recherche de l'implication du patient sont des attitudes observées dans les différents services, de même que les actions visant au maintien de l'autonomie.
Lors de la visite, il a été constaté la fermeture systématique des portes des box dans les secteurs ambulatoires. L'intimité, la confidentialité et la dignité des patients sont respectées. Au bloc opératoire, en salle de réveil, les patients sont séparés par des systèmes de rideaux tirés, pour respecter leur intimité. De même, les comportements individuels lors des soins montrent une réelle appropriation des personnels sur cette thématique.
La prise en charge de la douleur est en place et effective. Les patients bénéficient de soins visant à anticiper et soulager rapidement leur douleur. L'évaluation par les équipes est basée sur des échelles validées institutionnellement par le CLUD et les prescriptions médicales d'antalgiques en « si besoin » sont effectivement corrélées à un niveau de score qui permet de déclencher l'administration par les infirmiers.
Des parcours sont personnalisés pour les patients. La prise en compte des conditions de vie et l'éventuel report de soins dans le cadre d'une humanisation des prises en soin sont observés. Les horaires des visites sont adaptés aux situations.
Pour les patients mineurs, une organisation a été mise en place pour permettre leur prise en charge de manière optimale, la clinique n'ayant pas de secteur dédié aux enfants : possibilité d'accompagnement par les parents, sinon présence d'un infirmier pendant tout le parcours à ses côtés.
Enfin, les conditions de vie, de contexte psychologique et de lien social (précarité), les contraintes liées au handicap sont largement prises en compte dans le cadre des prises en charge, en particulier lors de la sortie. L'anticipation de la sortie est organisée en lien avec les proches des patients. Toutes les consignes nécessaires au suivi post-opératoire sont explicitées oralement aux patients et récapitulées dans des documents qui lui sont remis, reprenant les informations essentielles (signes cliniques à surveiller, numéros de téléphone à appeler en cas de besoin...). Toutefois, le patient n'est pas totalement informé sur l'alimentation de son DMP par les équipes médicales ni sur l'existence d'une messagerie sécurisée pour pouvoir correspondre avec l'établissement.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



97%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

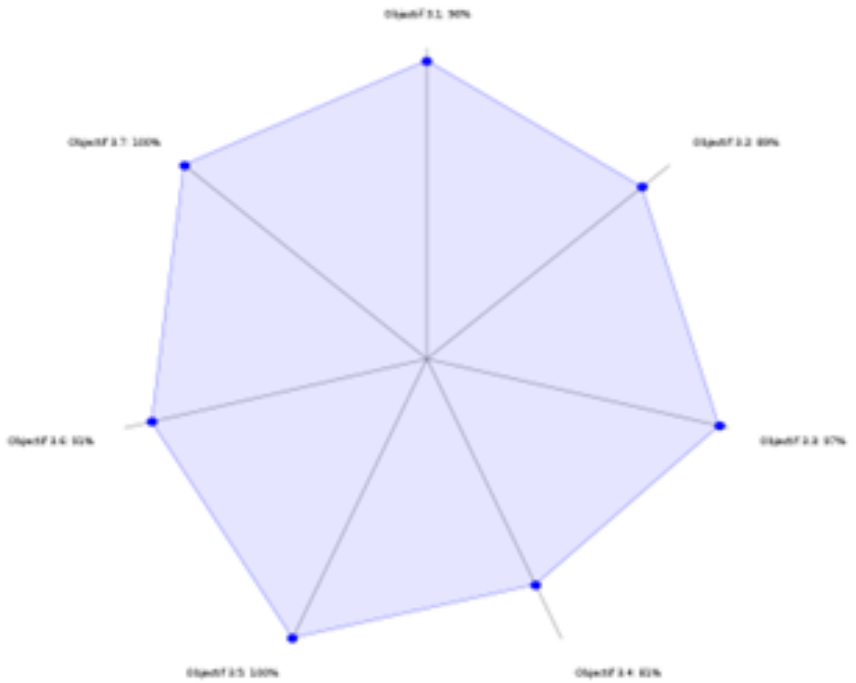
Les professionnels du centre cultivent la recherche de l'efficacité, de la sécurité et de l'adaptation des soins dans une dynamique d'objectifs partagés.
Des filières pertinentes de prise en charge sont identifiées en interne et en externe. La concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire est effective, lors des transmissions, des staffs et des réunions pluri professionnelles. Les situations complexes sont tracées dans le dossier patient. La pertinence de l'antibiothérapie est argumentée dans le DPI. La réévaluation se fait en lien avec les praticiens de ville ou à distance de l'hospitalisation, les patients étant sortis avant la réévaluation à 24/72 heures. Les praticiens peuvent faire appel à un référent antibiotique (infectiologue) en tant que de besoin et disposent aussi des ressources en interne.

La sécurité transfusionnelle est assurée, malgré le peu d'acte réalisé par an dans la clinique. A chaque fois, l'information du patient est effectuée. La pertinence de la transfusion des PSL est argumentée, analysée et suivie en CSTH, avec une analyse bénéfice/risque pour tout acte de transfusion. L'information relative à l'identification du bénéfice / risque de la transfusion de PSL est retrouvée dans les dossiers consultés. La gestion des PSL est maîtrisée, de la prescription à la surveillance post-transfusionnelle, avec une formation régulière des professionnels.
Des filières de soins sont structurées, en interne et en lien territorial avec des partenaires identifiés public et privés. Des expertises sont organisées avec les partenaires territoriaux auxquels les équipes peuvent se référer, comme par exemple des spécialistes dans la prise en charge de la douleur. La télésanté (consultations d'anesthésie par exemple) est en place de manière effective et routinère.
Un dossier patient informatisé (DPI) commun est installé. Le DPI informatisé est accessible 24h/24 selon profil dans tous les secteurs de l'établissement et contribue à la prise en charge continue des patients. Il intègre les éléments de suivi et de traçabilité en temps utile (observations médicales, transmissions IDE, prescriptions, douleur, etc…). L'évaluation de la douleur y est retrouvée. Les concertations pluri professionnelles et pluri disciplinaires sont retrouvées dans le DPI, pour les prises en charge le nécessitant. La clinique dispose d'un DPI permettant de consulter presque tous les éléments nécessaires à la psie en charge du patient. Seule la surveillance peropératoire en ansethésie n'est pas encore informatisée au moment de la visite. Celle-ci est prévue et le module informatique sera déployé fin 2024.
La permanence des soins médicale et paramédicale est organisée. Un pool de remplaçant est en place (intérimaires fidélisés). Les interfaces avec la radiologie et le laboratoire (partenaires externes) sont opérationnels.
L'identification des patients est recueillie dès l'admission, sur la base de documents officiels (pièces d'identité…). Le port d'un bracelet d'identification est la norme et il est gardé tout au long de la prise en charge.
Les vigilances sanitaires sont organisées. Les correspondants locaux (pharmacovigilance, matériovigilance, …), ainsi que les circuits de déclaration en cas d'incident, sont connus des professionnels de terrain.
Le circuit du médicament est organisé dans l'ensemble de ses composantes. Le centre dispose d'une PUI. L'ensemble de la prise en charge médicamenteuse (prescription, dispensation, administration) est informatisé. Les traitements médicamenteux bénéficient d'une dispensation globale dans les secteurs d'hospitalisation (ambulatoire et bloc). La validation et l'analyse des prescriptions est généralisée. Cependant, l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du Dossier pharmaceutique pour les patients qui en ont ouvert un.
Une armoire de dotation pour besoin urgent est située dans le service d'hospitalisation complète au 4ème étage. Elle est située dans la salle de soins fermée avec un digicode. Cependant, le code était inscrit au marqueur sur le montant de la porte, permettant d'entrer dans la salle de soins. L'armoire à pharmacie était fermée, mais avec les clefs dessus, entraînant un risque de vols de médicaments par des patients ou toute personne non autorisée (dans cette armoire, on retrouvait des antalgiques de palier 2 (opium) notamment). Devant ce constat, la gouvernance a fait effacer le code de la salle de soins et les équipes ont ôté les clefs de l'armoire pour les garder sur leur porte clefs du service. De même, dans cette armoire, on a retrouvé des blisters de formes orales mal découpés, sans numéro de lot ni date de péremption, ce qui engendre un risque en cas de retrait de lot par exemple. Devant ce constat, les équipes ont immédiatement jetés les médicaments non identifiables.
Le stockage des médicaments stupéfiants, dont ceux au bloc opératoire, est conforme aux attendus.
Le transport est sécurisé ainsi que les stockages de médicaments spécifiques, comme ceux nécessitant une température contrôlée. Le relevé des températures des frigos est effectif, avec des dispositifs permettant une vérification de celle-ci quand la PUI ou les services sont fermés (week-end).
Les interventions pharmaceutiques sont tracées dans le DPI et les médecins y répondent en tant que de besoin.
Les pratiques d'administration des médicaments sont conformes. Les motifs des non-administrations sont

tracés dans les dossiers patients. Concernant l'administration des médicaments injectables, les soignants disposent d'étiquettes normées pour l'identification de ses médicaments conformément aux bonnes pratiques permettant d'inscrire l'ensemble des mentions pour sécuriser cet acte.
L'établissement a mis en place et personnalisé sa liste des médicaments à risque. Celle-ci est connue des professionnels et affichée dans les secteurs. De même, des formations liées aux spécificités de ces médicaments ont été mises en place.
La gestion des traitements personnels des patients est conforme. Les médicaments du patient sont retirés à l'admission et placés dans une zone sécurisée.
La sortie du patient est organisée et les prescriptions nécessaires à la continuité des soins sont prévues en amont. Une lettre de liaison est rédigée à la fin de chaque séjour et remise au patient le jour de la sortie avec les explications médicales nécessaires à sa compréhension. Pour les patients vulnérables, on retrouve dans cette lettre de liaison, le bilan comparatif des traitements médicamenteux à prendre à la sortie. Pour les patients concernés, on retrouve la traçabilité des dispositifs médicaux implantables réglementaire.
Les précautions de prévention des infections associées aux soins sont organisées. Les équipes ont connaissance de leur niveau d'indicateur ICSHA. Les évaluations des pratiques sur l'hygiène des mains sont très régulières. Les prises en charge en hygiène sont formalisées dans des procédures institutionnelles et révisées périodiquement par l'EOH et les référents hygiène du service.
Les tenues des professionnels identifiées par fonction répondent aux attendus.
Les équipements de protection individuelle sont conformes. Cependant, il a été observé durant la visite, quelques agents portant le masque de manière inadéquate (en collier, mal attaché) en dehors des secteurs de soins.
Au bloc opératoire, la checklist est mise en œuvre et tracée. Son efficacité est évaluée de manière régulière. Le suivi des Go/NoGo est en place.Les contrôles d'ouverture de salle sont effectués. La qualification des salles est effectuée. Les ISO sont déclarées dans toutes les spécialités.
L'antibioprophylaxie est effective avec des protocoles à jour selon les dernières recommandations nationales et évaluée de manière régulière. Le secteur opératoire exploite des indicateurs de fonctionnement, qui sont communiqués. La sortie de SSPI est validée via un score institutionnel. En ambulatoire, les règles de bonnes pratiques sont respectées : éligibilité, appel de la veille et du lendemain, sortie selon score et après visite médicale.
Le circuit des endoscopes (traitement, nettoyage, désinfection, stockage) est conforme aux bonnes pratiques, le matériel est suivi et les contrôles tracés dans le carnet de vie. Pour la traçabilité des contrôles, elle est effective pour les machines automatisées et lors d'un traitement manuel. Des contrôles qualité et audits sont menés régulièrement et le suivi est effectif et partagé avec l'EOH.
L'évaluation du risque infectieux et le suivi d'indicateurs sont généralisés. Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques d'hygiène (précautions standards et complémentaires) avec des évaluations régulières de la part de l'EOH.
Les risques liés à l'environnement du patient sont maîtrisés : bionettoyage, suivi des analyses bactériologiques de l'eau, légionnelle, qualification des salles au bloc opératoire. Le circuit des déchets répond aux bonnes pratiques.
La vaccination antigrippale est proposée et organisée par l'institution. Une analyse des freins à la vaccination a été réalisée avec la mise en place d'actions et le suivi du taux de couverture vaccinale du personnel est effectif.
Les événements indésirables graves sont déclarés. Ils sont analysés de manière collective par les soignants et les médecins et entraînent la mise en place d'actions d'amélioration intégrées au PAQSS institutionnel. Le retour au déclarant sur les EI est réalisé.
Les équipes disposent d'indicateurs qualité (ICSHA, IQSS, satisfaction des patients). Ceci permet de mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité suivie en interne. La mise en place d'actions d'amélioration est effective pour l'ensemble des indicateurs suivis. Les équipes connaissent les résultats de la satisfaction de leurs patients, les plaintes et réclamations et leurs IQSS. Toutefois, les représentants des usagers sont peu

impliqués dans ces démarches et notamment à l'analyse des résultats des plans d'action issus de la mesure de satisfaction des patients.

Chapitre 3 : L'établissement



93%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	89%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	81%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La clinique Victor Hugo a défini ses orientations stratégiques en lien avec ses partenaires territoriaux : les autres établissements du groupe Vivalto Santé, les établissements des GHT parisiens intra-muros et au-delà. Le projet d'établissement va en ce sens et même au-delà du strict territoire géographique. La stratégie territoriale développe différentes filières et mutualisations tant en amont de l'hospitalisation qu'en aval.

L'établissement adhère à sa communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).
Les centres de compétences du territoire et les partenaires ou actions possibles sont identifiés par l'établissement. Il a été mis en place un système formel pour favoriser l'accès aux innovations pour les patients éligibles ainsi que la promotion de la recherche clinique, tant médicale que soignante.
L'établissement soutient les démarches de recueil d'expression des patients (questionnaires de sortie, enquête e-satis). Les questionnaires de sortie maison et les retours des mails sont connus et permettent une véritable appropriation et exploitation de ceux-ci par la gouvernance. Ces évaluations tiennent aussi compte de l'expérience de patients. Des réflexions sont en cours de formalisation pour mettre en place une démarche d'expertise de patients mais non encore effectifs au moment de la visite de certification. Les équipes de terrain connaissant les résultats de la satisfaction des patients de leur service, de même que l'analyse des plaintes et réclamations. Elles font l'objet d'un suivi régulier en instances et alimentent le programme qualité de l'établissement.
Le représentant des usagers participe effectivement à la CDU et est associé aux projets et participe aux instances de la clinique (CE, Copil qualité). Il a accès aux plaintes, réclamations, déclaration d'EIG, demandes de copies de dossiers. De même, il peut être invité aux CREX et RMM selon la nature d'EI analysé. Toutefois, il n'existe pas encore de réel projet des usagers formalisé.
L'accès du patient à son dossier est organisé et connu. Les délais d'envoi des copies de dossier respectent la réglementation.
La clinique veille à la bientraitance. Le respect des patients et de leurs proches est promu au sein des équipes médicales et soignantes. Le repérage des maltraitances éventuelles subies par les patients est en place. Cependant, il n'existe pas de suivi annuel des cas de maltraitance recensé dans la PSMI par la gouvernance.
Les locaux de la clinique sont accessibles mais ne sont pas totalement adaptés à toutes les formes de handicap, du fait de leur architecture exigüe, notamment pour les personnes à mobilité réduite (ascenseurs très petits, couloirs étroits). L'établissement a connaissance de ces difficultés et essaye autant que faire se peut d'accompagner au mieux les patients le nécessitant. D'autre part, un plan pluriannuel de travaux est en cours pour réhabiliter et mettre aux normes certaines surfaces (exemple : pavés sur le parking).
La communication est facilitée en interne grâce au DPI commun. La messagerie sécurisée est disponible et utilisée. La promotion du DMP et du dossier pharmaceutique est effective de même que leur alimentation. Les praticiens de l'établissement et le service sont accessibles depuis l'extérieur par la ville (lignes téléphoniques spécifiques accessibles via le standard et numéros directs).
Des démarches d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe sont proposées. De nombreux temps d'échanges et de communications sur plusieurs niveaux (CODIR, staffs, salariés…) permettent des retours d'informations ascendants et descendants.
La clinique promeut et soutient le recours au questionnement éthique des équipes (possibilité de faire appel à des personnels compétents au sein du groupe Vivalto Santé et établissements partenaires, sensibilisation régulière). Cependant, le personnel n'est pas régulièrement sensibilisé à cette démarche.
La gouvernance a mis en place une politique de qualité de vie au travail participative, avec une participation et une appropriation effective de l'ensemble des professionnels pour permettre d'améliorer les conditions de travail sur les différents secteurs (services, plateaux techniques). La QVT est étroitement intriquée avec la stratégie d'adéquation des RH et la qualité et la sécurité des soins. Des formations au management et coaching sont proposées à l'encadrement.
Les plans de gestion des crises (plan blanc, canicule, épidémie) sont effectifs et connus. Des exercices (cyberattaque) ont été menés en amont de la visite. Cependant, on ne retrouve pas une régularité annuelle, permettant une véritable appropriation par les professionnels ou la mise en place de retours d'expériences.
L'établissement a élaboré une politique développement durable connue de l'ensemble des professionnels. Un diagnostic énergétique, permettant la mise en place d'un plan d'actions d'amélioration et la communication en découlant pour notamment améliorer les comportements individuels. Un référent est nommé. Des actions concrètes ont été mises en place (suivi de la consommation d'énergie, changement des fenêtres, incitation à la

baisse de consommation par une campagne d'affichage, gestes éco-responsables…).
La réponse aux urgences vitales est organisée. Il existe un numéro d'appel unique dédié, permettant d'avoir un médecin anesthésiste compétent 24h/24 et connu des équipes. Les chariots d'urgence sont disponibles, contrôlés régulièrement et les équipes sont formées à leur utilisation en interne, en plus des formations AFGSU qui sont proposées et suivies.
La prévention des atteintes aux biens et aux personnes est assurée. Le plan de sécurisation du centre est formalisé. Cependant, lors des entretiens professionnels avec les soignants, il a été observé la méconnaissance par ceux-ci des conduites à tenir institutionnelles en cas d'intrusion notamment.
L'établissement a mis en place une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins décrite dans sa politique qualité. Les événements indésirables (EI) sont déclarés. Ils sont analysés de manière formelle et font l'objet d'une RMM ou d'un CREX. Ils font l'objet d'un plan d'action d'amélioration et de gestion de réduction des risques pour éviter qu'ils ne se reproduisent. Les indicateurs IQSS sont régulièrement suivis par la gouvernance ou par les responsables médicaux et soignants des services. Ils font l'objet de plans d'action d'amélioration. La culture sécurité a été évaluée et les résultat ont été restitués auprès des professionnels de la clinique mais la démarche reste peu connue des équipes de terrain.
La démarche qualité gestion des risques a été développée sur la base d'une volonté du management. Un PAQSS a été élaboré sur la base d'audits patients traceurs et de l'autoévaluation pour la certification. Il a été construit en prenant en compte l'ensemble des risques auxquels est confronté l'établissement, l'analyse des EIG déclarés, les résultats des indicateurs qualité et la satisfaction des patients, les préconisations de la CDU. Les objectifs d'amélioration de la QSS sont identifiés et les modalités de suivi du PAQSS sont définies. Les équipes de terrain connaissent les actions issues de l'analyse des retours d'expérience des patients et des indicateurs qualité.
Enfin, l'accréditation des spécialités médicales à risque (chirurgiens, anesthésistes) est promue et suivie par la gouvernance. La majeure partie des praticiens est engagée dans une démarche d'accréditation personnelle et les actions entreprises s'articulent avec la démarche qualité de la clinique et du groupe.
La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :
Poursuivre la sensibilisation et/ou la formation des professionnels à la démarche éthique Resensibiliser les professionnels sur les thématiques relatives au numérique (hygiène informatique, DMP, etc.) Formaliser le projet des usagers

Annexe 3

vivalto-sante.fr/un-groupe-engage/



SOMMAIRE

3 Édito du Directeur Général Groupe
4 Panorama Groupe Vivalto Santé
10 Gouvernance & 3e Voie
18 Dynamiques internationales
25 Rayonnement



L'essentiel France 2025
fait l'objet d'un document
à retrouver en ligne sur
www.vivalto-sante.com



Le rapport du Comité de Mission 2025
fait l'objet d'un document
à retrouver en ligne sur
www.vivalto-sante.com

L'ensemble des chiffres figurant dans ce document sont arrêtés au 31/12/2024



Emmanuel de Geuser
Directeur Général Groupe

ÉDITO

L'année 2024 a mis particulièrement en tension le secteur de la santé en France. C'est une année d'alignement et de consolidation pour le Groupe Vivalto Santé qui tire profit de son internationalisation et de sa stratégie à dimension locale.

Pour relever les défis de ce contexte de forte pression économique, nous avons choisi d'agir. Nous avons ainsi formalisé une stratégie durable autour de 4 axes structurants, initié des dynamiques internationales inspirantes, pour s'enrichir du meilleur de chaque filiale et enfin, nous avons choisi de partager une même ambition, celle d'être sans conteste le leader de l'expérience patient en Europe.

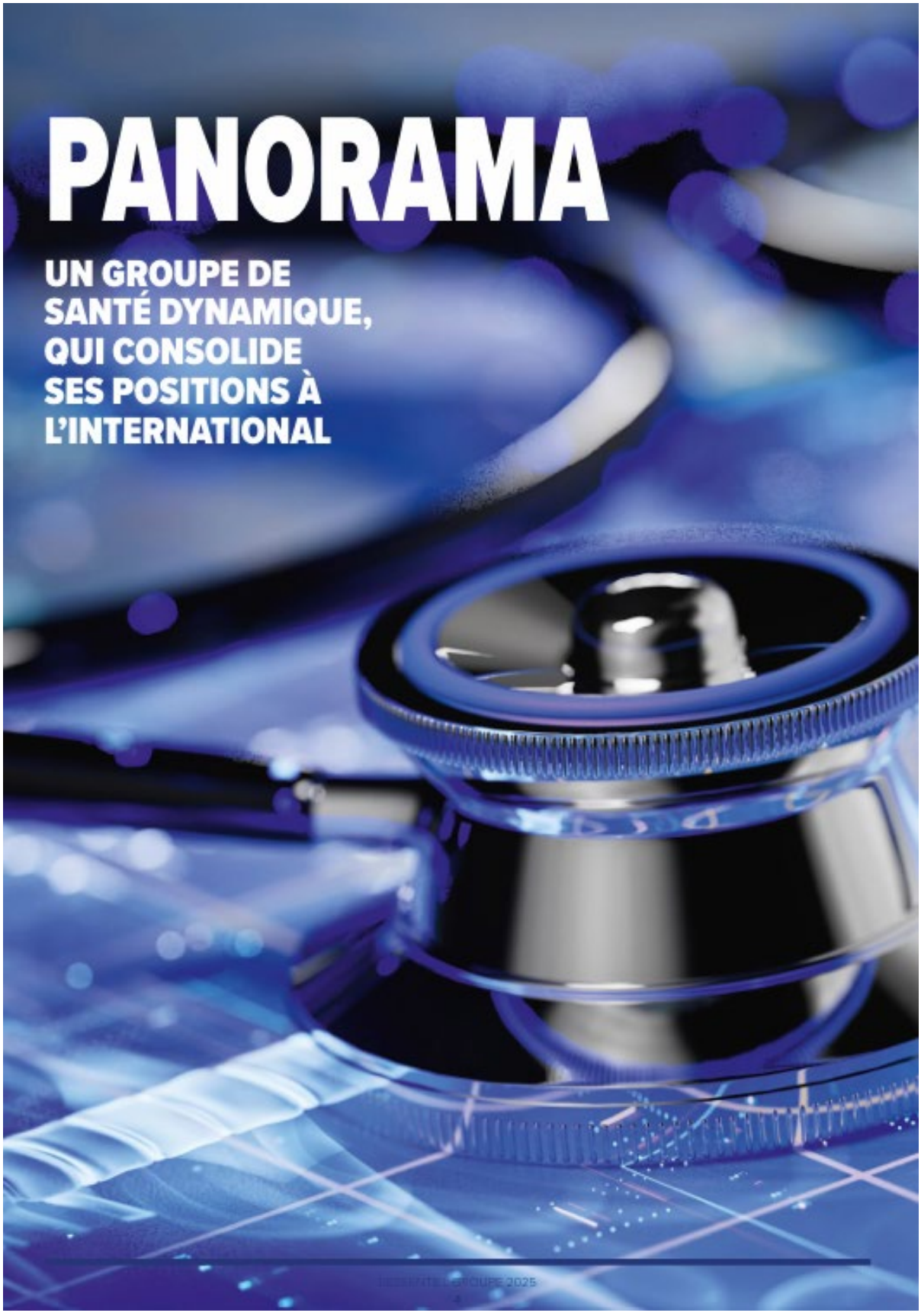
Car, j'en ai l'intangible conviction : l'hospitalisation privée doit prendre pleinement sa place tant auprès du grand public que des acteurs politiques, partout en Europe.

Fort de sa présence et de son organisation territoriale, l'accessibilité à une offre de soins diversifiée et parfois unique, sa capacité à soutenir la maîtrise des dépenses de santé, le Groupe représente un modèle d'avenir et propose une réponse incontournable aux enjeux de santé que nous partageons tous.

L'année 2024 marque une belle étape et une réussite dont nous pouvons être fiers, celle des 15 ans Vivalto Santé. Créé autour de 3 cliniques bretonnes, le Groupe est désormais le 7e acteur européen avec plus de 100 centres et établissements de santé. Sa troisième voie, construite sur l'idée qu'une gouvernance partagée où médecins et managers deviennent pleinement acteurs des décisions d'un groupe, a fait ses preuves. Elle renforce l'engagement de chacun, et notre détermination de construire, ensemble, une médecine plus humaine, plus innovante.

Cette première édition d'un Essentiel Groupe qui vient soutenir les dynamiques internationales initiées cette année, incarne cette transformation et le chemin parcouru avec nos équipes et nos praticiens pour nos patients.

Nos projets gagnent en maturité, notamment au travers de la vision européenne qui nous guide. L'innovation, l'engagement de chacun et l'humain restent au cœur de notre action. En 2025, nous poursuivrons cette trajectoire avec enthousiasme, en consolidant nos acquis et en ouvrant de nouvelles voies, au service de celles et ceux qui nous font confiance.


PANORAMA
UN GROUPE DE SANTÉ DYNAMIQUE, QUI CONSOLIDE SES POSITIONS À L'INTERNATIONAL



Groupe français de santé créé en 2009 sur un modèle différenciant de partenariat médical, Vivalto Santé est devenu en 15 ans un acteur de référence des systèmes de santé européens. Le Groupe soutient sa croissance en déployant son modèle à l'international et en renforçant ses instances médicales. Cette ouverture fructueuse à l'international s'enrichit du partage d'expertises renommées et de fertilisation croisée de pratiques, source d'innovation médicale. Elle donne naissance à une culture européenne forte au niveau du Groupe au service du soin et d'une expérience patient unique.

6 millions
de patients accueillis

+ de 10 700
lits et places

6 pays

8 300
praticiens

+ de 100
établissements et centres de santé

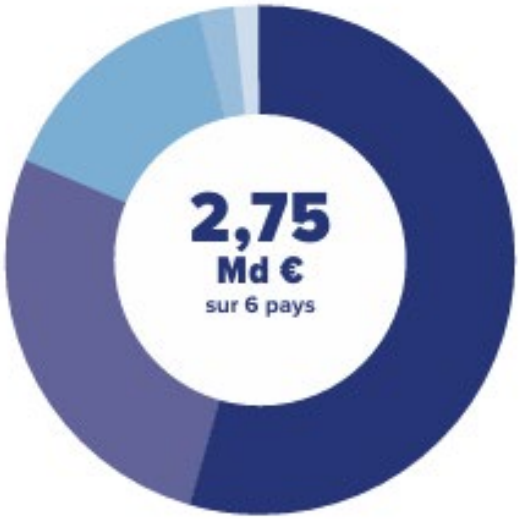
28 000
salariés

Une présence solide et équilibrée



Source : Direction Administrative et Financière Groupe Vivalto Santé – Périmètre 31/12/2024 – 102 établissements

Présent dans 6 pays, Vivalto Santé représente le 3e groupe français d'hospitalisation privée et le 7e acteur de santé au niveau européen. Il se distingue par un des portefeuilles d'activités les plus équilibrés pour répondre aux besoins de santé dans toutes ses géographies.



53,5 % France

27,7 % Espagne

15,1 % Portugal

2,3 % Suisse

1,4 % Europe centrale (Tchéquie et Slovaquie)

Annexe 4

Note de cadrage

Clinique Victor Hugo
Paris

Note de cadrage
PROJET CONSULTATIONS SANS RDV (USNP)

1. Contexte et justification

- Contexte du projet à la Clinique Victor Hugo

  - Clinique chirurgicale 100% ambulatoire depuis le 01/05/24
  - 3 activités phares : orthopédie (dont SOS Mains), gastro-entérologie et ophtalmologie – Environ 7 000 patients pris en charge par an
  - Une activité SOS Mains en diminution
  - Projet d'ouvrir une consultation de médecine générale sans RDV à orientation traumatologie

- Analyse des besoins sur le secteur
  - Une offre localisée sur Paris 16 Sud
  - centre traumato en secteur 2



- Objectifs stratégiques pour la clinique
  - Développer l'offre de soins en lien avec SOS Mains
  - Renforcer la pluridisciplinarité sur le site
  - Développer la visibilité par une nouvelle offre + volume important de patients
  - Permettre une mutualisation avec le check-up afin d'élargir l'offre d'accueil

2. Périmètre du projet

- Types d'activité
  - Consultations sans RDV 7/7, de 9h à 19h (ou 21h)
  - Traumatologie et médecine générale

- Exigences du projet
  - 1 Médecin urgentiste sénior pendant la durée d'ouverture
  - Chaque médecin doit signer la charte de fonctionnement du check-up center
  - Secteur 1
  - Prise en charge des patients ambulatoires après leur prise en charge si besoin

3. Organisation et ressources

- Ressources Humaines
  - Mise à disposition d'une secrétaire et d'une IDE pendant la durée d'ouverture (pause)
  - Mutualisation avec le check-up center

- Ressources matérielles
  - CVH met à disposition le RDC du 6 rue du dôme pour la consultation sans RDV et le check-up comprenant :

Locaux mutualisés	Locaux de la consultation sans RDV	Locaux du check-up
Accueil	Salle d'attente	Salon de coworking
Secrétariat		
Salle de soins infirmiers		
Bureau médical		
WC		

  - Chariot d'urgence et armoire à pharmacie et DMS
  - L'ensemble des équipements : mobilier, équipements médicaux, informatiques sont mis à disposition par CVH
  - La clinique s'engage à donner accès aux réseaux (électricité, eau, téléphonie, internet, fluides…) facturés dans les charges locatives

- Ressources Financières
  - CVH mettra à disposition les locaux prêts à louer
  - CVH facturera un loyer, les charges locatives et la refacturation du matériel et du personnel

- Ressources Informatiques
  - Utilisation du logiciel des médecins > utilisation de Mediboard pour la programmation et le check-up

4. Gouvernance et pilotage

• Responsable du projet : Maxime Danel et Rékia Cadet
• Comité de pilotage : direction, urgentiste référent, responsable administratif, cadre de santé
• Modalités de suivi : une réunion tous les 15 jours

6. Planning prévisionnel

• Validation de la note de cadrage : 06/02/26
• Transmission du coût qui sera facturé à la consultation sans RDV
• Aménagement des locaux : Mars / Avril
• Lancement du projet : au 1er juillet

7. Exigences juridiques

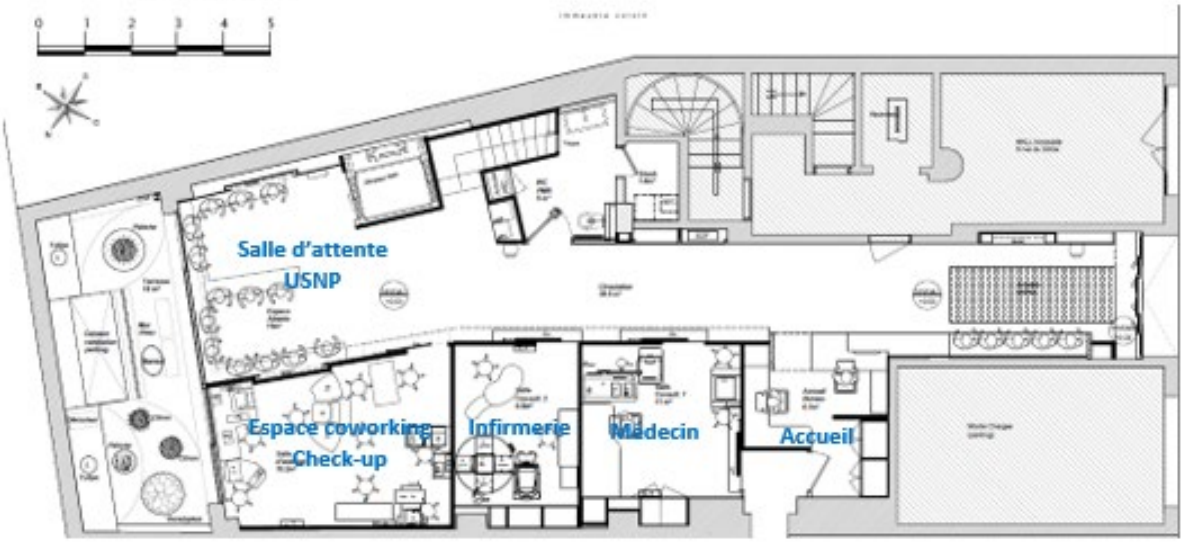
• Signature d'un bail CVH/Consultation sans RDV
• Signature par chaque urgentiste du protocole « check-up » et du protocole « USNP »

8. Indicateurs de succès

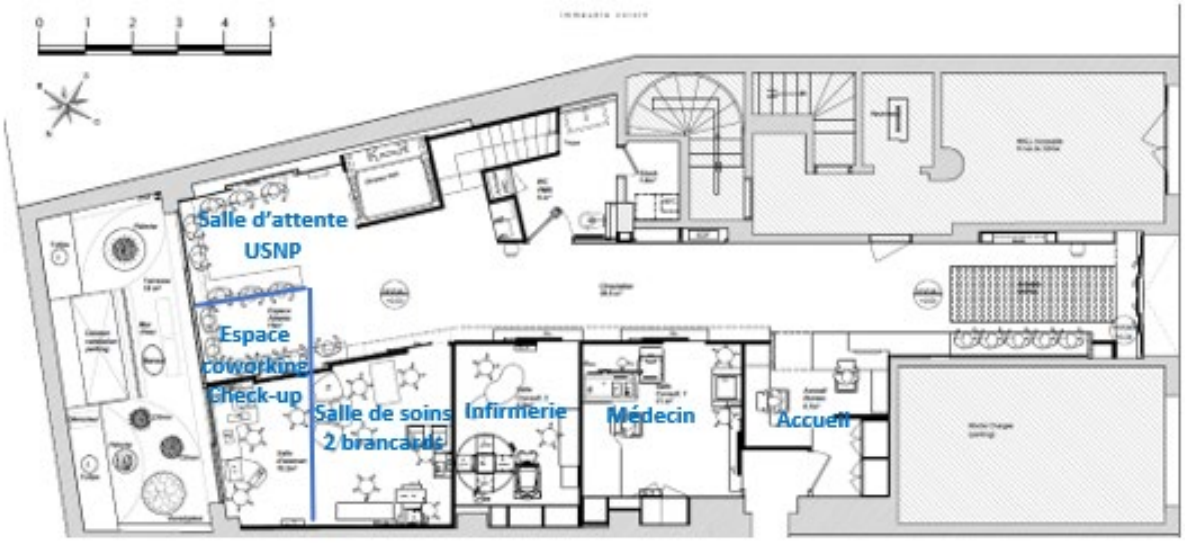
• Nombre de patients pris en charge
• Satisfaction des patients et des correspondants
• Intégration réussie dans le parcours de soins global de la clinique et du territoire

Clinique Victor Hugo
Paris

Plan des locaux



Evolution vers 1 salle de soins patients couchés



ANNEXE 5

Clinique Victor Hugo. Compte-rendu COPIL Cardiologie-HDJM & CNP. Paris : CVH, 26 février 2026.



Clinique Victor Hugo
VIVALTO SANTE Paris

PROJET HDJM + CNP

VIVALTO SANTE

01 PROJET CARDIOLOGIE - HDJM

Qui ?	Sponsor : Maxime H. Membres de l'équipe projet : Maxime D., Rékia, Léa, Druche et Jeff Service ambulatoire pour IDE HDJM Cardiologie
Quand ?	Lancement projet 08/02/2026 Mise en œuvre Avril 2026 HDJM en rythme de croisière en Septembre 2026
Où ?	Consultations de cardiologie non invasive Ø 6 rue du dôme R+1 : cardiologie générale, consultations externes Ø 5 rue du dôme R+2 : explorations cardiovasculaires
Quoi ?	Consolider la prise en charge des patients avec les ARE Renforcer la pluridisciplinarité sur le check-up et l'USNP Développer la visibilité par une nouvelle offre + volume important de patients Développer une offre HDJM Cardiologie (objectif 5 patients/j sur 4 demi-journées/semaine (insuffisance cardiaque, diurétique, dobutamine, facteurs de risques et hypertension)
Comment ?	Travaux de rénovation du R+1 au 6rue du Dôme et du R+2 au 5bis rue du Dôme Recrutement de l'équipe de soins pour assurer l'HDJM
Combien ?	Enveloppe travaux mutualisée avec Projet CNP (350 k€)
Pourquoi ?	Projet national VivaltoSanté sur le développement de l'HDJM Axe 1 du projet médical de CVH Consolider l'offre de soin en lien avec les projets de développement (Checkup / CNP)

01 PROJET CARDIOLOGIE - HDJM

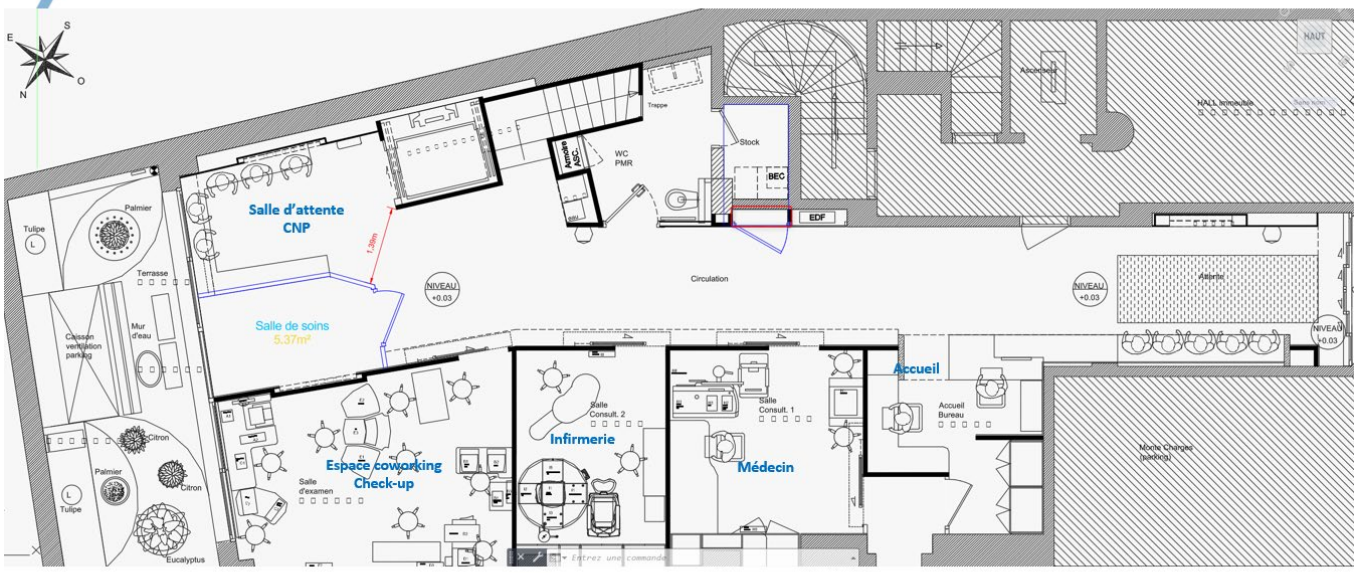


Clinique Victor Hugo (35 places)

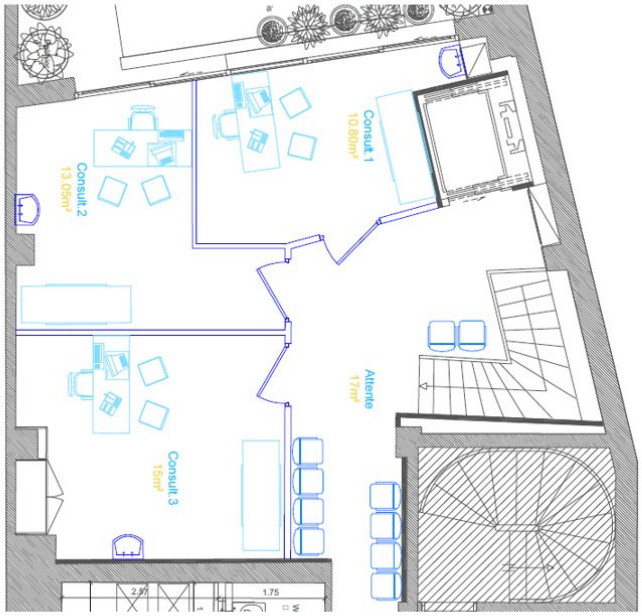
Orthopédie
Ophtalmologie
Gastro-entérologie
Chirurgie esthétique
Chirurgie vasculaire
Stomatologie

Soins non programmés
Check-up center
Cardiologie
Pneumologie

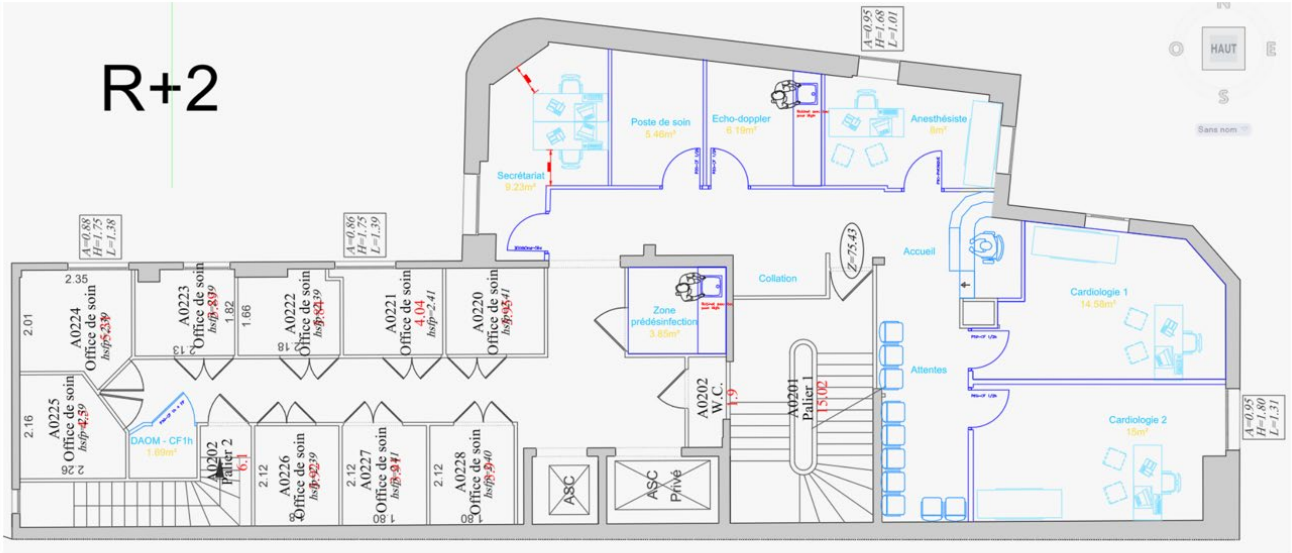
02 PROJET CONSULTATIONS NON PROGRAMMÉES (CNP)



01 PROJET CARDIOLOGIE - HDJM



01 PROJET CARDIOLOGIE - HDJM



02 PROJET CNP

Qui ?	Sponsor : Maxime H. Membres de l'équipe projet : Maxime D., Rékia, Léa, Druche et Jeff Service ambulatoire pour IDE CNP
Quand ?	Lancement projet 08/02/2026 Mise en œuvre Avril 2026 CNP en rythme de croisière en Septembre 2026
Où ?	Ø 6 rue du dôme RDC
Quoi ?	Développer l'offre de soins en lien avec SOS Mains Renforcer la pluridisciplinarité sur le site Développer la visibilité par une nouvelle offre + volume important de patients Permettre une mutualisation avec le check-up afin d'élargir l'offre d'accueil
Comment ?	Travaux de rénovation du RDC au 6rue du Dôme Recrutement de l'équipe de soins + Secrétariat pour assurer la PEC patient
Combien ?	Enveloppe travaux mutualisée avec Projet Cardio (350 k€)
Pourquoi ?	Projet national VivaltoSanté sur le développement de l'HDJM Axe 1 du projet médical de CVH Consolider l'offre de soin en lien avec les projets de développement (Checkup / USNP)

Annexe 6

Clinique Victor Hugo. Notes de travail CNP – Analyse concurrentielle. Paris : CVH, janvier 2026.

Clinique Victor Hugo
Paris

CLINIQUE VICTOR HUGO

Notes de travail CNP

Analyse concurrentielle

*Paris : CVH, janvier 2026*Au-delà des données macro-territoriales et de l'analyse concurrentielle, c'est d'abord un constat de terrain répété et quotidien qui a mis en lumière le besoin urgent d'une réponse structurée aux soins non programmés au sein de la Clinique Victor Hugo. Depuis plusieurs années, des patients se présentaient spontanément à l'accueil de la clinique ou interpellaient le voiturier en quête d'une prise en charge rapide pour des motifs aigus non vitaux : une entorse de cheville à la suite d'un accident de sport, une plaie du doigt survenue lors d'un moment de cuisine, une douleur abdominale aiguë, une conjonctivite purulente, une infection cutanée localisée.

Face à ces sollicitations, la clinique se trouvait dans une position inconfortable : elle ne pouvait ni répondre à ces demandes dans le cadre de son activité programmée, ni les ignorer sans risquer de décevoir des patients qui, souvent, avaient choisi de se présenter à la clinique par confiance envers la qualité de ses soins et la compétence de ses équipes. La réponse systématique était d'orienter ces patients vers les urgences hospitalières les plus proches ou vers les rares structures de soins non programmés du secteur, avec les délais d'attente et l'expérience dégradée que cela implique.

Ce constat empirique a été partagé avec la direction de la clinique et avec plusieurs médecins référents lors de réunions informelles et de COPIL préparatoires au projet. Il a créé un sentiment d'urgence et de légitimité autour de la nécessité de structurer une réponse. Simultanément, l'observation des flux entrants dans le service SOS Mains révélait que nombre de patients se présentaient pour des pathologies qui n'étaient pas strictement des urgences de la main, mais relevaient d'une médecine générale ou traumatologique non programmée. SOS Mains subissait ainsi un effet de débordement, prenant en charge par défaut des pathologies qui auraient pu être gérées différemment dans un service CNP dédié. La mise en place du Check-up Center, avec ses locaux modernes et pleinement équipés mais partiellement sous-utilisés en dehors des créneaux de bilans de santé, a mis en lumière une opportunité stratégique d'optimisation des ressources. Cette convergence entre un besoin territorial documenté, un constat de terrain interne récurrent et une opportunité immobilière disponible a constitué le point de départ du projet CNP.

L'étude de la concurrence a permis de cartographier l'offre de soins non programmés autour de la Clinique Victor Hugo. Cette analyse révèle un environnement territorial très favorable : si des structures existent, leur offre demeure partielle ou discontinue, laissant des besoins non couverts.

Structure	Horaires	Analyse
Mon Urgence Santé Auteuil	7j/7 8h–22h (semaine) 9h–22h (dimanche)	Acteur de référence actuel. Sa large amplitude horaire confirme la forte demande locale pour des soins de proximité.
Centre Médical Sarah Santé Auteuil	Lun–Ven : 8h–21h Sam : fermeture à 18h Dim : fermé	Malgré des horaires étendus en semaine, sa fermeture le dimanche et son horaire réduit le samedi créent une rupture de soins hebdomadaire. Ce manque d'alternative en fin de semaine pousse les patients vers des recours inappropriés aux urgences hospitalières.
Maison Médicale de Garde	Week-ends et jours fériés uniquement	Son activité est strictement limitée aux week-ends et jours fériés. Elle ne répond pas à la demande massive de soins non programmés survenant durant la semaine.

Le projet de Centre de Soins Non Programmés (CNP) de la Clinique Victor Hugo ne s'inscrit pas dans une logique de confrontation commerciale avec les acteurs de proximité, mais dans une démarche de maillage territorial. Si des structures comme Mon Urgence Santé Auteuil ou Sarah Santé absorbent une part importante de la prise en charge des affections mineures de ville, la Clinique Victor Hugo se distingue par sa capacité à proposer une prise en charge « hybride » en s'appuyant sur les infrastructures d'un établissement chirurgical : elle propose une prise en charge à mi-chemin entre la médecine de ville et l'hôpital. Cette organisation permet de dépasser les limites habituelles des centres médicaux de proximité, qui sont souvent contraints de réorienter les patients dès lors qu'un examen complémentaire (imagerie, biologie) ou un geste technique est nécessaire. Contrairement aux centres médicaux de quartier, le CNP bénéficie de l'infrastructure d'un établissement chirurgical, ce qui permet une levée de doute diagnostique immédiate.

En pratique, cela signifie une prise en charge plus fluide, plus rapide et plus complète : le patient entre pour un problème simple, mais peut bénéficier, si besoin, d'examens ou d'actes plus poussés sans changer de structure. Par ailleurs, ce positionnement ouvre la voie à une meilleure coordination avec les professionnels de santé du territoire, notamment les médecins traitants, en facilitant les retours d'information et le suivi post-consultation. Il renforce également la capacité de la clinique à capter et orienter précocement des patients pouvant relever secondairement d'une prise en charge spécialisée ou chirurgicale. À plus long terme, ce type de dispositif contribue à structurer des parcours de soins plus lisibles, en réduisant les ruptures et en favorisant une gradation plus cohérente des niveaux de prise en charge.

ANNEXE 7

Etude de l'impact économique du parcours du patient en chirurgie ambulatoire.

SALAMATI
CONSEIL

ÉTUDE DE L'IMPACT ECONOMIQUE DU PARCOURS DU PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

RAPPORT D'ETUDE

Frédéric Bizard
pour
URPS-ML
Région Nouvelle-Aquitaine

JANVIER 2019

Table des matières

1. Introduction 2
2. Objectifs 4
3. Méthodes 5
   3.1. Méthode de l'étude EGB 5
      3.1.1 Schéma général de l'étude 5
      3.1.2 Critères d'inclusion 5
      3.1.3 Actes chirurgicaux pris en compte 6
      3.1.4 Estimation des coûts 6
      3.1.5 Analyses statistiques 9
   3.2 Méthode de l'étude qualitative 11
      3.2.1 Guide d'entretien 11
      3.2.2 Sélection des experts 11
      3.2.3 Déroulement des entretiens 12
4 Résultats 13
   4.1 Description générale des actes 13
      4.1.1 Résultats de l'étude EGB 13
      4.1.2 Résultats des entretiens 14
   4.2 Etude du coût de l'hospitalisation principale 18
      4.2.1 Résultats de l'étude EGB 18
      4.2.2 Résultats des entretiens 23
   4.3 Etude des couts post-opératoires 25
      4.3.1 Résultats de l'étude EGB 25
      4.3.2 Résultats des entretiens 32
   4.4 Projection de l'impact financier d'une augmentation du taux d'ambulatoire 33
      4.4.1 A partir de l'étude EGB 33
      4.4.2 Résultats des entretiens 35
5 Discussion 38
   5.1/ Evaluation de l'impact économique sur les coûts d'hospitalisation 40
   5.2/ Evaluation de l'impact économique sur les soins post-opératoires 46
6 Conclusion 52
7 Références bibliographiques 54

1. Introduction

La chirurgie ambulatoire (CA) est une alternative à l'hospitalisation dite « conventionnelle » (HC) permettant la sortie du patient le jour même de son admission, sans nuit d'hébergement. L'évolution des techniques chirurgicales a rendu possible le développement rapide de la CA, considérée comme génératrice d'amélioration de la qualité pour les patients et d'économies pour les financeurs, notamment l'Assurance Maladie.

Cet essor a été largement encouragé par le Ministère de la santé qui a lancé un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire avec initialement deux objectifs : atteindre un taux de 55% en 2016 et de 66% en 2020. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire est en augmentation constante en France ces dernières années (1). **En 2016, 6,3 millions de séjours de chirurgie ont été réalisés dont 54,1% en ambulatoire,** cette proportion pouvant atteindre 90% pour certains gestes (notamment en ophtalmologie).

Souhaitant que cette progression se poursuive, le Ministère de la santé a annoncé en octobre 2017 (annonce d'Agnès Buzyn lors des entretiens de Bichat à Paris) **un nouvel objectif visant à atteindre 70% des actes chirurgicaux réalisés en ambulatoire d'ici 2022.** Cette pratique a donc vocation à devenir une **norme** pour l'ensemble du parc hospitalier français. La Haute Autorité de Santé a intégré des **indicateurs spécifiques** à la pratique de l'ambulatoire dans sa campagne 2018 sur la qualité et la sécurité des soins (2), dont les résultats soulignent le rôle central de **l'organisation des équipes** et de la planification des **soins et du suivi après la sortie**.

Quelques études françaises se sont penchées sur l'impact économique de la chirurgie ambulatoire et ont effectivement conclu que son développement permettrait de réaliser des économies substantielles, sans pour autant porter préjudice à la qualité des soins et à la satisfaction des patients. Une large étude réalisée par l'Assurance Maladie en 2001 à partir de dossiers patients a abouti à des estimations de coût inférieur de la chirurgie ambulatoire par rapport à l'HC (3). Des études locales ont également été menées afin de comparer la prise en charge en CHIRURGIE AMBULATOIRE et en HC en termes de coût et/ou de qualité des soins, chacune d'entre elles se focalisant sur un acte chirurgical en particulier.
Toutes ont suggéré une diminution conséquente des coûts pour l'hôpital (4-9). Le taux de passage en HC alors qu'une chirurgie ambulatoire était initialement prévue était bas (3 à 10%), principalement lié à la survenue de nausées nécessitant une surveillance jusqu'au lendemain

(5, 10, 12). Le taux de complication ne différait pas en fonction du type de prise en charge (4, 6-10). Par ailleurs, lorsque les patients étaient interrogés *a posteriori*, la grande majorité d'entre eux se déclaraient satisfaits de la prise en charge en ambulatoire (5, 8, 12).

Néanmoins, il faut relativiser ces résultats. En effet, les études ayant mis en évidence un impact économique positif de la chirurgie ambulatoire ont souvent porté sur un nombre restreint de patients et **un acte chirurgical unique**. De plus, elles se sont focalisées sur les dépenses liées **à la prise en change hospitalière des patients**. Or, les gains observés dans le cadre de celle-ci pourraient être nuancés par plusieurs éléments. Tout d'abord, la prise en charge en ambulatoire peut générer des économies pour l'hôpital mais des coûts supplémentaires en soins de ville. La surveillance postopératoire étant réalisée au domicile, le recours au médecin traitant et les services paramédicaux peuvent être plus fortement mobilisés, ainsi que les transports sanitaires. L'impact économique du développement de la chirurgie ambulatoire est donc **une problématique complexe et son évaluation ne doit pas se limiter aux variations des coûts de la prise en charge hospitalière** mais considérer l'ensemble du parcours du patient.

C'est pourquoi une première étude (14) a été réalisée en 2017 à partir des données de l'échantillon général des bénéficiaires (EGB) issu du Système national des données de santé (SNDS). Quatorze actes ayant contribué de manière significative au développement de la chirurgie ambulatoire ont été sélectionné et les dépenses liées ont été comparées pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire et en HC. Une baisse des coûts de 23% était observée en moyenne pour les établissements hospitaliers. Les dépenses en indemnités journalières et en transports sanitaires étaient également moindres avec l'ambulatoire. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence significative sur les réhospitalisations entre les deux types de séjours, ce qui confirmait le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité avec l'ambulatoire. Enfin, les dépenses de soins post-opératoires étaient comparables en ambulatoire et en HC, suggérant l'absence de déport de soins vers la ville dans le cas de l'ambulatoire pour les actes étudiés.

Cette première étude a ainsi apporté des **résultats très favorables au développement** de la chirurgie ambulatoire en France, tout en exprimant des freins encore existants à son développement (14). Cependant, elle a porté sur des actes chirurgicaux sélectionnés pour avoir contribué de manière significative au développement du virage ambulatoire au cours des années précédant sa réalisation. La plupart de ces actes étaient par conséquent déjà

Annexe 8

Convention Cerballiance

Cerballiance	**CONVENTION D'EXERCICE PRIVILEGIE ETABLISSEMENT DE SOIN**	

ENTRE

La Clinique Victor Hugo, SAS, au capital de 525 000,00 €, dont le siège social est au 5 bis rue du Dôme 75116 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris, sous le numéro 484 917 067

Représentée par Madame Juliette Mélou, en sa qualité de Directrice générale, dûment habilitée aux fins des présentes

Ci-après désignée l'« Etablissement »

D'UNE PART,

ET

Cerballiance Paris Ile-de-France Est, Société d'exercice libérale par action simplifiée, au capital de 699900 euros, dont le siège social est 42, Bd Richard Lenoir, 75012
1 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris, sous le numéro 328386529,

Représentée par Selma BOUKARI, en sa qualité de Directrice Générale, dûment habilitée aux fins des présentes

Ci-après désignée le « Laboratoire »,

D'AUTRE PART,

Ci-après individuellement ou conjointement désignée(s) la ou les « Partie(s) ».

Le Laboratoire pourra également sous-traiter ses autres obligations lui incombant au terme de la Convention et notamment ses obligations relatives au transport des prélèvements.

15.2 La Convention et toute modification s'y rapportant sont soumis exclusivement au droit français.

En cas de difficultés soulevées par l'exécution, l'inexécution ou la mauvaise exécution des obligations résultant de la Convention, par son interprétation ou sa cessation, les Parties s'engagent préalablement à toute action contentieuse, de tenter de trouver une solution amiable à leurs difficultés.

15.3 La nullité totale ou partielle d'une ou plusieurs clauses de la Convention n'affectera en rien la validité de ses autres stipulations, à moins toutefois qu'il puisse être démontré que la stipulation litigieuse était, dans l'esprit des Parties, substantielle et déterminante à leur consentement et que sa nullité ou son invalidité remettrait en cause l'équilibre général de la Convention.

15.4 La Convention, telle qu'elle est constituée par les présents articles, ainsi que ses annexes, représentent l'intégralité de l'accord intervenu entre les Parties en ce qui a trait à son objet. Elle annule et remplace l'ensemble des déclarations antérieures faites par l'une ou l'autre des Parties.

La Convention pourra être modifiée ou complétée au cours de son exécution. Les modifications effectuées devront être formalisées par l'établissement d'un avenant à la Convention, daté et signé par chacune des Parties.

15.5 Le fait pour une Partie de ne pas se prévaloir d'un manquement de l'autre Partie à l'une quelconque de ses obligations contractuelles, ne saurait être interprété pour l'avenir comme une renonciation à l'obligation en cause.

15.6 Aux fins de l'exécution de la Convention et de ses suites, les Parties font élection de domicile au lieu de leur siège social tel qu'indiqué en préambule de la Convention. Toute modification d'adresse devra être signifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à l'autre Partie, afin de lui être opposable.

Fait à Paris
Le 02/01/2024
En deux exemplaires

Pour l'Etablissement	**Pour le Laboratoire**
Juliette Mélou, Directrice générale	**Selma BOUKARI, Directrice Générale**
Signature	

Annexe 9

Charte droit à la déconnexion

CLINIQUE VICTOR HUGO

Groupe Vivalto Santé

CHARTE DU DROIT À LA DÉCONNEXION

Version	Statut
1.0 – Mai 2024	Document de travail

PRÉAMBULE

Le droit à la déconnexion est un droit fondamental reconnu par la loi El Khomri du 8 août 2016 (article L.2242-17 du Code du travail), qui impose aux entreprises de plus de 50 salariés de négocier des mesures encadrant l'utilisation des outils numériques professionnels en dehors du temps de travail.

Dans le contexte spécifique du service de Consultations Non Programmées (CNP) de la Clinique Victor Hugo, les professionnels exercent dans un environnement par nature soumis à l'incertitude des flux et à des amplitudes horaires étendues, incluant soirées, week-ends et jours fériés. Cette pression organisationnelle, si elle n'est pas encadrée, constitue un facteur de risque psychosocial (RPS) pouvant conduire à l'épuisement professionnel des soignants.

La présente charte a pour objet de définir les modalités d'exercice de ce droit au sein du service CNP et de préciser les engagements réciproques de l'établissement et des professionnels, dans le respect de la qualité des soins et de la continuité du service.

Article 1 – Champ d'application

La présente charte s'applique à l'ensemble des professionnels affectés au service de Consultations Non Programmées de la Clinique Victor Hugo, qu'ils soient :

- salariés permanents (infirmières diplômées d'État, aides-soignants, secrétaires médicales, agents d'accueil),
- médecins vacataires et urgentistes libéraux intervenant dans le cadre de leur contrat,
- cadres de santé et personnels d'encadrement du service.

Elle s'applique à l'utilisation de tous les outils numériques professionnels : téléphone mobile professionnel, messagerie électronique institutionnelle (type MSSanté), applications de planification (Mediboard, Doctolib), messageries instantanées de groupe, ainsi que tout autre outil de communication à usage professionnel.

Article 2 – Définition du droit à la déconnexion

Le droit à la déconnexion est le droit pour tout professionnel de ne pas être joignable par voie numérique en dehors de ses heures de travail effectives, sans que cela n'entraîne de conséquences négatives sur son emploi, son évaluation professionnelle ou ses relations de travail.

Dans le cadre du service CNP, le droit à la déconnexion se traduit notamment par :

- l'absence d'obligation de répondre aux courriels, messages instantanés ou appels téléphoniques professionnels hors temps de travail,
- l'absence de pression implicite ou explicite à la disponibilité numérique permanente,
- la garantie d'un temps de repos cognitif entre deux prises de poste, conformément aux dispositions relatives au repos quotidien (11 heures consécutives minimum).

Article 3 – Engagements de l'établissement et de l'encadrement

3.1 – Organisation des plannings

Le cadre de santé en charge du service CNP s'engage à :

- communiquer les plannings avec un délai minimum de deux semaines, sauf circonstances exceptionnelles,
- garantir le respect des temps de repos réglementaires entre deux vacations,
- limiter les sollicitations hors temps de travail aux situations d'urgence organisationnelle avérée (absence imprévue d'un professionnel sans remplacement disponible, incident de sécurité patient).

3.2 – Usage des outils de communication

L'encadrement s'engage à :

- ne pas envoyer de messages professionnels (SMS, mails, notifications d'application) en dehors des plages horaires de travail des destinataires, sauf urgence définie à l'article 5,
- utiliser les fonctionnalités de programmation d'envoi différé pour les communications non urgentes rédigées en dehors des heures ouvrées,
- ne pas interpréter l'absence de réponse d'un agent hors de ses heures de travail comme un manque de professionnalisme ou d'engagement.

3.3 – Culture managériale

La direction et l'encadrement s'engagent à incarner eux-mêmes ce droit à la déconnexion en adoptant les comportements exemplaires décrits ci-dessus, à valoriser explicitement lors des entretiens professionnels le respect de l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle, et à intégrer la prévention des RPS comme indicateur de pilotage RH du service CNP.

Article 4 – Engagements des professionnels

En contrepartie du respect de ce droit par l'établissement, chaque professionnel s'engage à :

- signaler dans les meilleurs délais toute absence imprévue afin de permettre l'organisation du remplacement,
- utiliser les canaux de communication dédiés aux urgences (numéro d'astreinte, protocole défini) plutôt que les messageries personnelles,
- informer l'encadrement si des sollicitations hors temps de travail lui semblent récurrentes ou disproportionnées, afin qu'une régulation collective puisse être mise en œuvre.

Article 5 – Situations d'urgence et exceptions

Par exception au principe général, la déconnexion peut être temporairement suspendue dans les situations suivantes, dûment encadrées :

Situation	Modalités et limites
Absence imprévue d'un soignant la veille ou le jour même	Contact limité à la recherche de remplacement. Le professionnel contacté reste libre de refuser dans le respect de son repos.
Incident de sécurité patient ayant impliqué le professionnel	Information différée possible par courriel sécurisé. Aucune obligation de réponse immédiate.
Evolution réglementaire ou protocole d'urgence	Diffusion par voie officielle (panneau d'affichage, réunion en début de poste). Pas de SMS groupé nocturne.

Article 6 – Déconnexion cognitive et prévention des RPS

Au-delà de la déconnexion numérique, la présente charte reconnaît la nécessité d'une déconnexion cognitive, soit la capacité pour le professionnel à se distancier mentalement des sollicitations liées au travail pendant ses temps de repos.

Dans le contexte d'un service de soins non programmés, où la charge mentale liée à l'imprévisibilité des flux peut être particulièrement élevée, les mesures suivantes sont mises en place :

- Débriefings collectifs post-événements critiques : séances encadrées par le cadre de santé, permettant aux équipes de verbaliser les situations difficiles et de ne pas les emporter dans leur sphère personnelle.
- Temps de passation de consigne structurés : transmission orale et écrite en début et fin de poste, évitant les sollicitations informelles après la prise de congé.
- Salle de repos identifiée : espace dédié à la détente entre les pics d'activité, distinct des espaces de soins, dans lequel l'utilisation des outils professionnels est déconseillée.
- Accès au soutien psychologique : en lien avec le service de médecine du travail et les ressources proposées par le groupe Vivalto Santé, les professionnels peuvent bénéficier d'un accompagnement psychologique en cas de surcharge émotionnelle répétée.

Article 7 – Modalités de suivi et d'évaluation

Le respect de la présente charte fait l'objet d'un suivi régulier :

- Bilan annuel en COPIL : un point spécifique sur l'application du droit à la déconnexion est inscrit à l'ordre du jour du Comité de Pilotage mensuel, avec présentation d'indicateurs RH (taux d'absentéisme, résultats du questionnaire bien-être, nombre de sollicitations hors temps de travail signalées).
- Questionnaire annuel de satisfaction RH : un volet spécifique portant sur la charge numérique et le respect des temps de repos est intégré à l'enquête annuelle d'établissement.
- Révision de la charte : la présente charte est révisable à l'issue de chaque année de fonctionnement du service, ou à la demande motivée des représentants du personnel ou de l'encadrement.

Article 8 – Cadre juridique de référence

La présente charte s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire suivant :

- Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 (loi El Khomri), article L.2242-17 du Code du travail : obligation de négocier sur le droit à la déconnexion.
- Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail : reconnaissance de la connexion professionnelle comme facteur de charge de travail.
- Accord-cadre du groupe Vivalto Santé sur la qualité de vie et les conditions de travail (QVCT) : engagements spécifiques du groupe en matière de prévention des RPS.
- Directive européenne 2003/88/CE concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail : repos quotidien de 11 heures et hebdomadaire de 35 heures consécutives.
- Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prévention de l'épuisement professionnel des soignants (2021).

Annexe 10

Formation mise en situation d'urgence

Clinique Victor Hugo Paris	**COMPTE RENDU** **Simulation du chariot d'urgence**

Date de réunion :	11.05.2026	**Lieu de réunion :**	SALLE REUNION

Nom - Prénom	Fonction	Signature
MARCOS Réa	RAQ	
DESIRLISTE Daniel	IDE	
ELAZID Youssef	ASDE	
CADET Clémenceau	IDE	
LUVWALU PECEDY	IDE	
CADET Réfeia	CGS	
MILLONCOURT Lucas	Anesthésiste réanimateur	
[illegible]	ARE RCME	

Ordre du jour : Simulation du chariot d'urgence au 4ème étage – service ambulatoire -

1) Déroulement de la simulation :

1.1 Scénario simulé

La simulation portait sur la prise en charge d'un arrêt cardiaque survenant dans le box 407 de l'unité ambulatoire. L'équipe devait mettre en œuvre les procédures d'urgence selon le protocole en vigueur.

1.2 Points positifs identifiés

Les éléments suivants ont été correctement maîtrisés lors de la simulation :

- **Connaissance du numéro d'urgence : le numéro d'urgence interne est connu et maîtrisé par l'ensemble du personnel soignant présent.**
- **Utilisation du chariot d'urgence : le chariot a été utilisé de manière adéquate par l'équipe.**

2. Dysfonctionnements et anomalies constatés

Les déficiences suivantes ont été identifiées lors de cette simulation. Elles nécessitent une action corrective dans les meilleurs délais.

N°	Dysfonctionnement	Impact / Risque	Action corrective proposée
1	Box 407 trop étroit : le patient a dû être installé à même le sol, ce qui est une contrainte majeure pour la RCP.	Difficulté d'accès au patient, risque de fatigue prématurée des soignants, qualité de la RCP altérée.	Analyser la faisabilité d'un réaménagement ou réattribution du box pour les patients à risque.
2	Lame de laryngoscope manquante dans le chariot d'urgence (chariot scellé incomplet).	Impossibilité d'assurer l'intubation dans les délais requis lors d'un ACR réel.	Vérifier et compléter immédiatement le contenu du chariot. Établir une procédure de vérification régulière (check-list signée).
3	Absence de prolongateur pour la mise en place d'un Pousse-Seringue Électrique (PSE).	Retard dans l'administration des médicaments vasoactifs (adrénaline).	Intégrer un ou plusieurs prolongateurs dans la dotation du chariot d'urgence.
4	Pousse-Seringue Électrique (PSE) absent du service.	Impossible de mettre en place l'adrénaline en perfusion continue, ce qui a directement compromis la prise en charge.	Doter l'unité ambulatoire d'un PSE dédié. Formaliser la présence obligatoire du matériel dans la fiche équipement.
5	Absence de ROCPT (récipient pour aiguilles et ampoules usées) – risque AES.	Risque d'Accident par Exposition au Sang (AES) pour le personnel	Placer un ROCPT à proximité immédiate du chariot d'urgence. Vérification incluse dans la check-list.

		soignant lors de la gestion des déchets piquants.	
6	Algorithme de gestion des urgences non maîtrisé par l'équipe.	Coordination insuffisante, risque d'oubli d'étapes clés (chocs électriques, réévaluation), perte de temps précieux.	Former l'ensemble du personnel à l'algorithme ACR (AHA/ERC). Afficher l'algorithme dans le service. Prévoir une séance de rappel dès que possible.

3. Plan d'actions correctives

Au regard des dysfonctionnements identifiés, les actions suivantes doivent être mises en œuvre en priorité :

Action	Responsable	Priorité	Échéance
Compléter le chariot d'urgence (lame laryngoscope, prolongateur, ROCPT)	Cadre de santé / Pharmacie	⚠ URGENTE	Immédiat
Doter le service d'un PSE dédié aux urgences	Direction / Biomedical	⚠ URGENTE	Dès que possible
Élaborer et afficher l'algorithme ACR dans le service	Cadre de santé / Référent urgences	◇ HAUTE	Sous 2 semaines
Mettre en place une check-list de vérification hebdomadaire du chariot	Cadre de santé	◇ HAUTE	Sous 1 mois
Étude d'aménagement du box 407 pour améliorer l'accessibilité	Direction des travaux / Cadres	☑ NORMALE	À planifier

4. Prochaine session de formation

Prochaine simulation d'urgence prévue : Juin / Juillet 2026

Objectifs de la prochaine session :

- Vérifier la mise en œuvre des actions correctives définies ci-dessus.
- Former et évaluer l'ensemble du personnel de l'unité à l'algorithme de gestion de l'arrêt cardiaque.
- Tester le matériel complété (chariot d'urgence, PSE, ROCPT) dans des conditions réelles.
- Affiner les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe en situation d'urgence.

Annexe 11

Inscription au DU IA pour une IDE

DU Intelligence artificielle IA appliquée en santé

SCIENCES, TECHNOLOGIES, SANTÉ

Présentation

Référence formation (à rappeler dans toute correspondance) : DUB981

Responsables de l'enseignement : Prs Guillaume Assié et Stéphanie Allassonnière

Forme de l'enseignement : Présentiel + distanciel synchrones

Pour vous inscrire, déposez votre candidature sur C@ndtOnline

OBJECTIFS

Objectif général du DU : Promouvoir l'IA en Santé :

- Pour des meilleurs soins, plus d'humanité et à un meilleur coût
- Pour accompagner les changements liés à l'IA en Santé, sociétaux, techniques et professionnels.

Objectifs pour les étudiants du DU :

- Comprendre les enjeux de l'IA en santé pour être en mesure de coordonner un projet d'IA en santé
- Permettre une approche systémique de l'IA en santé, des parties prenantes
- Bénéficier des connaissances des dernières approches applicatives du secteur
- Appréhender un modèle économique, organisationnel, réglementaire et éthique pérenne

COMPÉTENCES VISÉES

Compétences transversales :

- Capacité à travailler en groupe, répartition des tâches, utilisation optimale de compétences spécifiques de chacun
- Capacité à réaliser un plan d'application d'IA en Santé: poser les objectifs; définir les étapes de réalisation, le mode de résolution à chaque étape ; les procédures d'évaluation
- Capacité à entreprendre en Santé: évaluer les besoins, évaluer le potentiel de valorisation d'une solution, optimiser la mise en œuvre du projet
- Capacité à utiliser les technologies de l'information et de la communication ;
- Capacité à s'intégrer dans les milieux professionnels de la santé : connaitre les différents secteurs, les différents acteurs et leurs contraintes, les enjeux spécifiques de chaque domaine de la Santé.
- Capacité à communiquer : communiquer clairement en anglais ;
- Capacité à communiquer avec des non-experts dans sa propre discipline et avec des experts d'autres disciplines

Compétences scientifiques générales

- Respect de l'environnement légal et réglementaire
- Aptitude à la réflexion abstraite, au raisonnement logique, à l'analyse et à la synthèse ;
- Aptitude à la compréhension des problèmes et au discernement de l'essentiel ;
- Capacité à appliquer les connaissances dans des situations pratiques ;
- Aptitude à analyser une situation complexe ;
- Aptitude à adopter une approche pluridisciplinaire ; aptitude à comprendre ses propres limites et aptitude à cibler l'aide technique appropriée lorsque ses limites sont atteintes

Compétences spécifiques

Pour en savoir plus, rendez-vous sur > u-paris.fr/choisir-sa-formation

Université Paris Cité

- Capacité à établir les étapes d'un projet de développement d'une solution d'IA en Santé
- Aptitude à identifier les questions éthiques soulevées par un projet d'IA en Santé ; capacité à interagir avec des spécialistes des questions d'éthique / des comités d'éthique pour résoudre ces questions
- Aptitude à identifier les questions légales et réglementaires soulevées par un projet d'IA en Santé ; capacité à interagir avec des juristes, avec la CNIL pour mettre en œuvre le projet.
- Aptitude à estimer et orienter les possibilités de valorisation d'un projet d'IA en Santé ; capacité à interagir avec les organismes de protections industrielles pour protéger une solution innovante ; capacité à interagir avec un entrepreneur cherchant à valoriser une solution.
- Capacité de contacter, d'interagir avec et assister des partenaires industriels ou de start-up pour le déploiement de solutions d'IA en Santé
- Aptitude à critiquer la méthodologie d'une solution d'IA en Santé.
- Capacité à monter un essai clinique pour valider la pertinence une solution d'IA en Santé

Programme

ORGANISATION

Les candidatures pour la session 2026/2027 seront ouvertes mi-juin 2026.

Référence formation : DUB981

Volume horaire : 90 heures d'enseignements +15 heures de travail personnel

Calendrier : du 08 janvier au 21 mai 2026 (hors examen)

Rythme : 15 modules (les jeudis) - hors vacances scolaires

CONTENUS PÉDAGOGIQUES

Module 1 : Démystifier l'IA en santé

- Introduction générale à l'IA en santé

Module 2 : Centres de données médicales

- Utiliser l'IA pour générer des bases de données structurées à partir de dossiers médicaux de vie réelle
- Implications en santé publique (informatique médicale, épidémiologie, administration)

Module 3 : Comportements

- Utiliser l'IA pour analyser les comportements humains
- Implications en santé/ spécialités : psychiatrie, toutes les spécialités.

Module 4 : Automédecine

- Utiliser l'IA pour évaluer et promouvoir la santé individuelle sans l'aide d'un médecin ; focus sur les devices, les applications , et les informations disponibles pour le grand public.
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 5 : Databases Omic

- Utiliser l'IA pour analyser les données de très grande dimension ; explorer la structure des données ; lien entre les différentes omics et le devenir clinique
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 6 : Veille sanitaire

- Comment l'IA peut améliorer la pharmacovigilance et la pharmacoépidémiologie
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 7 : Avatar

- Utiliser la biologie de système pour modéliser les organes et l'organisme de chaque individu, avec optimisation des modèles à partir de ses données personnelles de santé.
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 8 : Imagerie

- Utiliser l'IA pour analyser les images et vidéos

- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités « morphologiques » (radiologie, anatomo-pathologie, ophtalmologie, endoscopie)

Module 9 : Inspection

- Utiliser l'IA pour analyser des images et des vidéos correspondant à ce qu'un médecin peut voir (inspection).
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 10 : Utilisation de données non médicales pour la Santé

- Utiliser l'IA pour capturer des informations ayant un impact sanitaire à partir de données publiques (réseaux sociaux, pollution, etc…)
- Implications en santé/spécialités : santé publique (épidémiologie)

Module 11 : Robots

- Dans quelle mesure les robots peuvent être utilisés comme des effecteurs de l'IA en Santé ?
- Implications en santé/spécialités : chirurgie, prise en charge de la dépendance, toutes les spécialités.

Module 12 : Télémédecine

- IA qui contribue à améliorer l'interaction à distance entre le patient et le médecin.
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 13 : Médecine personnalisée

- Comment l'IA peut aider les médecins à choisir le meilleur traitement et la meilleure surveillance pour un patient donnée.
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

Module 14 : Organisation médicale

- Comment l'IA peut aider l'organisation sanitaire (gestion hospitalière des lits, des flux de patients…)
- Implications en santé/spécialités : gestion hospitalière

Module 15 : Formation médicale

- Outils d'IA pour améliorer la formation médicale ; formation des futures médecins aux outils à base d'IA.
- Implications en santé/spécialités : toutes les spécialités.

MOYENS PÉDAGOGIQUES ET TECHNIQUES D'ENCADREMENT

Les enseignements sont dispensés au moyen de cours théoriques, cas pratiques et travaux dirigés.

Équipe pédagogique

Guillaume Assié / Stephanie Allassonière / Mehdi Benchoufi / Jean-Emmanuel Bibault / Anita Burgun / Antoine Feydi / Roman-Hossein Khonsari / Marie-France Mamzer-Bruneel / David Gruson / Anne-Sophie Jannot / Raphaël Porcher

Ressources matérielles : Afin de favoriser une démarche interactive et collaborative, différents outils informatiques seront proposés pour permettre :

- d'échanger des fichiers, des données
- de partager des ressources, des informations
- de communiquer simplement en dehors de la salle de cours et des temps dédiés à la formation.

MOYENS PERMETTANT DE SUIVRE L'EXÉCUTION DE L'ACTION ET D'EN APPRÉCIER LES RÉSULTATS

Au cours de la formation, le stagiaire émarge une feuille de présence par demi-journée de formation en présentiel et le Responsable de la Formation émet une attestation d'assiduité pour la formation en distanciel.

À l'issue de la formation, le stagiaire remplit un questionnaire de satisfaction en ligne, à chaud. Celui-ci est analysé et le bilan est remonté au conseil pédagogique de la formation.

100 % des répondants au questionnaire ont déclaré être globalement satisfaits de la formation. (année 22/23)

Admission

- Professionnels de santé
- Ingénieurs en informatique s'intéressant aux applications de l'IA en santé

Master Management des Organisations Soignantes
M2 - MOS@25 -26

TITRE DU DOCUMENT

Création d'un Centre de Consultations Non Programmées (CNP) à la Clinique Victor Hugo : un projet de transformation organisationnelle au service du territoire

AUTEUR

CADET Rékia Coordinatrice Générale des Soins, clinique Victor Hugo, Paris 16ème

MOTS CLÉS

Consultations Non programmées, Clinique Victor Hugo, Transformation organisationnelle, Leadership partagé, Conduite du changement, Management stratégique, Territoire de santé, SAS (Service d'Accès aux Soins, Résistance au changement, Pilotage, Performance médico-économique, Ressources Humaines, Qualité des Soins, Ambulatoire.

RÉSUMÉ

En qualité de Coordinatrice Générale des Soins au sein de la Clinique Victor Hugo, j'ai été mandatée par la direction, via ma lettre de mission, pour concevoir et piloter l'ouverture d'un service de Consultations Non Programmées (CNP). C'est dans ce cadre que s'inscrit le présent projet managérial, réalisé dans le cadre du Master Management des Organisations Soignantes de l'UPEC.
La Clinique Victor Hugo est un établissement privé MCO, entièrement ambulatoire depuis 2024, appartenant au Groupe Vivalto Santé et implanté dans le 16e arrondissement de Paris. Son territoire souffre d'un double déséquilibre : la saturation croissante des urgences hospitalières et l'absence d'une offre de soins non programmés adaptée à la population locale. Ce projet répond à une triple convergence : un besoin territorial documenté estimé à 13 500 passages annuels non captés dans un rayon de 3 km, une opportunité immobilière concrète avec les locaux du Check-up Center du 6 rue du Dôme partiellement sous-utilisés, et une ambition stratégique portée par la direction, validée en COPIL dès février 2026.
Intégré au Service d'Accès aux Soins (SAS) francilien et conventionné avec la CPTS du 16e, le service CNP s'appuie sur le plateau technique de la clinique bloc opératoire, imagerie, SOS Mains, cardiologie pour proposer une prise en charge hybride, à mi-chemin entre la médecine de ville et l'hôpital. Il vise une montée en charge progressive de 10 à 50 patients par jour sur 18 mois, structurée autour de circuits courts et longs, d'un triage infirmier selon l'échelle CCMU et d'un interfaçage numérique entre Mediboard et Doctolib.

Sur le plan managérial, l'introduction d'un flux non programmé représente une transformation culturelle profonde pour un établissement ancré dans la logique du programmé. Les résistances identitaires, professionnelles et organisationnelles sont analysées à travers trois cadres théoriques : le leadership partagé (Luc, 2010 ; Kotter, 1996), la conduite du changement (Lewin, Autissier, Kübler-Ross) et le management stratégique (Mintzberg), qui valorise l'agilité face à l'incertitude du flux.

Sur le plan économique, le modèle bailleur-prestataire retenu permet à la clinique de percevoir un loyer, de refacturer le personnel mis à disposition et de capter un effet de levier estimé entre 280 000 et 300 000 € sur son plateau technique, pour un résultat net de plus de 190 500 € en régime de croisière, sans porter le risque médico-économique de l'activité.

Co-responsable de ce projet, je pilote cette transformation en vue d'une ouverture prévue en juillet 2026. Au-delà de sa dimension technique et économique, ce projet confirme que toute transformation organisationnelle en santé n'aboutit durablement que si le manager place l'humain au cœur de sa démarche en donnant du sens, en mobilisant les compétences et en construisant une légitimité collective.