



---

**Filière Directeur d'hôpital**  
Promotion : **Albert Camus - 2018/2019**  
Date du Jury : **octobre 2019**

---

**Simplification du parcours  
administratif du patient :  
De la philosophie managériale à  
l'espace**

**Exemple d'une gestion de projet au sein du  
Centre hospitalier de Saint-Brieuc**

---

**Maëlle Jary**



---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Tout d'abord, je tiens à remercier mon maître de stage, M. Yannick Heulot, Directeur des ressources humaines du Centre hospitalier de Saint-Brieuc pour son suivi attentif et tout à la fois distancié, sa grande disponibilité et ses conseils bienveillants, plus particulièrement dans la gestion du projet de simplification du parcours administratif du patient. Je te remercie d'avoir partagé avec moi ta grande expérience, tes humeurs facétieuses et ta passion pour l'école de Palo Alto.

Je remercie ensuite vivement Mme Clémence Fourier, Directrice des affaires financières pour l'opportunité de ce projet transversal passionnant. J'ai beaucoup apprécié travailler à tes côtés, nos partages de réflexions méthodologiques ou organisationnelles sur ce projet et parfois même nos doutes ! J'ai la conviction que c'est dans le partage que l'on conçoit les démarches les plus abouties.

Je remercie également l'ensemble des acteurs parties prenantes à ce projet avec qui j'ai pu échanger, réfléchir et co-construire, qu'ils soient représentants des usagers, médecins, cadres, attachés, statisticiens, admissionnistes, secrétaires médicales ... Je salue leur motivation à faire évoluer l'hôpital d'aujourd'hui vers un hôpital plus humain et aussi plus technique permettant de mieux répondre aux besoins des patients. Je les remercie d'avoir vu l'intérêt et de s'être mobilisés pour la simplification du parcours administratif du patient.

Je souhaite enfin remercier l'ensemble de l'équipe de direction qui m'a accueillie chaleureusement dans un contexte pourtant bien difficile. Vous vous êtes toujours montrés partants et disponibles pour répondre à mes questions, il me tarde de vous rejoindre à compter de janvier 2020 !



---

# S o m m a i r e

---

Introduction.....	1
1 Au cœur du projet de simplification du parcours administratif du patient, enseignements de la gestion d'un projet transversal complexe.....	5
1.1 Un management de projet invitant au décloisonnement.....	5
1.2 Méthodes et outils de la conduite de projet complexe.....	9
1.3 <i>In concreto</i> , une démarche projet caractérisée par l'adaptation et la personnalisation dans un calendrier contraint.....	10
1.3.1 Une démarche structurée et élaborée de manière concertée.....	11
1.3.2 Principe de transdisciplinarité des groupes.....	13
1.3.3 Préparation, animation et suivi des réunions.....	15
2 Les différents volets du projet de simplification du parcours administratif du patient	16
2.1 Construction d'un diagnostic partagé précis et pistes d'action en découlant.....	16
2.2 La simplification du parcours administratif du patient pour les différentes directions fonctionnelles.....	25
2.2.1 Au niveau de la Direction des affaires financières et des systèmes d'information : les perspectives d'amélioration ouvertes par le programme SIMPHONIE.....	25
2.2.2 Du point de vue des ressources humaines : un enjeu de GPMC, de formation et de dépassement des résistances au changement.....	34
2.2.3 Sous l'angle de la qualité avec l'intégration de la notion d'expérience patient.....	43
2.2.4 Dans le champ de la direction des travaux : l'architecture reflet des organisations.....	46
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	53
Liste des annexes.....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

ACE : Actes et consultations externes  
ACS : Aide à la complémentaire santé  
AFRT : Admission-facturation-recouvrement-trésorerie  
ALD : Affection longue durée  
AMA : Assistant médico-administratif  
AMC : Assurance maladie complémentaire  
AMO : Assurance maladie obligatoire  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux  
ARS : Agence régionale de santé  
CDRi : Consultation des droits intégrée  
CHSB : Centre hospitalier de Saint-Brieuc  
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaires  
COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers  
COFIL : Comité de pilotage  
DAF : Direction des affaires financières  
DGFIP : Direction générale des finances publiques  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DIM : Département de l'information médicale  
DRH : Direction des ressources humaines  
DSI : Direction des systèmes d'information  
GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences  
GT : Groupe de travail  
NBI : Nouvelle bonification indiciaire  
PFE : Pôle femme-enfant  
QVT : Qualité de vie au travail  
ROC : Remboursement des organismes complémentaires  
T2A : Tarification à l'activité  
SAF : Service admission-facturation  
SSR : Soins de suite et réadaptation





*« Le bon sens est la chose du monde la mieux partagée [...] ainsi que la diversité de nos opinions ne vient pas de ce que les uns sont plus raisonnables que les autres, mais seulement de ce que nous conduisons nos pensées par diverses voies, et ne considérons pas les mêmes choses »*

*René Descartes, Discours de la méthode (1637)*

## **Introduction**

Le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, établissement support du groupement hospitalier de territoire d'Armor<sup>1</sup>, est, par sa capacité (1228 lits et places répartis sur 2 sites principaux<sup>2</sup>), son activité et son plateau technique le troisième établissement public de santé breton, après les Centres Hospitaliers Universitaires de Rennes et Brest. Il assume les fonctions d'hôpital de proximité pour une population d'environ 170 000 habitants (Saint-Brieuc et les communes limitrophes) et d'hôpital de référence. A ce titre, il dispense des soins spécialisés pour l'ensemble du territoire de santé (Chirurgie Infantile, Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal, Maternité de niveau III, Néonatalogie et Réa-néonatale, Réanimation polyvalente, Chirurgie Vasculaire et Thoracique, Médecine Nucléaire, Hémodialyse, ...).

Des évènements ont marqué ces dernières années :

- l'ouverture du Pavillon de la Femme et de l'Enfant (PFE) en 1995 comprenant les services y afférent ainsi que les urgences pédiatriques ;
- la mise en service du bâtiment abritant les urgences, le SAMU et l'hémodialyse (1999) ;
- la rénovation sur la dernière décennie de l'ensemble des résidences et bâtiments du Centre gériatrique des Capucins se prolongeant aujourd'hui par la construction d'une nouvelle résidence « Les nouveaux embruns » tournée vers l'accueil des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées<sup>3</sup> ;
- l'année 2019 est marquée par le lancement de la construction et réhabilitation d'un bâtiment de 11 000 m<sup>2</sup> dédiés à l'ambulatorio<sup>4</sup>, la rénovation des étages et du bloc opératoire avec l'ouverture d'une 13<sup>ème</sup> salle mobilisant des équipements de dernière génération et ouvrant la voie à des organisations nouvelles et rationalisées.

---

<sup>1</sup> Le groupement hospitalier de territoire d'Armor regroupe les Centres hospitaliers de Guingamp, Lannion-Trestel avec lequel le Centre hospitalier est en direction commune, Paimpol, Tréguier et Penthièvre et du Poudouvre.

<sup>2</sup> Annexe 1 : Répartition des activités au sein du site principal du CHSB.

<sup>3</sup> Projet faisant l'objet d'un COPERMO investissement à hauteur de 15 millions d'euros.

<sup>4</sup> Projet faisant l'objet d'un COPERMO investissement de plus de 30 millions d'euros.

Le livret d'accueil du personnel du Centre hospitalier de Saint-Brieuc s'ouvre par ces mots « *Vous rejoignez des équipes dynamiques réunissant une grande diversité de métiers. Au sein de ces équipes, chacun dans son rôle contribue à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et des résidents* ».

Cette phrase fait écho à l'intérêt de la mission principale qui m'a été confiée lors de ce stage long, le pilotage du projet transversal de simplification du parcours administratif du patient conduit en prenant en compte la diversité des métiers et en mobilisant le dynamisme de chacun en vue de l'amélioration de l'accueil des patients.

Son objectif est de déboucher sur l'identification et la mise en œuvre de pistes d'actions concrètes et pérennes pour l'amélioration du parcours administratif des patients.

Quand est évoqué le parcours administratif du patient, ce qu'il faut avoir en tête c'est l'ensemble des formalités administratives qu'il remplit aux fins de sa prise en charge et les différents interlocuteurs qu'il rencontre.

Synthétiquement, ces étapes peuvent être schématisées de la sorte :



Et dès lors qu'est abordée la notion de simplification du parcours administratif du patient, il faut avoir à l'esprit l'ensemble des réorganisations qui vont permettre de simplifier pour le patient ces interfaces administratives :

- la mise en place d'un accueil unique ;
- la montée en charge des démarches d'admission en ligne ;
- l'intégration au sein des hôpitaux de nouvelles technologies telles que les bornes d'accueil, d'admission et de paiement ;
- la création de documents – notamment les convocations - et d'espaces facilitant l'orientation – notamment la signalétique - du patient.

Il faut aussi prendre en compte les évolutions qui ne seront pas visibles pour l'utilisateur mais qui vont permettre d'améliorer son parcours et le traitement de ses données afin d'accélérer les informations à lui transmettre. On pense là à l'information sur le reste à charge et à la facturation. C'est ici que se fait jour tout l'enjeu et l'intérêt du programme ministériel SIMPHONIE.

Et dans la mesure où il est question de parcours, il convient aussi de prendre en compte dans sa simplification, une vision dynamique et physique avec le concept de marche en

avant et donc une traduction architecturale qui est loin d'être sans lien avec l'évolution des prises en charge en ambulatoire.

Au Centre hospitalier de Saint-Brieuc, ce projet de simplification s'inscrit, à court terme, dans le cadre de l'architecture actuelle et du programme SIMPHONIE et à moyen terme, dans le cadre de l'ouverture du bâtiment dédié à l'ambulatoire prévu en 2021-2022.

D'une part, dans un contexte financier contraint avec la majorité des établissements de santé en situation déficitaire<sup>5</sup>, le programme SIMPHONIE est conçu dans un double objectif : sécuriser les recettes des établissements de santé et diminuer la charge administrative des professionnels et des patients. En effet, les pertes de recettes hospitalières pour créances patient non recouvrées s'élèvent à plus de 550 millions d'euros par an pour les seuls établissements publics avec un coût de gestion démesuré par rapport au montant des créances. Plus de 80% des créances sont inférieures à 80 euros. Et la complexité administrative pour le patient est réelle entre lieu de l'admission - dès lors que plusieurs lieux coexistent au sein d'un établissement de santé -, anticipation des temps d'admission, attente aux caisses et paiement des factures - même si le paiement en ligne est possible depuis 2010 grâce à TiPI<sup>6</sup> -.

Le programme SIMPHONIE a donc été créé pour accompagner les établissements de santé dans leurs démarches de transformation et de simplification des parcours patients. Elle se traduit par un double-enjeu :

- La simplification et la digitalisation du parcours hospitalier pour répondre aux besoins des patients et de leurs accompagnants, et des professionnels de santé ;
- Le pilotage de la facturation, la sécurisation des recettes et de leur recouvrement.

Ce programme se compose de trois outils en cours de développement :

- CDRi qui est la consultation des droits d'AMO informatisée, intégrée directement aux logiciels de gestion administrative du patient (GAP) ;
- ROC (remboursement des organismes complémentaires) ;
- DIAPASON (paiement par carte bancaire à l'hôpital ou Débit Intervenant Après le Parcours de Soins).

D'autre part, le développement de l'ambulatoire, avec un objectif affiché pour 2022 de 70% pour la chirurgie ambulatoire et 55% de médecine ambulatoire par Agnès Buzyn, ministre

---

<sup>5</sup> Avec un déficit cumulé en 2017 de près d'un milliard relevé par la FHF [https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/06/19/le-deficit-des-hopitaux-publics-a-double-en-2017-malgre-les-efforts-de-gestion\\_5317588\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/06/19/le-deficit-des-hopitaux-publics-a-double-en-2017-malgre-les-efforts-de-gestion_5317588_1651302.html)

<sup>6</sup> Titre payable par internet, service Payfip mis en place par la DGFIP, obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019 pour les EPS lorsque le montant des recettes annuelles dépasse 6 millions d'euros.

des Solidarités et de la Santé, transforme les rythmes et les modes de prise en charge hospitaliers.

Dans ce cadre, le projet ambulatoire du Centre hospitalier de Saint-Brieuc est une opportunité pour repenser les organisations non plus en silos mais de façon décloisonnée en construisant autour du patient les organisations les plus adaptées mais également les plus performantes pour les professionnels. Au soutien de ces évolutions, des méthodes managériales nouvelles, holistiques et transversales telles que le management collaboratif avec l'intelligence collective, le management agile avec la méthode SCRUM ou encore le management humaniste entre *lean management*<sup>7</sup> et QVT<sup>8</sup> ont toute leur place à trouver pour relever les nouveaux défis qui se présentent aux environnements par nature complexes que sont les hôpitaux.

Aussi, nous porterons notre attention sur la démarche projet conduite pour la simplification du parcours administratif du patient tant elle est centrale dans l'élaboration de décisions pertinentes et concertées pour un projet aussi vaste (1) puis nous identifierons les réflexions concrètes qui s'imposent aux directions fonctionnelles les plus concernées par ce projet (2).

\*

*Quelques mots sur le titre du mémoire :*

On doit bien avouer que d'un tel titre, on attend beaucoup. Pourtant il s'agit avant tout d'inviter le lecteur avec le sourire vers ce sujet pratique et néanmoins passionnant qu'est ce projet de simplification du parcours administratif du patient. Il sera certes question de philosophie mais plus sous l'angle de la philosophie managériale que celle des Anciens et moins d'espace au sens du cosmos que d'architecture hospitalière. Ces architectures hospitalières doivent aujourd'hui impérativement servir des organisations répondant avant tout aux besoins des patients tout en ayant à cœur d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels et très probablement la performance des établissements de santé.

Aussi l'invite étant explicite et humble, penchons-nous sans plus attendre sur le projet de simplification du parcours administratif du patient mené de janvier à août 2019 au sein du Centre hospitalier de Saint-Brieuc.

\*\*\*

---

<sup>7</sup> Le *lean management* est un système d'organisation du travail qui vise à éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une structure.

<sup>8</sup> Qualité de vie au travail

# **1 Au cœur du projet de simplification du parcours administratif du patient, enseignements de la gestion d'un projet transversal complexe**

A titre préliminaire, je voudrais préciser que s'il m'est apparu intéressant de détailler la méthode suivie quand bien même cela pourrait apparaître à certains, secondaire car courante, c'est pour deux raisons fondamentales. D'une part, le contexte de l'établissement en médiation depuis deux mois nécessitait d'avancer pas à pas et de faire montre plus que jamais de diplomatie, de pédagogie et de souplesse afin de réussir à mobiliser et associer les acteurs dans un contexte de tensions et parfois même de défiance.

D'autre part, la personnalisation de la démarche pour chaque projet nécessite une forte implication et a été source de grands enseignements sur le plan du management opérationnel. Je me suis notamment inspirée de la première édition des rencontres Hospitalents<sup>9</sup> organisées par le ministère de la Santé et l'ANAP afin de favoriser l'émergence d'une culture de partage, de réflexion pluridisciplinaire en vue de la résolution de problèmes dans un secteur que l'on sait encore aujourd'hui cloisonné.

Aussi, si ce projet a de nombreux impacts, son cœur est bien à mon sens et en tant de tel, le management de projet.

Avant d'exposer la méthode de gestion de projet suivie en pratique (1.3), il semble opportun d'identifier les modes managériaux (1.1) et les outils (1.2) qui permettent de conduire un projet transversal complexe tel que la simplification du parcours administratif du patient.

## **1.1 Un management de projet invitant au décloisonnement**

Dans un article intitulé « *Un management humaniste : Dépasser les tensions, améliorer la performance ?* »<sup>10</sup>, Sandra Bertézène, professeure titulaire de la chaire de gestion des services de santé, Directrice de l'équipe pédagogique nationale santé et solidarité Cnam, livre une vision inspirante du management faisant écho aux enjeux et problématiques, tant de fond que de forme, rencontrées dans la gestion du projet de simplification du parcours administratif du patient.

Tout d'abord, elle plébiscite la transversalité car nos organisations hospitalières cloisonnées en services et en directions seraient sources de dysfonctionnements et de

---

<sup>9</sup><https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/hospitalents>

<sup>10</sup> Bertézène S., *Un management humaniste : Dépasser les tensions, améliorer la performance ?* Gestions hospitalières, n°573, Février 2018, pp. 105-109

gaspillages : « *Nous l'avons dit, les organisations sont le plus souvent organisées en silos, selon les principes définis par l'école classique, et plus particulièrement Taylor, Fayol et Weber il y a plus de cent ans. Nous sommes obligés de constater les limites du modèle classique lorsqu'il est mis en œuvre dans un service de santé du XXIème siècle qui recherche la responsabilité individuelle, le décloisonnement, qui a besoin de transversalité, de conjuguer les talents, les qualités, les connaissances, les compétences sans que les niveaux hiérarchiques ou les activités soient des frontières. Les modes compartimentés dans lesquels vivent les médecins, les paramédicaux, les techniciens, les gestionnaires en fonction de leur expertise d'une part, la bureaucratie plus ou moins lourde selon les établissements d'autre part, font oublier le regard sur l'organisation dans son ensemble, et de fait, sur la société. Cette situation nous fait dire, aux côtés d'Edgar Morin, qu'une pensée transdisciplinaire encouragerait une éthique de la compréhension.* »

Ce management dans la transversalité - qu'elle qualifie de management humaniste car « *mettant véritablement les Hommes et leurs connaissances au premier plan* » - n'est pas désintéressé ou s'inscrivant uniquement dans une démarche philosophique éthique. Il répond également à une exigence économique.

Rien que les dysfonctionnements liés à des recrutements non accompagnés en termes de tuilage et de formation, pouvant engendrer manque de communication, baisse de la productivité et *in fine* turn over, auraient pour conséquence un coût visible et caché de l'ordre de 75 à 120 000 euros<sup>11</sup>. Cet exemple illustre les effets délétères du cloisonnement générant à son sens un manque de responsabilité individuelle.

A ses yeux, la solution réside dans le management des connaissances qui consisterait « *à implanter des outils et à développer des pratiques permettant d'identifier, capter, partager, accroître et utiliser à bon escient des connaissances présentes dans l'organisation pour améliorer la performance* »<sup>12</sup>. Elle fait là référence aux connaissances explicites comme les protocoles, les procédures, les savoirs techniques et scientifiques disponibles et aux connaissances tacites qui ne peuvent être codifiées. Leur dénominateur commun est leur mode d'acquisition : elles sont tirées d'expériences, de situations vécues, de formations suivies, d'observations effectuées, de pratiques développées, etc.

A son sens, ensuite, le ferment nécessaire à la mise en place d'un management vertueux car humaniste et transdisciplinaire, encourageant à la responsabilité individuelle et induisant la limitation des gaspillages, repose sur trois conditions :

---

<sup>11</sup> Syntec, « Le coût d'un recrutement : restitution des travaux », communication réalisée par R. M. Ponsot, P. de Mily (sur la base des travaux de recherche produits à l'ISEOR), 2012.

<sup>12</sup> T. H. Davenport, « Saving it's soul : human centered information management », Harvard Business Review, 1994, 72 (2), 119-131.

1/ l'instauration d'un contexte favorable physiquement (un lieu, une temporalité) et psychologiquement (confiance et empathie) au partage des connaissances. Ce lieu est dénommé *Ba* par les japonais « *Le ba est à l'origine de l'enrichissement mutuel grâce à l'écoute réciproque, le respect des différences et des points de vue de chacun. Cette recherche de consensus dans la bienveillance à partir d'opinions différentes, voire divergentes, permet l'émergence de connaissances innovantes [...] permettant la réalisation des objectifs de court, moyen et long termes* » ;

2/ l'importance de l'exploitation, en groupes transdisciplinaires, des connaissances tacites et explicites acquises. L'auteure cite l'expérience « patient », concept lié au *design thinking*<sup>13</sup>, pour illustrer ce processus de transformation des connaissances. En effet, en se concentrant sur les besoins, les attentes, le ressenti d'un patient lors de son hospitalisation, les participants du groupe partagent de manière informelle leurs connaissances tacites entre patients et professionnels (*socialization*) qui se transforment donc en connaissances explicites (*externalization*) par le biais de la modélisation, de la systématisation ou de la transcription. Les connaissances explicites des patients et professionnels peuvent également se combiner pour donner naissance à d'autres connaissances tacites, ce procédé se rapproche alors du travail d'apprentissage dit « *learning by doing* »<sup>14</sup>.

3/ la mise à disposition d'outils de création, de partage et de capitalisation, de diffusion des connaissances tels que des plans de formations, des communautés de pratiques, les réseaux sociaux, un espace numérique consacré aux retours d'expériences, etc. Encore une fois, ce processus ne peut s'enclencher sans la ressource intangible qu'est la confiance.

Enfin, Sandra Bertézène relève « *qu'un phronesis<sup>15</sup> leadership constitue aussi une ressource intangible essentielle au développement de la confiance. Le phronetic leader (quel que soit le niveau hiérarchique, le métier, l'activité : dirigeant, gestionnaire, médecin ou cadre de santé, etc.) incarne et transmet le « savoir pourquoi » dans un environnement propice à la création de connaissances. Il adopte une pensée systémique pour appréhender les phénomènes dans toute leur complexité, il crée un contexte favorable au partage et à*

---

<sup>13</sup> Le design thinking est une méthode ou un processus de conception globale, centré sur l'utilisateur (ou l'humain), en vue de réaliser des services ou produits innovants. Le Design Thinking a été traduit en français par « esprit design » ou « pensée design ». Il s'agit à la fois d'une méthode, d'un processus d'innovation et d'une vision spécifique du travail. En fait, cette démarche s'inspire de la pensée et de la boîte à outils des designers pour permettre à chacun d'être créatif et de participer à l'innovation. Il permet de résoudre toutes sortes de problèmes grâce à l'intelligence collective, y compris dans des domaines traditionnellement éloignés du design.

<sup>14</sup> En français, apprendre en faisant.

<sup>15</sup> Note de bas de page de l'article : « *The concept of the practical wisdom came from the idea of "Phronesis", one of the three forms of knowledge identified by Aristotle. Theoretically, practical wisdom is experiential knowledge that facilitates individuals to make ethically sound decisions. There is a similar term in Japanese parlance called "Toku" which means the virtue that helps a person to take up common good and moral excellence as a way of life.* »

*la bienveillance, il exerce un pouvoir et en assume les responsabilités, il favorise l'apprentissage par l'action, il adopte des valeurs claires, les partage et les met en œuvre de manière que le discours soit cohérent avec les actes. Le rôle de leader prend ici tout son sens. Il s'agit d'un des plus grands défis du management humaniste au sein des services de santé où les personnes tiennent aujourd'hui plus leur pouvoir de leur autorité légale que de l'adoption d'une posture de phronetic leader. »* Cette dernière phrase renvoie bien évidemment aux trois idéaux-type de l'autorité développés par Max Weber dans « *Economie et société* »<sup>16</sup>. Nous voyons bien que dans l'autorité légale-rationnelle, impliquant la soumission aux supérieurs désignés en vertu de la légalité formelle de ses règlements et s'installant avec la bureaucratisation et la rationalisation des relations personnelles dans les sociétés traditionnelles, il n'y a en somme pas d'autre qualité nécessaire que celle d'être désigné alors que le manager doit de plus en plus développer des compétences pour donner du sens et apporter du liant afin de pouvoir susciter l'innovation<sup>17</sup>.

Sa conclusion est la suivante : « *d'une part, le concept d'humanisme permet aux établissements de faire face à un environnement complexe car il revient à placer l'Homme au premier plan de la stratégie tout en favorisant la création et l'entretien de liens entre les Hommes grâce à la connaissance tacite et explicite, indispensable pour s'adapter aux changements d'un monde complexe. D'autre part, la mission d'un établissement de santé [profondément humaniste – prendre soin des personnes de manière équitable – et fondée par différentes formes de solidarité] peut être pleinement accomplie si les femmes et les hommes qui le composent considèrent l'établissement comme un bien commun et développent les pratiques idoines (« faire commun ») reposant sur la responsabilité individuelle des professionnels et le décloisonnement des activités (pour plus de subsidiarité), mais également sur la bienveillance et l'empowerment des patients. »*

Notons que dans son ouvrage « *Nudge*<sup>18</sup> *management* », Eric Singler rejoint l'analyse de ce nécessaire décloisonnement portée par Sandra Bertézène en soulignant que « *La complexité croissante des dernières décennies a conduit à une complexification des organisations avec des multiples départements qui développent chacun leur culture spécifique. Accroître la coopération impose de prendre en compte ce phénomène en cassant les silos. Cela passe par de multiples voies qui partent toutes d'une idée simple :*

---

<sup>16</sup> *Economie et société*, Max Weber, Paris, Plon, 1971, Publication originale, posthume, 1921.

<sup>17</sup> Ding, Choi et Aoyama « *Relational study of wise (phronetic) leadership, knowledge management capability, and innovation performance* », 2018  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1029313217304918>

<sup>18</sup> Les nudges sont des techniques d'incitation au changement des comportements qui préservent la liberté et améliorent l'information.



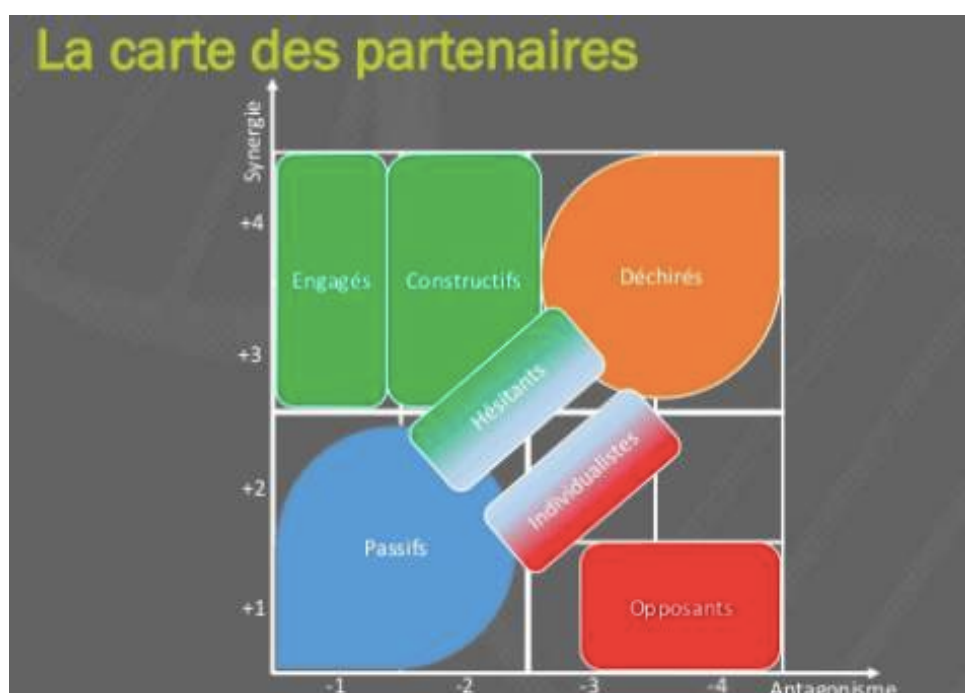
*créer de la diversité et de la transversalité pour en finir avec l'aversion au risque, la peur de l'autre ou l'incompréhension ».*

## 1.2 Méthodes et outils de la conduite de projet complexe

Un projet se définit comme une réponse au besoin d'un ou plusieurs utilisateurs pouvant évoluer et impliquant des objectifs et des actions à entreprendre avec des ressources précises selon une méthode et un calendrier spécifique comportant un début et une fin.

Dans la méthode de la conduite de projet, il semble important de souligner des points simples mais cruciaux présentés lors d'un enseignement de management opérationnel à l'EHESP le 26 novembre 2018 :

- Pour la conduite de réunion, l'intervenant soulignait l'importance de respecter le processus annoncé, d'être positif, de reformuler pour comprendre, de se focaliser sur le sujet, de considérer toutes les idées bonnes a priori, de construire sur les idées des autres, d'utiliser des tournures orientées vers l'action.
- L'importance de comptes rendus synthétiques mais retraçant bien les échanges (faits marquants, difficultés rencontrées, décisions prises, prochaines étapes) et devant être diffusés aux participants et utilisés lors de la réunion suivante pour faire le point sur l'avancement des prochaines étapes.
- La capacité à avoir une bonne lecture du positionnement potentiel (dans la perspective d'une constitution de groupe de travail) ou réel (dans le cadre d'une réunion en cours ou dont les membres sont pré-établis ou imposés comme les instances par exemple) des acteurs suivant le schéma suivant :



Retenons également les outils de l'intelligence collective<sup>19</sup> :

- La construction d'une vision partagée sur la base d'un diagnostic partagé tendant vers une aspiration collective ;
- Le *feedback* ou retour d'information pour la connaissance de la perception des autres, l'amélioration, la motivation et la régulation des actions ;
- La résolution créative de problèmes prônant la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes pour réaliser un diagnostic partagé et identifier les axes d'amélioration et générer des solutions nouvelles ;
- Le *brainstorming* ou recueil de toutes les idées sans censure, sans jugement afin de doper la créativité et le partage d'informations s'achevant par une étape de reformulation et de hiérarchisation ;
- Le *design thinking* : un processus en 5 étapes basé sur l'immersion dans les besoins, le cadrage, la réflexion en équipe pluridisciplinaire, le prototypage pour concrétiser et le test pour améliorer puis déployer.

### **1.3 *In concreto*, une démarche projet caractérisée par l'adaptation et la personnalisation dans un calendrier contraint**

En pratique, la simplification sous toutes ses formes du parcours administratif du patient a fait l'objet d'un passage en mode projet au vu de sa transversalité et de la diversité des acteurs à impliquer.

Ce projet est particulièrement complexe car il couvre la totalité du parcours patient, de son entrée à sa sortie, dans l'ensemble des pôles et services de l'établissement ainsi que pour toutes les modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation de jour, consultations externes, urgences) qui engendrent des organisations quasi systématiquement différentes. Il touche à la prise de rendez-vous, l'accueil, la facturation, les systèmes d'informations, etc. Il nécessite donc une appréhension fine des règles et particularités liées aux activités et aux professionnels.

En outre, le projet s'inscrit dans un environnement connu, le cadre architectural actuel mais également dans un environnement futur, celui du bâtiment dédié à l'ambulatoire, ce qui nécessite de se projeter dans des organisations qui n'existent pas encore. La bonne compréhension du projet ambulatoire et sa transcription architecturale est donc un préalable absolument nécessaire. Un autre projet, qui verra le jour d'ici fin 2021, vient impacter le projet de simplification, c'est la construction d'un système d'information patient communautaire<sup>20</sup> rénovant les briques du système d'information hospitalier du CHSB

---

<sup>19</sup> Arnaud B., Caruso Cahn S., *La boîte à outils de l'intelligence collective*, éd. Dunod

<sup>20</sup> Annexe n°2 : Périmètre du nouveau système d'information patient communautaire dit e-roz

notamment la facturation, les convocations adressées aux patients. Les évolutions sont également à intégrer dans la réflexion.

Enfin, les champs de l'ensemble des directions fonctionnelles de l'établissement sont concernés ce qui m'a amené à intégrer les projets et particularités de chacune sachant qu'elles entrent de plus en plus dans des logiques de coopération et d'harmonisation au niveau du territoire.

Dans cette partie, il est proposé de suivre la construction de la démarche employée pour cerner le sujet et conduire le projet (1.3.1), de présenter le parti pris de transdisciplinarité dans la conception des groupes de travail (1.3.2) et d'aborder la préparation, l'animation et le suivi des réunions (1.3.3).

A noter que l'état des lieux concret qui résulte des travaux menés sera développé dans la seconde partie du mémoire afin de mieux mettre en évidence les impacts par directions fonctionnelles.

### **1.3.1 Une démarche structurée et élaborée de manière concertée**

Les étapes de la démarche menée sont les suivantes<sup>21</sup> :

1/ Appropriation du contexte (projets de bâtiment ambulatoire et de système d'information patient communautaire) et de la genèse du projet (motifs internes à l'établissement et externes expliquant la création du projet).

2/ Prise de connaissance avec les acteurs par contacts téléphoniques, entretiens ou réunions afin d'apporter un éclairage sur leur rôle et leur vision du projet.

2bis / De manière concomitante, lecture des travaux précédemment réalisés (un premier d'état des lieux partiel ayant été présenté à la fin de l'année 2018).

3/ Recherches afin d'apporter un éclairage théorique : organisation de la chaîne et règles de facturation notamment.

4/ Identification des organisations et lieux d'accueil : déplacement sur site, identification sur plans et demande des plannings.

5/ Construction d'un diagnostic dynamique basé sur les flux patient en vue de la réunion du comité de pilotage dédié à la simplification du parcours administratif du patient (COPIL SPAP) : identification des étapes du processus d'accueil du patient par parcours<sup>22</sup>, modélisation des données chiffrées de l'admission<sup>23</sup> et une modélisation des parcours sur plan<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> NB : Cette démarche a été reproduite à partir de l'étape 10 pour chaque groupe de travail.

<sup>22</sup> Annexe 3 : Identification des processus d'accueil du patient par parcours

<sup>23</sup> Annexe 4 : Modélisation chiffrée des parcours par lieu d'admission

<sup>24</sup> Annexe 5 : Modélisation des parcours patient sur plan (exemple des parcours se croisant au sein du RDC du PFE)

Il m'est apparu d'emblée important de réaliser un diagnostic dynamique tourné vers le parcours des patients et la gestion des flux afin de mobiliser les acteurs du SAF et des secrétariats médicaux afin de décloisonner les regards.

Cette démarche en processus est d'ailleurs conseillée par Olivier Wéry dans son article « *La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisée* »<sup>25</sup> qui souligne qu'il est nécessaire non pas « *d'appréhender les démarches conduites dans le cadre d'un service* » mais dans un processus, « *Le processus de facturation [étant] par essence transversal. En conséquence, la gestion des compétences ne devrait pas strictement se limiter au seul service des admissions facturation, ce qui pourtant est généralement le cas. Une approche par processus permettrait d'englober l'ensemble des acteurs de la chaîne facturation parmi lesquels les secrétaires médicales, et l'ensemble des professionnels de santé reconvertis.* »

Dans un premier temps, nous avons travaillé avec la méthode des post-it<sup>26</sup> qui a permis à chacun de mieux s'approprier la démarche et d'être acteur de la description des parcours. Une des cadres avec lesquelles nous avons travaillé à l'identification des parcours selon la méthode des post-it m'a notamment fait le retour que la démarche était pour elle tout à fait nouvelle et intéressante car elle n'avait jamais réfléchi et modélisé le processus d'accueil sous cette forme. La vision lui semblait ainsi plus globale et décloisonnante.

Pour la construction de ce diagnostic, un rétroplanning<sup>27</sup> a été élaboré avec une cadre de la Direction des soins, co-pilote du projet. En charge habituellement de la réorganisation des secrétariats médicaux et connaissant bien les parcours, son appui a été déterminant tout au long du projet.

6/ Benchmark d'autres organisations hospitalières en matière d'accueil et d'admission afin de cerner les difficultés rencontrées par d'autres établissements de taille similaire et les projets en cours.

7/ Présentation de l'état des lieux au DRH et à la DAF puis partage en comité de direction.

8/ Partage de l'état des lieux en COPIL

9/ Co-élaboration de pistes d'action.

10/ Création de groupes de travail thématiques afin d'explorer ces pistes d'action.

11/ Démarche d'information menée auprès des professionnels des services concernés par les pistes d'action en s'appuyant sur les cadres selon l'ordre suivant adapté aux professionnels et enjeux de chaque service : rencontre des cadres puis des professionnels des services par métier.

---

<sup>25</sup> « *La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisée* », Claudie Fardo, Olivier Wéry, Vincent Gervaise, et al. Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2016, n° 88, pp.12-16

<sup>26</sup> Annexe 6 : Modélisation des parcours par la méthode des post-it

<sup>27</sup> Annexe 7 : Rétroplanning en vue de l'élaboration du diagnostic partagé

A titre d'exemple, pour le groupe de travail imagerie, quatre réunions ont eu lieu (cadre coordinatrice de pôle, cadres du secteur, radiologues, AMA).

L'objectif des rencontres avec les acteurs par métier était d'informer, de connaître les acteurs et de susciter l'envie de participer au groupe de travail.

12/ Désignation d'un référent du groupe de travail.

Pour le groupe de travail imagerie, une des cadres du service, s'étant montrée intéressée par le projet, a été nommée responsable du projet.

13/ Lancement des travaux préparatoires et préparation du support de réunion : travaux assurés conjointement par les deux pilotes du COPIL SPAP (la cadre de la Direction des soins et l'élève directrice d'hôpital) et le référent du groupe de travail.

14/ Réunion du groupe de travail : animation des réunions, réalisation des comptes-rendus mentionnant les travaux intermédiaires à mener, assortis d'un délai et attribués à un acteur dûment identifié.

15/ Présentation en COPIL des solutions identifiées par le groupe de travail, validation des axes et définition des indicateurs de suivi des impacts du projet pertinents. Réajustement le cas échéant des autres pistes d'action à conduire.

16/ Présentation en comité de direction pour validation des axes.

17/ Retour des axes validés au groupe de travail.

18/ Lancement de la mise en œuvre du projet.

### **1.3.2 Principe de transdisciplinarité des groupes**

Que ce soit le comité de pilotage ou les groupes de travail, l'idée a été de rechercher une transdisciplinarité permettant de favoriser la diversité des points de vue et de s'assurer de réunir les acteurs clés du processus et impactés par le projet. Les acteurs du projet sont en effet des relais pour les communautés professionnelles respectives. La composition des groupes doit donc faire l'objet d'une attention particulière.

Le Comité de pilotage (COPIL SPAP) a été installé avant mon arrivée. De fait une première réunion du COPIL a eu lieu dans le courant du dernier trimestre de l'année 2018.

Il a été décidé qu'il serait composé de cadres des services admission-facturation, de l'encadrement des AMA, du médecin DIM, de cadres paramédicaux de pôle, d'un représentant des usagers, de l'ergonome de l'établissement, du DRH, de la DAF, d'une chargée de mission en organisation soit au total 15 personnes.

Malgré sa taille un peu supérieure à ce qui est généralement conseillé (pas plus de 10 personnes), le travail en COPIL s'est déroulé sans difficulté majeure. Néanmoins, les acteurs n'ont pas toujours participé de manière active. Il fallait en effet casser la barrière entre certains acteurs. J'en ai tiré un enseignement pour la constitution des groupes de travail en accentuant la phase de communication auprès du service. Bien informer sur les

enjeux du projet, être tout à fait clair sur les impacts (les améliorations concrètes attendues avec des illustrations pour le patient et les professionnels, le cas échéant, rassurer sur l'absence de suppression de poste...) et apporter un peu de naturel dans l'expression peut permettre de dépasser les inquiétudes initiales et les postures de principe.

La mission du COPIL est d'élaborer et/ou de valider des pistes de réflexion intéressantes visant à simplifier et assurer une cohérence globale du parcours administratif du patient au sein des trois bâtiments du site principal, objectiver les difficultés et superviser les travaux des groupes de travail créés afin de mener à bien les pistes de réflexion dégagées.

Chaque groupe de travail correspond dans les faits à une piste de réflexion identifiée par le COPIL.

Plus encore pour le COPIL, une bonne composition des groupes de travail était nécessaire afin de bien cerner l'ensemble des problématiques et des impacts de la modification de l'accueil des patients et d'aboutir à une organisation issue de la concertation et du consensus qui responsabiliserait chaque acteur.

- Le groupe de travail « GT imagerie » est composé des deux cadres, de la cadre de pôle, la coordonnatrice des AMA, d'une AMA d'imagerie, d'un représentant de la DSI, d'une ergonome, de la cadre du SAF, d'un agent d'accueil, d'une cadre de la direction des soins, d'un représentant des usagers, de moi-même.
- Le groupe de travail « signalétique » est composé de plusieurs représentants de la Direction des plans et des travaux (directeur, ingénieur travaux, peintre), de l'ergonome de l'établissement et d'un stagiaire en ergonomie chargé de réaliser une étude sur la signalétique, d'une représentante de la direction de la communication et de moi-même.
- Le groupe de travail « GT PFE » est composé d'un représentant des usagers, d'un membre d'une association familière du parcours des patients au PFE (association des bébés nés en avance), des deux cadres du PFE et des cadres des différents services notamment la cadre sage-femme, de la cadre encadrant les AMA, de plusieurs AMA, d'une admissionniste, d'une infirmière des consultations externes, de l'ergonome, du stagiaire ergonome, d'un représentant de la Direction des plans et travaux en charge de plan de sécurisation des établissements de santé, de plusieurs médecins. Il a été convenu que la DSI serait associée lorsque les besoins en la matière seraient identifiés.

- Le groupe de travail « Organisation ambulatoire » est composé d'un cadre de chirurgie ambulatoire, d'un praticien hospitalier tous deux précédemment associés aux réflexions du bâtiment ambulatoire, de la cadre de la Direction des soins et de moi-même. Une constitution resserrée a été retenue afin de favoriser la rapidité de travail. A donc été favorisé le lien ponctuel avec d'autres professionnels en charge de projets connexes. Par exemple, l'ex vice-présidente de la commission médicale d'établissement en charge du COPIL pertinence des soins a été consultée afin de connaître l'évolution du projet de création d'une cellule d'ordonnancement.
- Le groupe de travail « déconcentration hémato/pneumo/cardio/gastro » n'a pas été installé car la situation des secrétariats s'est révélée trop tendue (retard dans la frappe des comptes-rendus, réorganisations récentes).

Pour chaque groupe de travail, un responsable opérationnel a été identifié. La volonté était d'impliquer les cadres dans la démarche. Le responsable opérationnel a néanmoins été accompagné par la cadre de la Direction des soins et moi-même afin de recueillir l'ensemble des éléments permettant la préparation de la réunion et lors de l'animation des réunions. A titre d'exemple, des études telles que la description et la revue d'activité des personnes en charge de l'accueil et de l'admission<sup>28</sup> (SAF+ secrétaires médicales) ont été menées permettant d'élaborer un diagnostic partagé en réunion et ouvrant le dialogue sur des dysfonctionnements étayés de données chiffrées.

Seule exception liée à la diversité des activités présentes au sein du PFE, j'ai animé aux côtés de la cadre de la Direction des soins les réunions après avoir préparé le diagnostic.

### **1.3.3 Préparation, animation et suivi des réunions**

Au sein de chaque groupe de travail, un diagnostic adapté a été présenté en réunion. L'objectif était de partir d'un constat partagé et de l'enrichir le cas échéant et de co-construire les actions avec les acteurs concernés<sup>29</sup>. A titre d'illustration, le support de présentation du groupe de travail PFE est joint en annexe<sup>30</sup>.

Il a été annoncé à chaque début de réunion que les actions dégagées devraient être priorisées en fonction des impacts et des ressources à mobiliser sur la base d'une analyse avantages/inconvénients. La réflexion se devait d'être ouverte mais il était important de ne

---

<sup>28</sup> Annexe 8 : Chronique d'activité des services d'accueil et admission du PFE et cf. annexe 10 : Support de présentation du groupe de travail PFE, p. XII

<sup>29</sup> Annexe 9 : Exemple du travail de brainstorming mené en groupe de travail PFE

<sup>30</sup> Annexe 10 : Support de présentation du groupe de travail PFE

pas créer d'attentes excessives en précisant qu'avec un environnement financier contraint, les solutions devaient s'inscrire dans un principe de réalité.

Rapidement après chaque réunion, un compte-rendu a été diffusé à l'ensemble des participants indiquant le cas échéant les travaux et recherches complémentaires à mener, les échéances et les personnes en charge.

Enfin, chaque responsable opérationnel a présenté les travaux et l'organisation-cible proposée en COPIL. Dans le cadre de la discussion en COPIL, des indicateurs permettant l'évaluation des dispositifs ont été arrêtés.

A ce stade, seul le groupe de travail imagerie a présenté une organisation cible au COPIL. Les travaux sont encore en cours dans les autres groupes.

\*\*\*

A l'issue de cette mission, je retiens l'importance de fixer une méthode, de l'annoncer et de la suivre ainsi que l'importance d'afficher des objectifs réalistes dans un cadre de transparence et de partage d'information. Ce sont autant de gages de crédibilité de la démarche.

La méthode de la conduite de projet apparaît ainsi venir efficacement au soutien du propos pour transmettre correctement les enjeux et un dynamisme. Elle est de nature à rassurer les acteurs quant à l'aboutissement du projet et permet de déployer sereinement les différents volets du projet.

## **2 Les différents volets du projet de simplification du parcours administratif du patient**

Nous nous arrêterons ici tout d'abord sur la construction d'un diagnostic partagé précis et les pistes d'action en découlant (2.1) avant d'aborder la signification de la simplification du parcours administratif du patient pour les différentes directions fonctionnelles (2.2).

### **2.1 Construction d'un diagnostic partagé précis et pistes d'action en découlant**

Le COPIL SPAP ayant été installé avant mon arrivée, un premier diagnostic avait déjà mis en exergue :

- des problématiques de saturation des guichets du service d'accueil et de facturation du plateau central des consultations externes (SAF-CS). Malgré la mise en place d'un quatrième guichet et un logiciel de gestion des files d'attente au niveau des



consultations externes, les problématiques de saturation n'ont pas diminué comme en témoignent les quelques fiches de déclaration d'évènement indésirable<sup>31</sup> ;

- un multi-accueil au pôle femme-enfant sans exhaustivité des données recueillies ;
- plusieurs modalités d'accueil administratif dans l'établissement selon le secteur d'activité avec un manque de visibilité pour les usagers ;
- une collecte des informations administratives (rendez-vous patient, identité des patients et droits) perfectible pour une gestion des données d'activité, de facturation et de recouvrement de qualité.

Il a été opportun d'affiner ce premier état des lieux par une analyse détaillée des organisations et des processus.

Tout d'abord, il ressort de l'observation terrain, du recueil des données auprès des cadres et de l'analyse des fiches d'évènements indésirables que si l'engorgement au niveau du SAF-CS est réel, les retards de patients en consultation sont exceptionnels.

En termes d'organisation des équipes, les agents en charge de l'accueil et de l'admission sont soit les admissionnistes appartenant au SAF et relevant de la DAF<sup>32</sup> soit les AMA relevant d'une double gouvernance. La gestion de proximité est réalisée par les cadres des services dans lesquels elles travaillent et l'encadrement de l'ensemble des AMA (missions, objectifs, gestion de l'absentéisme, ...) est réalisé par une coordinatrice rattachée au département de l'information médicale.

Les effectifs AMA représentent 161,13 ETP sur l'établissement. Le service admission-facturation<sup>33</sup> est composé de 15,6 ETP. Les effectifs se répartissent de la façon suivante en fonction des points d'admission<sup>34</sup> :

- SAF-urgences : 3,8 ETP, de 6h45 à 22h45 du lundi au dimanche ;
- SAF-H : 3,6 ETP, de 8h à 17h du lundi au samedi ;
- SAF-CS : 7,8 ETP de 7h45 à 17h du lundi au vendredi et jusqu'à 17h30 le jeudi ;
- SAF-PFE : 6,4 ETP de 8h à 19h du lundi au samedi, 8h30 à 19h le samedi et 11h à 19h le dimanche.

Les amplitudes horaires du SAF permettent de couvrir les besoins d'accueil des patients excepté pour les patients se présentant avant 7h45 au plateau des consultations externes.

---

<sup>31</sup> Annexe n°11 : Déclaration d'évènement indésirable : retard d'un patient en raison d'un engorgement des services d'admission

<sup>32</sup> Annexe 12 : Organigramme SAF

<sup>34</sup> Annexe 13 : Organisation et effectif global du service d'admission

Les patients concernés sont uniquement des patients se rendant en imagerie. Le flux correspond à une dizaine de passages maximum par jour.

En revanche, le SAF fonctionne en organisation cloisonnée en fonction des lieux d'admission<sup>35</sup>. Il n'y a pas de remplacement entre les équipes en cas d'absentéisme du fait de l'absence de polyvalence entre secteurs et également du fait de l'absence de polyvalence entre les admissionnistes et les gestionnaires en charge de la facturation au sein du SAF-H.

Enfin, les pré-admissions réalisées par les agents du SAF-CS ont augmenté mais l'effectif disponible sur le secteur ne permet pas d'augmenter cette activité.

En termes d'organisation de l'admission, cette dernière est réalisée à titre principal par les quatre secteurs du SAF. Certains flux d'admission de consultants externes sont réorientés vers les AMA soit partiellement (accueil déconcentré) soit en totalité (accueil décentralisé) pour les secteurs suivants :

	Accueil Centralisé	Accueil Décentralisé	Accueil Déconcentré
Mode d'accueil	Accueil administratif par les agents du SAF  2 accueils : SAF + AMA	Accueil administratif par les AMA  1 seul accueil AMA	Pré admission réalisée par les agents du BDE puis accueil Clinicom par les AMA (ou agent d'accueil)  1 seul accueil AMA
Périmètre	Toutes les activités de Cs externes hors activités déportées.	Laboratoire – MPR – Centre de Vaccination – Médecine Nucléaire CLAT - Pharmacie (rétrocession) <u>Hors Cs externes:</u> Urg pédiatrique – gynéco – obstétrique	CVT – Spécialités Chirurgicales – Consultation douleur – Cs de médecine interne (HDJ) – Néphrologie

Source : Powerpoint de présentation COPIL Simplification du parcours administratif du patient au CHSB

Les durées d'admission sont hétérogènes en fonction des modalités d'accueil et les formations mises en place ne permettent pas d'assurer une homogénéité des pratiques<sup>36</sup>.

En revanche, l'extraction des données d'admission contenues dans la GAP (Clinicom) modélisée par lieu d'admission<sup>37</sup> et l'audit au SAF-H<sup>38</sup> (recensement manuel de l'activité

<sup>35</sup> Annexe 14 : Organisation et activités des SAF en fonction des lieux d'admission

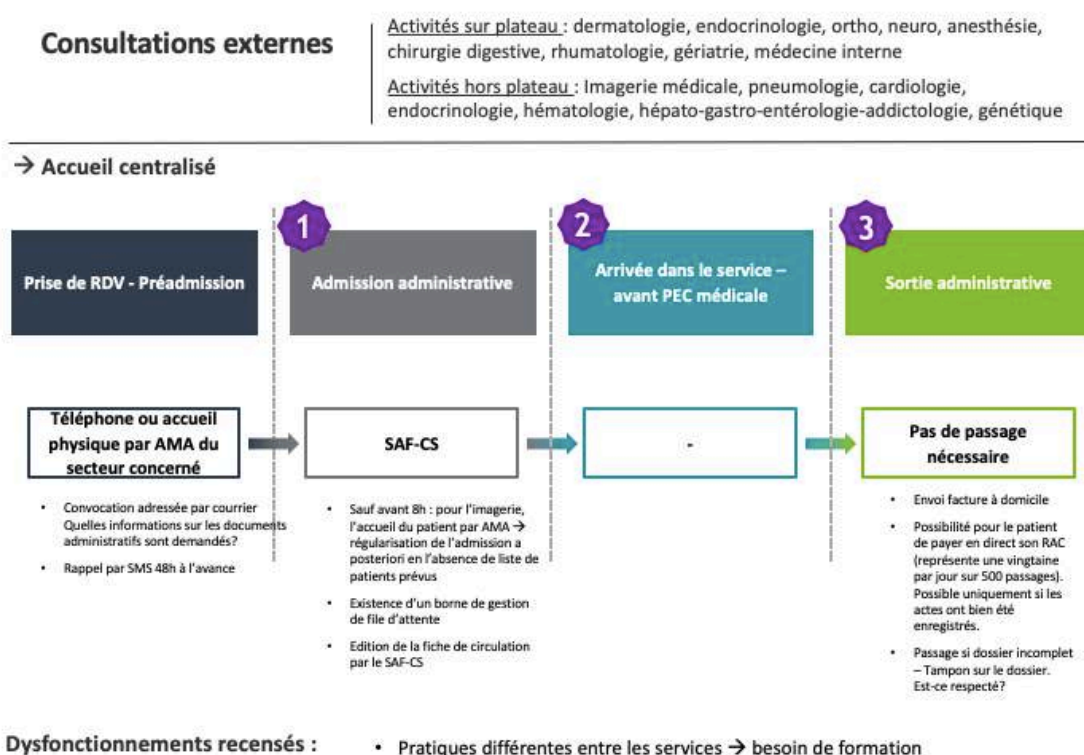
<sup>36</sup> Annexe 15 : Synthèse de l'audit des pratiques d'admission

<sup>37</sup> Cf. annexe 4 : Modélisation chiffrée des parcours par lieu d'admission

<sup>38</sup> Annexe 16 : Audit du SAF-H

sur une semaine) réalisé au niveau des SAF montre que la charge de travail par guichet est mal répartie. En moyenne, pour un guichet aux urgences, 143 patients sont accueillis. Pour trois guichets aux consultations externes, 416 patients sont accueillis soit 139 patients environ par agent. Pour deux guichets au SAF-H, 150 patients sont accueillis soit 75 patients par agent. Pour deux guichets au PFE, 203 patients sont accueillis soit 101 patients par agent environ.

Concernant l'identification des parcours, les différents temps de rencontre avec les cadres du SAF et la coordinatrice AMA ont permis de recenser les parcours et les dysfonctionnements spécifiques identifiés *in fine* sous cette forme :



Source : Powerpoint de présentation COPIL Simplification du parcours administratif du patient au CHSB

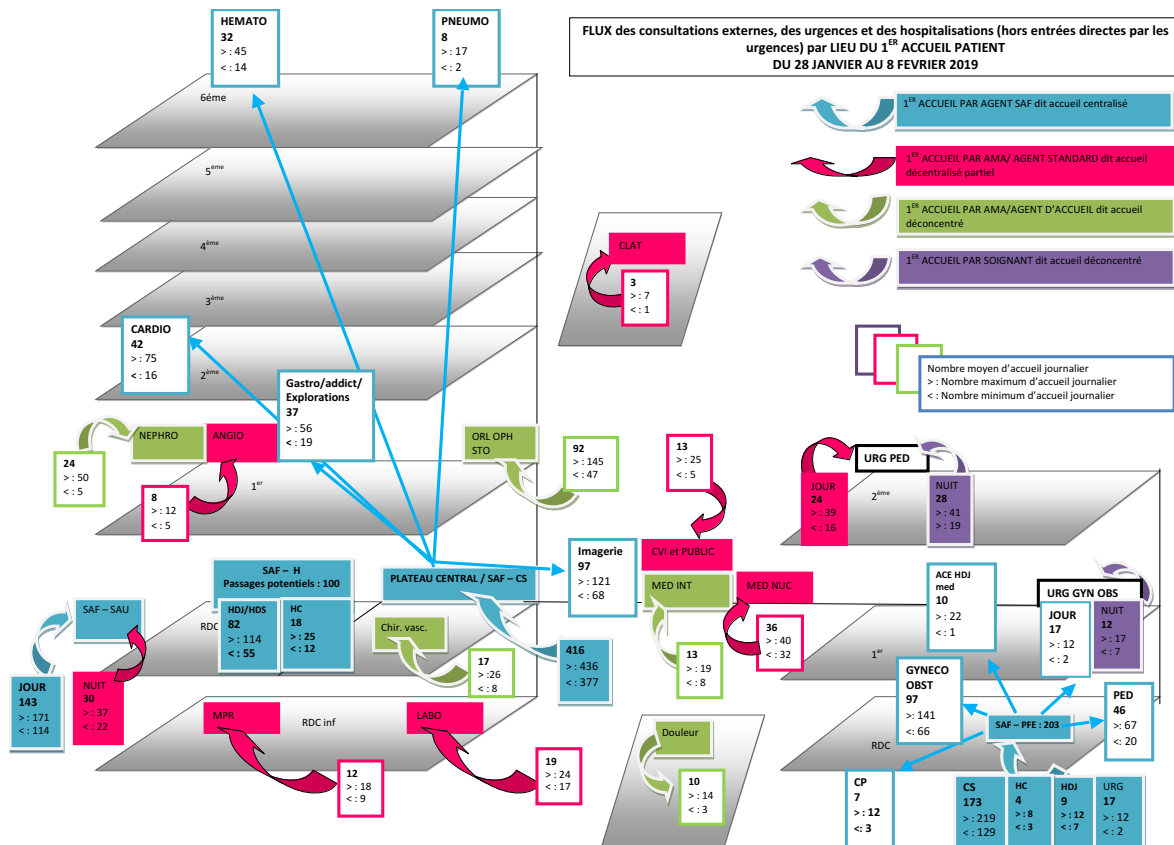
Les dysfonctionnements le plus souvent recensés sont les suivants :

- non-respect du parcours d'admission par le patient ;
- communication entre les services et le SAF non homogénéisée (support papier, mail alors que c'est crucial pour les préadmissions, les informations sur la venue du patient). Il n'existe en outre pas de document dédié spécifique à cette communication. Les admissionnistes exploitent des documents papier qui ne sont pas étudiés pour l'activité de facturation ;
- Utilisation de plusieurs logiciels métier (parfois jusqu'à trois ouverts en même temps) mettant en évidence l'absence d'interfaçage des outils informatiques et la nécessité d'écrire plusieurs fois les mêmes informations ;

- pratiques différentes entre services concernant l'admission ;
- complexité des règles de facturation (ALD, patients étrangers, ...).

La modélisation des parcours assortie de données chiffrées a également permis d'identifier l'orientation du patient après l'admission. Par une présentation très visuelle et ergonomique (reconstitution du bâtiment), elle a permis d'identifier les flux importants en nombre, l'éloignement des activités entre le lieu d'admission et le lieu de la prise en charge et les activités non impactées par le projet du bâtiment ambulatoire - l'objectif du COPIL étant de dégager des réponses pérennes dans la perspective de création du bâtiment dédié à l'ambulatoire -.

### Modélisation des parcours à partir des lieux d'admission :



Source : Travail personnel

Cette modélisation marque la complexité des parcours pour les patients qui, en fonction de l'objet de leur prise en charge, auront une orientation différente : 11 lieux d'accueil distincts pour l'admission, accueil direct dans les services pour certaines spécialités ou en fonction des horaires de l'imagerie avant 8h, des consultations externes réalisées à distance du lieu d'admission.

Au sein du PFE (bâtiment à droite du plan), tous les flux d'hospitalisation et de consultation convergent au sein du hall.

A noter également la centaine de passages en moyenne de patients au SAF-CS pour une consultation en imagerie.

La modélisation des parcours sur plan<sup>39</sup> confirme cette complexité dans le parcours en mettant en exergue l'absence de marche en avant avec parfois même des retours en arrière et le mélange des parcours patient entrant et sortant (revenant pour s'acquitter des sommes dues par exemple) au même guichet. Cette complexité brouille la compréhension de son parcours par le patient.

Enfin, un benchmark mené auprès d'établissements de taille similaire ou déjà engagés dans le programme SIMPHONIE a permis d'avoir une idée des organisations de l'accueil administratif et des actions menées pour améliorer les parcours dans d'autres structures :

- CH Annecy Genevois : Centralisation de l'accueil administratif vers les agents administratifs complexifiant l'organisation du fait de l'existence de plusieurs points d'entrée dans l'hôpital.
- Groupe hospitalier Bretagne Sud : Mutualisation des missions AMA/admissionnistes sur certains pôles (notamment chirurgie orthopédique, médecine interne, néphrologie, gériatrie, consultation post AVC). Formation des AMA réalisée en interne d'une durée de 2 jours.
- CHR Metz : Centralisation des accueils administratifs vers les agents administratifs. Pour autant des secteurs décentralisés : laboratoire, imagerie, urgences gynécologiques. 4 zones d'accueil : 1200 à 1400 accueils par jour. Préadmission via les AMA pour les séjours programmés. Pas de bornes d'accueil pour le moment mais réflexion d'interfaçage avec leur logiciel de gestion de file d'attente e-sirius.
- CHU Rouen : Plusieurs points d'admission, décentralisation sur l'ophtalmologie, l'orthopédie et l'imagerie. Taille critique justifiant des points d'accueil délocalisés. Fonctionnement avec trois groupes de travail (recettes, RH, conditions d'accueil des patients). Evolutions accompagnées par un ingénieur en organisation. Difficulté : pas d'équipe mutualisée avec les secrétariats.
- CH Saint-Lô : 3 accueils administratifs (hall principal, PFE, urgences). Préadmission uniquement pour l'hospitalisation. Paiement à l'entrée compliqué, paiement EADC plus facile. Bonne acceptabilité des patients. Recentrage sur les AA.
- CH Lannion : Accueil unique au RDC avec polyvalence entre accueil et gestion. Accueil décentralisé pour l'imagerie, la pédiatrie (où encaissement également du ticket modérateur), gynéco-obstétrique. Accueil aux urgences 24h/24. NBI pour les AMA qui réalisent plus de 50% de leur activité sur la réalisation de formalités administratives et encaissement en consultations externes. Report d'1 ETP SAF vers AMA (AMA qui était déjà en accueil décentralisé). Formation en interne.

---

<sup>39</sup> Cf. annexe 5 : Modélisation des parcours patient sur plan (exemple des parcours se croisant au sein du RDC du PFE)

En outre, si l'on en croit un article paru dans la lettre des ressources humaines sur la gestion des compétences facturation<sup>40</sup>, « dans un établissement MCO de taille « moyenne haute », les personnes chargées de réaliser l'admission des patients vont accueillir dans l'année 50 000 patients en hospitalisation et 4 fois plus en consultation. Ainsi, un agent d'admission, au sein d'un guichet centralisé, pourra en une seule journée de travail accueillir jusqu'à 110 patients.

*Les lieux d'accueil-admission centralisés, déconcentrés et décentralisés peuvent être au nombre de 12 à 25 selon les organisations. De 40 à 80 personnes, dont des agents des services cliniques et médico-techniques, peuvent participer aux tâches d'admission des patients, sans évoquer les tâches liées à la tarification telles que le codage des actes externes qui mobilisent également plusieurs dizaines de professionnels de différents métiers et cultures professionnelles. Enfin une année de facturation des soins aux organismes d'assurance maladie, complémentaires santé et particuliers représente près de deux cent quarante mille titres émis dont 60% d'une valeur comprise entre 5 et 20 euros. »*

Ce benchmark ne permet pas de dégager une organisation-cible en matière d'admission. Les établissements oscillent manifestement entre accueil centralisé et décentralisé des raisons qui tiennent parfois plus à l'héritage architectural qu'à une optimisation des organisations.

Le diagnostic partagé en COPIL a permis de co-élaborer les pistes de réflexion suivantes afin de dégager des marges supplémentaires pour la réalisation de pré-admission et simplifier le parcours administratif du patient :

- l'adaptation plus fine des moyens RH aux guichets au regard des pics d'activité ;
- le transfert de l'admission des patients directement au sein du service d'imagerie ;
- le transfert de l'admission des patients en consultations d'hématologie/oncologie, pneumologie, cardiologie et hépatologie/gastrologie/addictologie ;
- l'introduction de plus de polyvalence entre les différents secteurs du SAF ;
- la limitation des passages au SAF-H avec la perspective de la montée en charge des pré-admissions en ligne ou sur borne ;

---

<sup>40</sup> « La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisée », Claudie Fardo, Olivier Wery, Vincent Gervaise, et al. Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2016, n° 88, pp.12-16

- l'identification, au sein du PFE, d'un seul lieu d'accueil (admission et secrétariat médical), plus confidentiel pour tous et bénéficiant d'outils technologiques pour améliorer la gestion des flux patient (borne de gestion de file d'attente par exemple) ;
- l'amélioration de la signalétique.

En conséquence, a été proposé la création de 5 groupes de travail pour explorer ces pistes d'action et proposer des solutions concrètes :

- un groupe de travail « décentralisation imagerie » ;
- un groupe de travail « déconcentration hémato/pneumo/cardio/gastro » ;
- un groupe de travail « organisation PFE » ;
- un groupe de travail « signalétique » ;
- un groupe de travail « organisation ambulatoire » afin de mener une réflexion sur le parcours administratif patient dans le futur bâtiment dédié à l'ambulatoire.

A ce jour, seuls les groupes de travail « imagerie » et « organisation ambulatoire » ont abouti à des pistes d'action.

Le groupe de travail « déconcentration hémato/pneumo/cardio/gastro » n'a finalement pas été constitué. En effet, la situation de tension au sein des secrétariats médicaux concernés (retards de frappe, réorganisations récentes) n'a pas permis de lancer le groupe de travail.

La proposition du GT imagerie est de déporter l'accueil physique des patients du SAF-CS vers le secrétariat médical d'imagerie pour les consultants simples (les patients ayant un seul examen en imagerie), soit environ 80 patients par jour. L'admission par l'AMA comportera la recherche d'identité via la pièce d'identité, la création d'identité si le patient n'est pas connu dans la base, le recueil des éléments de facturation (mise à jour et chargement de la carte vitale dans Clinicom, numérisation des pièces justificatives). Le SAF gèrera le dossier sur Clinicom afin de rendre le dossier facturable.

Les besoins identifiés pour la mise en œuvre sont les suivants <sup>41</sup> :

- un temps supplémentaire dédié à cet accueil administratif de l'ordre 0,60 ETP ;
- un temps de formation des 10 AMA en poste pour apporter l'expertise et la polyvalence nécessaires ;
- des outils informatiques performants : coupler sur un même poste Xplore et Clinicom ;
- un agencement respectant la confidentialité de l'accueil du patient et un agencement également plus ergonomique des postes pour répondre aux besoins des professionnelles et à la file active des patients : des aménagements permettant d'apporter plus de fluidité et

---

<sup>41</sup> Voir l'annexe 17 (Compte-rendu de la réunion du COPIL simplification du parcours administratif du patient du 12 juin 2019) pour plus de détails.

de lisibilité dans le parcours patient et améliorer la qualité des attentes (budget de 50 000 euros chiffrés par la Direction des plans et des travaux au vu de la proposition de l'ergonome).

Quant au groupe de travail « organisation ambulatoire », ses préconisations portent sur l'adaptation du nombre de guichets d'accueil au vu des flux de patients estimés, la localisation de bornes d'admission et leurs fonctionnalités ainsi que sur la création d'un salon de sortie pour appliquer le principe de marche en avant. Nous reviendrons sur ces éléments dans la partie suivante.

Le groupe de travail « signalétique » se réunira le 19 septembre 2019. Il semblerait que les préconisations se portent principalement sur

- l'uniformisation de la signalétique entre les bâtiments (lettrage, couleur, ...) ;
- la définition d'une hauteur de panneaux adaptée : de préférence à hauteur des yeux ;
- la limitation de l'écriture au profit de pictogrammes permettant une compréhension plus facile. En effet, les termes techniques employés à l'hôpital sont parfois de nature à déstabiliser les patients dans leur orientation ;
- l'intégration de la signalétique dans les convocations à destination des patients afin que ces derniers spontanément, dès leur arrivée à l'hôpital identifient le lieu dans lequel ils doivent se rendre. La couleur semble particulièrement efficace pour ce faire.

Maintenant qu'ont été posées les bases de l'état des lieux du projet de simplification du parcours administratif du patient, voyons quelles réflexions il induit par directions fonctionnelles.



## **2.2 La simplification du parcours administratif du patient pour les différentes directions fonctionnelles**

Quatre directions sont particulièrement concernées par la simplification du parcours administratif du patient :

- la direction des affaires financières et des systèmes d'information du fait des outils impulsés par le programme ministériel SIMPHONIE (2.2.1) ;
- la direction des ressources humaines pour les réflexions nécessaires sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et la formation (2.2.2) ;
- la direction de la qualité du fait de l'intégration de l'expérience patient dans les projets renforcé par l'enjeu des financements basé sur la qualité (2.2.3) ;
- la direction des travaux qui devra porter les projets de traduction architecturales des nouvelles organisations permettant de simplifier le parcours du patient (2.2.4).

### **2.2.1 Au niveau de la Direction des affaires financières et des systèmes d'information : les perspectives d'amélioration ouvertes par le programme SIMPHONIE**

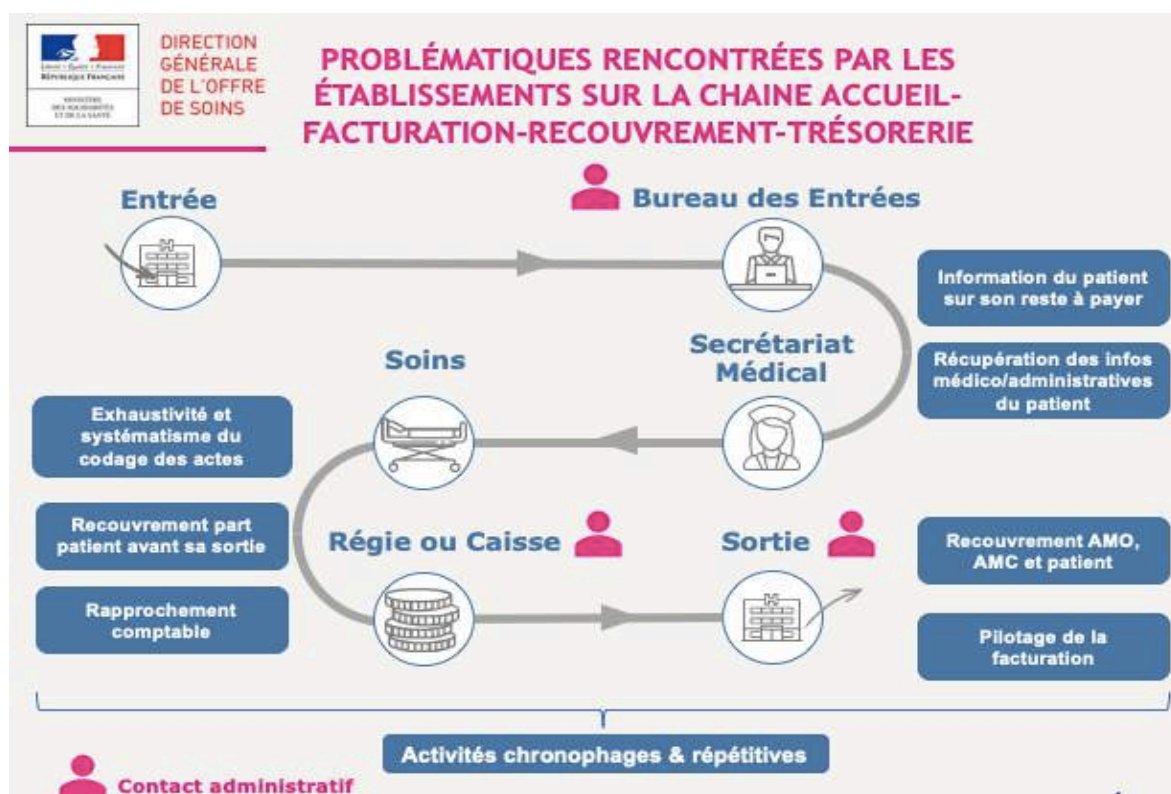
- A) Impacts attendus du programme SIMPHONIE dans le champ des affaires financières et des systèmes d'information

La rencontre régionale autour du thème de l'optimisation de la chaîne d'accueil facturation recouvrement et trésorerie, ayant eu lieu en juin dernier, animée par Gilles Hebbrecht, chef du programme SIMPHONIE au sein de la Direction générale de l'offre de soins a apporté de nombreux éclairages sur le programme.

Ce dernier part de trois constats :

- Les recettes hospitalières ne sont pas suffisamment sécurisées avec des taux de rejet parfois importants ;
- Les outils utilisés ne sont pas au service des équipes hospitalières ;
- Les processus sont trop complexes et mal maîtrisés.

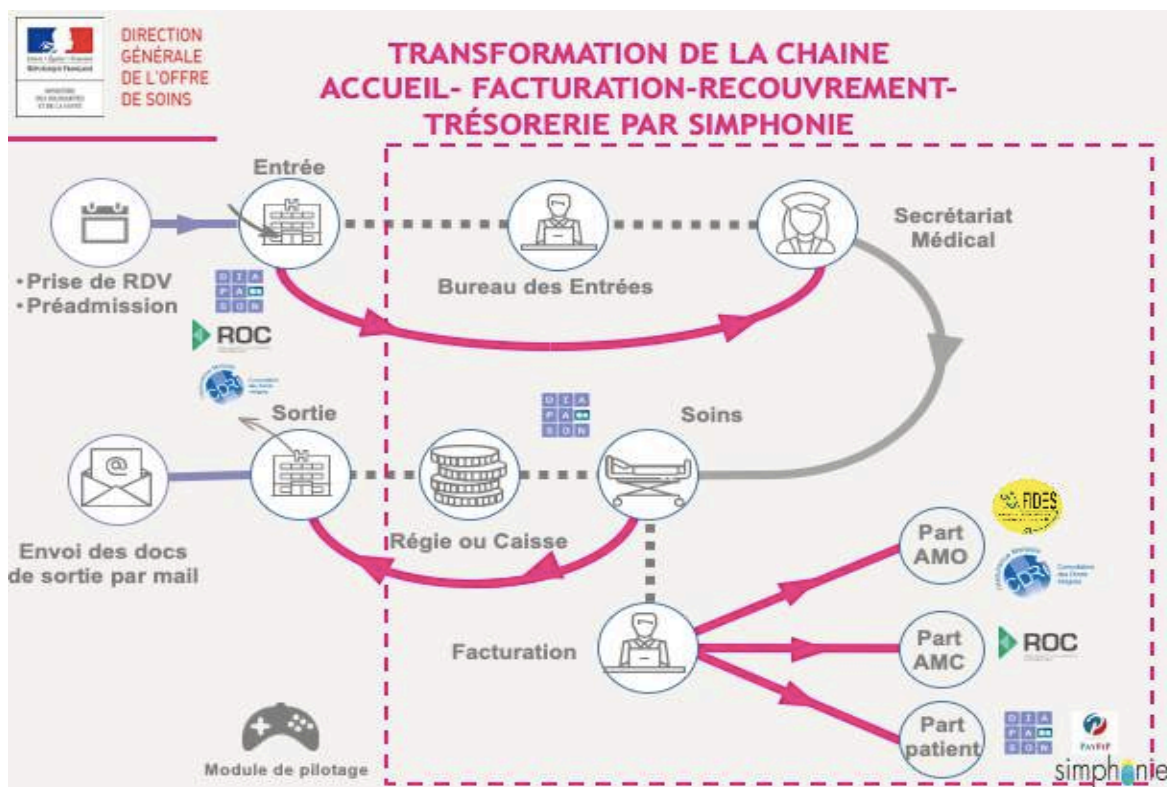
Ce schéma identifiant les différentes étapes administratives du parcours du patient et les problématiques afférentes à la chaîne AFRT l'illustre :



En conséquence, les convictions de l'équipe projet de la DGOS sont les suivantes :

- Le patient doit pouvoir interagir avec un contact administratif unique lors de sa prise en charge ;
- L'accueil médico-administratif et le recueil de l'activité constituent des étapes déterminantes pour la qualité de la facturation. Pour ce faire, la consultation des droits d'AMO et d'AMC doit être fiable ;
- Les outils numériques doivent être au service des métiers et non l'inverse ;
- Les métiers de la chaîne AFRT (admission, facturation, recouvrement, trésorerie) doivent passer d'une logique de traitement systématique à une logique de traitement de l'exception ;
- Le DIM contribue à la maîtrise des risques comptables.

La transformation est modélisée de la sorte par le groupe projet du Ministère de la santé :



- ✓ Rappel sur la facturation au fil de l'eau (FIDES) en lieu et place d'une logique d'envoi mensuel. A ce jour, seul le déploiement de FIDES pour les consultations externes est finalisé dans 99% des établissements métropolitains. Pour les ACE en SSR, les activités à forfait, les échéances sont fixées au 1<sup>er</sup> mars 2020 et pour les séjours, au 1<sup>er</sup> mars 2022.
- ✓ L'outil de consultation des droits intégrée (CDRi) est un service de consultation des droits de type « web service », inter-régimes, intégré aux logiciels de gestion administrative des patients. Le temps de réponse est de 600 ms ce qui, pour une admission de 2/3 minutes en moyenne, est suffisamment rapide.  
 CDRi permet d'obtenir les droits AMO à jour du patient notamment les situations spécifiques CMU-C, AME, ACS, maternité et ALD que les professionnels ont du mal à obtenir. Lors de divers entretiens, le sujet des ALD a par exemple souvent été présenté comme un obstacle à bonne gestion de la facturation patient. En effet, une ALD implique une prise en charge à 100% par l'assurance maladie mais uniquement pour les soins en lien avec la pathologie faisant l'objet de l'affection de longue durée.  
 CDRi permet d'obtenir les coordonnées du patient, son organisme d'assurance maladie de rattachement et le médecin traitant déclaré. Ces éléments facilitent le travail des gestionnaires de facturation dans le lien avec les organismes assureurs de risque et orientent dans les prises en charge à retenir. Par exemple, depuis la loi de 2004<sup>42</sup>, les

<sup>42</sup> Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :

patients doivent déclarés un médecin traitant afin d'entrer dans un parcours de soins coordonnés et bénéficier d'une prise en charge normale de ses dépenses de santé<sup>43</sup>. En cas de non-inscription dans le parcours, le patient est ainsi pénalisé par des majorations financières. L'objectif présidant l'introduction du médecin traitant, *gate keeper* du recours au système de santé, était de rationaliser les dépenses de santé par la demande en faisant relever du médecin traitant le recours à des spécialistes.

A terme, l'idée de CDRi est également de réaliser un appel par lot de nuit permettant de consolider les données de pré-admission en ligne en post-admission pour la facturation.

Il est déjà déployé et six éditeurs - AGFA, CPAGE, InterSystems, MAINCARE, MIPIH et Institut Sainte Catherine - sont autorisés à ce jour par le Centre national de Dépôt et de l'Agrément sur la version de généralisation.

Le résultat attendu est, selon une étude menée sur les factures envoyées en décembre 2018, de limiter le taux de rejet moyen des factures à 1,39% contre 3,81% sans, soit une division par 2,7 du taux de rejet.

- ✓ A l'origine de ROC, le constat d'une gestion manuelle et chronophage des échanges avec les assurances maladie complémentaires. Si les établissements ont contourné les difficultés en conventionnant avec les organismes complémentaires majoritaires, de nombreux échanges restaient non couverts. Surtout cette situation rend impossible l'information du patient sur son reste à charge.

En outre, cela engendre deux aspects négatifs pour la gestion de la trésorerie par un établissement de santé : un délai significatif entre la sortie du patient et le recouvrement du séjour et un manque de visibilité sur les retours AMC et le remboursement.

ROC doit ainsi simplifier le tiers-payant dans les établissements de santé en dématérialisant et en standardisant les échanges entre les établissements de santé, les AMC et la DGFIP. Aussi, de manière synchrone, ROC permettra d'automatiser la collecte des informations nécessaires à la facturation (identification des droits du bénéficiaire et calcul du montant pris en charge par la complémentaire) offrant par voie de conséquence une garantie de paiement des factures. De manière asynchrone, il permet de dématérialiser les flux de facturation et de recouvrement de l'AMC vers l'établissement permettant un gain de temps et une diminution des rejets.

---

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

<sup>43</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf)

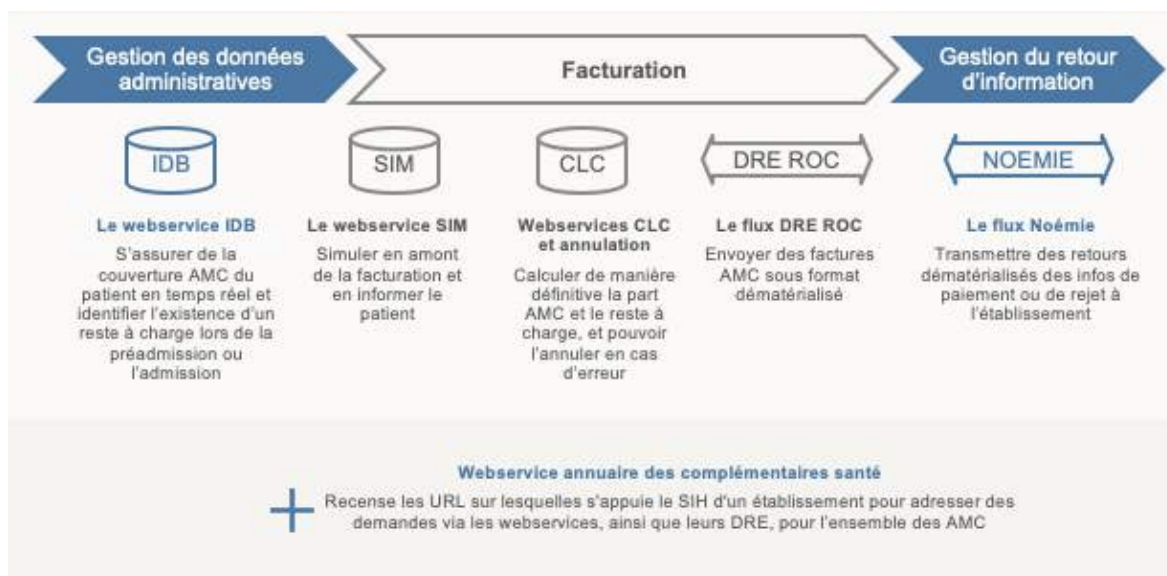
Le nouveau processus qui devrait être généralisé d'ici 2020-2021 peut être formalisé de la sorte <sup>44</sup>:



Source DGOS

Cet outil doit à terme limiter le flux « patients » en *front-office* au(x) bureau(x) des entrées, les droits étant connus par avance. En contrepartie, le travail de *back-office* est accru par un traitement et une vérification des listes patients en pré-admission, admission, modification (pour motifs médicaux ou non venue par exemple).

Voici la modélisation du fonctionnement intégré au SIH :



Source DGOS

Cinq éditeurs sont engagés dans l'expérimentation (CPAGE, MAINCARE, InterSystems, Web100T et Softway).

- ✓ Ces deux dispositifs permettent donc de connaître le reste à charge du patient ce qui ouvre la voie au troisième et dernier outil composant le programme SIMPHONIE : DIAPASON (débit intervenant après le parcours de soins). Il a pour objectif de généraliser l'usage de la

<sup>44</sup> Source documents mis à disposition en ligne par la DGOS.

carte bancaire à l'hôpital soit à l'entrée du patient, avant la prise en charge, soit à la sortie, soit après sa sortie via une empreinte de carte bancaire.

Les expérimentations menées dans sept établissements français montrent que les patients ne se formalisent pas de cette démarche. Leur acceptation du dispositif est forte dans la mesure où la communication est bien adaptée<sup>45</sup>. A noter le retour d'expérience du Centre hospitalier de Lannion, expérimentateur de DIAPASON soulignant que 11% des patients de consultations externes hors urgences avaient un reste à charge et 36 patients par jour étaient éligibles à DIAPASON.

Le résultat attendu est une amélioration des taux et des coûts de recouvrement (cf. disparition des courriers recommandés affranchis adressés).

Pour mener à bien ce projet, le Centre hospitalier de Lannion met en évidence la nécessaire acquisition de TPE (coût fixe lié à l'installation de 300€ en coût fixe et 300€ par an de location) et surtout l'importance de la mise en place d'un organigramme clair sur l'organisation des régies (régisseur titulaire, suppléants, et mandataires).

La généralisation de DIAPASON devrait également intervenir en 2020-2021. InterSystems, éditeur du progiciel d'admission/facturation Clinicom est également intégré à l'expérimentation.

Par conséquent, le Centre hospitalier de Saint-Brieuc ne devrait pas avoir de difficultés techniques à mettre en œuvre les trois dispositifs une fois ces derniers généralisés car son éditeur de GAP est fortement investi dans le programme ministériel.

Néanmoins la Direction des systèmes d'information devra pouvoir soutenir le projet d'installation de bornes. Un déploiement préfigurateur des organisations ambulatoires devrait intervenir dans le courant de l'année prochaine.

Le dernier enjeu en termes de SI est celui de la prise de rendez-vous en ligne dans la mesure où il n'est pas intégré à e-roz, le système d'information patient communautaire du CHSB. Des rapprochements avec Doctolib ont déjà eu lieu mais la démarche doit se faire de manière concertée, afin de la sécuriser techniquement et juridiquement.

Au-delà du programme SIMPHONIE, au niveau des nouvelles technologies, notons également l'évolution de l'admission avec la proposition de bornes par des fournisseurs tels que ESII ou encore Cogis networks. La nouveauté est que ces bornes permettent aux patients de réaliser une multitude d'actions : admission, paiement, orientation, édition d'étiquettes, appel de l'accueil, géolocalisation des services de soin et orientation grâce à un plan papier ou grâce à un lien type googlemap adressé sur le smartphone du patient<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> Annexe 18 : Communication à destination des patients mise en place par le Centre hospitalier de Lannion

<sup>46</sup> Annexe 19 : Présentation des bornes et de l'application smartphone d'orientation – Photographies prises à la Paris Healthcare Week

La borne nécessite un interfaçage avec le logiciel de GAP.

Dès lors que les contours du programme ont été tracés, voyons les réflexions qu'il implique pour la Direction des affaires financières et des systèmes d'information du CHSB.

B) Identification des réflexions à mener : une amélioration de la gestion des compétences de la chaîne AFRT à développer

Rappelons tout d'abord qu'en vertu de l'instruction du 4 mars 2016, les ARS doivent veiller à ce que les établissements de santé conservent un niveau de trésorerie suffisant afin d'éviter d'une part, tout risque de défaut de paiement des salaires des agents et d'autre part, des fournisseurs. S'il est possible de jouer sur les délais de paiement des factures (dans un délai maximum de 50 jours), l'apport du programme SIMPHONIE est de permettre le recouvrement de certaines recettes non recouvrées jusqu'alors, et ce, avec plus de célérité, ce qui peut permettre à la marge d'améliorer l'indicateur de trésorerie en nombre de jours d'exploitation et surtout de limiter ou diminuer le montant des lignes de trésorerie. A titre d'exemple, le CHSB a besoin d'environ 12-13 millions par mois afin d'assurer le paiement des agents. C'est donc une limite de trésorerie que l'établissement ne doit pas dépasser et c'est encore sans compter les décaissements liés aux fournisseurs.

C'est d'autant plus un enjeu aujourd'hui que la situation des établissements est majoritairement déficitaire et que la bonne gestion de la trésorerie est suivie de près depuis 2012 avec la création des comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie des établissements publics de santé<sup>47</sup>. Est demandé aux établissements de se doter d'un plan prévisionnel de trésorerie destiné à estimer avec la plus grande sincérité le volume prévisionnel des mouvements du compte 515 en répertoriant les flux prévisibles d'encaissements et de décaissements afin d'évaluer le profil de la trésorerie de l'établissement. Il permet aussi de dimensionner le montant du plafond de la ligne de crédit de trésorerie.

Suite à l'instruction N°DGOS/PF/2018/146 du 14 juin 2018 relative à l'accompagnement des établissements de santé pour la mise en œuvre du programme SIMPHONIE, le CHSB a candidaté à l'été 2018 afin d'obtenir un accompagnement financier. Au terme de sa candidature étayée du diagnostic de maturité de la chaîne AFR proposé par l'ANAP, l'établissement a obtenu un financement de près de 40 000 euros décomposé de la sorte :

- 20 000 € pour la mise en œuvre d'une démarche de révision des organisations et de formation des agents du SAF ;

---

<sup>47</sup> Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/350 du 14 septembre 2012

- 15 000 € pour l'acquisition de l'outil ROC ;
- 4000 € pour l'acquisition de l'outil DIAPASON.

Le diagnostic de maturité de la chaîne accueil facturation réalisé par le CHSB met en évidence que le niveau de complexité de l'environnement est moyen (score de 50%). Pour ce calcul, l'ANAP prend en compte l'impact architectural tels que des sites pavillonnaires, un fort taux de non assurés sociaux, la nature de l'activité...

Ensuite, tant sur le point de la fluidité du parcours patient que de la performance du processus AFR, l'établissement se situe à un niveau correct avec un score de 60%.

Le taux de satisfaction des patients (enquête e-satis) est de 93%.

Si le taux de pré-admission des hospitalisations programmées est très satisfaisant avec 80%, celui pour les consultations programmées avec 25% pourrait être amélioré.

La signalétique et les informations transmises permettent plutôt aux patients de circuler de façon autonome. Cet élément a été confirmé par l'enquête menée auprès des usagers. Le temps d'attente moyen aux accueils administratifs est de 7 minutes ce qui est considéré très correct par l'ANAP.

Au vu de ce diagnostic, les axes de réflexion identifiés sont en conséquence :

- la simplification du parcours physique (passages réservés aux patients qui le nécessitent à un point d'accueil administratif tels que les primo-accédants, patients payant par exemple) ;
- l'offre d'espace libre-service (bornes d'auto-admission) ;
- la limitation des échanges administratifs avec le patient via un interlocuteur administratif unique pour la gestion du dossier et la caisse par exemple.

Ces différents sujets vont trouver des réponses dans le cadre de la construction du nouveau bâtiment dédié à l'ambulatorio sous l'effet des travaux du groupe de travail signalétique, du nouveau système d'information patient communautaire (e-roz) avec notamment la simplification des convocations<sup>48</sup> et les réflexions d'un accueil simplifié envisagé par le COPIL sur la simplification du parcours administratif du patient.

Aussi, avec un reste à recouvrer relativement faible, un taux de rejet des factures satisfaisant<sup>49</sup> et une trésorerie suffisante, l'enjeu central n'est pas purement financier mais

---

<sup>48</sup> Annexe 20 : Convocation type d'un patient

<sup>49</sup> Le taux de rejet B2 est faible avec 2,13% de factures rejetées sur le nombre total de factures ce qui est donc peu si on les met en lien avec le chiffre moyen de 3,81% présenté par la DGOS. Le montant moyen des rejets est de 262 € ce qui est, en revanche, un montant assez élevé. Mais les taux de recouvrement de la part AMC et de la part patient sont de 98% ce qui est très satisfaisant.



une sécurisation des recettes sur le plus long terme par la gestion des compétences de la chaîne AFRT avec la capacité à absorber les flux et l'injection d'une plus grande polyvalence afin d'éviter des phénomènes de fragilité en cas d'absentéisme.

Or, l'état des lieux présenté en point 2.1 met en évidence des organisations cloisonnées, non dotées d'outils de communication entre services permettant d'optimiser leur activité.

En conséquence, la Directrice des affaires financières a mené au cours de l'année 2019 des groupes de travail par secteur d'admission, en présence des organisations syndicales, afin d'identifier les activités réalisées, les difficultés rencontrées, les besoins en formation et amener les agents à plus de solidarité interne et de polyvalence. L'identification de difficultés en cas d'absentéisme a permis aux équipes de prendre conscience de l'intérêt d'une mutualisation. La mise en place de formations et de cycles de travail rénovés vont permettre de mettre en place à la rentrée 2019 une plus grande polyvalence. En outre, il a été acté une réorganisation des équipes : un seul agent sera désormais en charge des admissions des patients au SAF-H, l'autre agent devant se consacrer aux pré-admissions.

En outre, afin de mener à bien un projet d'amélioration de la chaîne AFRT, les enjeux se posent sur les nouveaux outils numériques afin de numériser les échanges (dématérialiser et standardiser tous les échanges entre établissements de santé, AMO, AMC et patients), simplifier les activités (automatiser le processus AFRT pour concentrer les moyens sur les actions à plus forte valeur ajoutée, professionnaliser les équipes et piloter le processus (tableaux de bord avec des indicateurs pertinents).

A ce jour, l'absence d'interfaçage entre le recueil des droits d'AMO et le logiciel de gestion administrative des malades (GAM) rend difficile la gestion des droits AMO du patient.

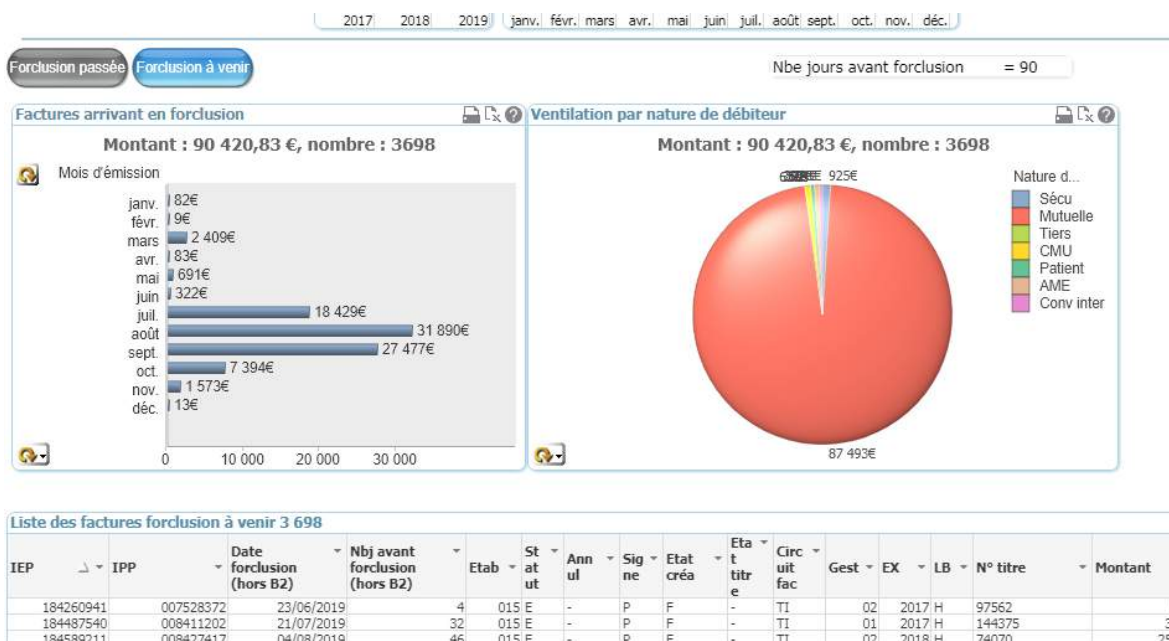
CDRi est déployé depuis avril 2019 au sein de l'établissement comme au sein de 276 établissements français mais un problème technique a empêché d'avoir une vue globale sur l'outil pendant la formation. Par ailleurs, son utilisation nécessite une carte de professionnel de santé (CPS) et donc un lecteur bi-fente (carte vitale + CPS) qui n'est pas encore présent sur tous les postes. Les professionnels ne s'approprient donc pas pleinement cet outil. La chaîne AFRT n'en retire donc pas les bénéfices.

Enfin, si le CHSB assure un suivi de la facturation permettant une bonne gestion de la trésorerie stable, des tableaux de bord plus ergonomiques pourraient aider le SAF dans la gestion quotidienne.

A titre d'illustration, le Centre hospitalier de Vannes dispose d'un outil intéressant : le collecteur global d'activité du MIPIH permettant le suivi des créances non soldées ou partiellement soldées au niveau des mutuelles, en lien avec la Trésorerie, le suivi des B2

(analyse des rejets par service, avec retour vers les AMA, pour repérer les types de rejets et diminuer les erreurs). L'intérêt pour le Centre hospitalier de Saint-Brieuc qui suit déjà ces indicateurs via des tableaux de bord de suivi et qui dispose d'un dialogue fréquemment et de manière fructueuse avec le comptable public, serait d'avoir un outil plus ergonomique permettant le dialogue avec les services et une organisation du travail du SAF facilitée.

Voici par exemple, la présentation très visuelle du suivi des forclusions à venir offerte par l'outil :



Source : Powerpoint de présentation du retour d'expérience du Centre hospitalier de Vannes

La réflexion à mener au sein de la DAF et de la DSI suppose donc principalement d'améliorer la chaîne AFRT. Ces réflexions ne sont pas sans impact sur la Direction des ressources humaines qui doit apporter son soutien au projet en matière de GPMC.

## 2.2.2 Du point de vue des ressources humaines : un enjeu de GPMC, de formation et de dépassement des résistances au changement

### A) Evolution des compétences et des métiers

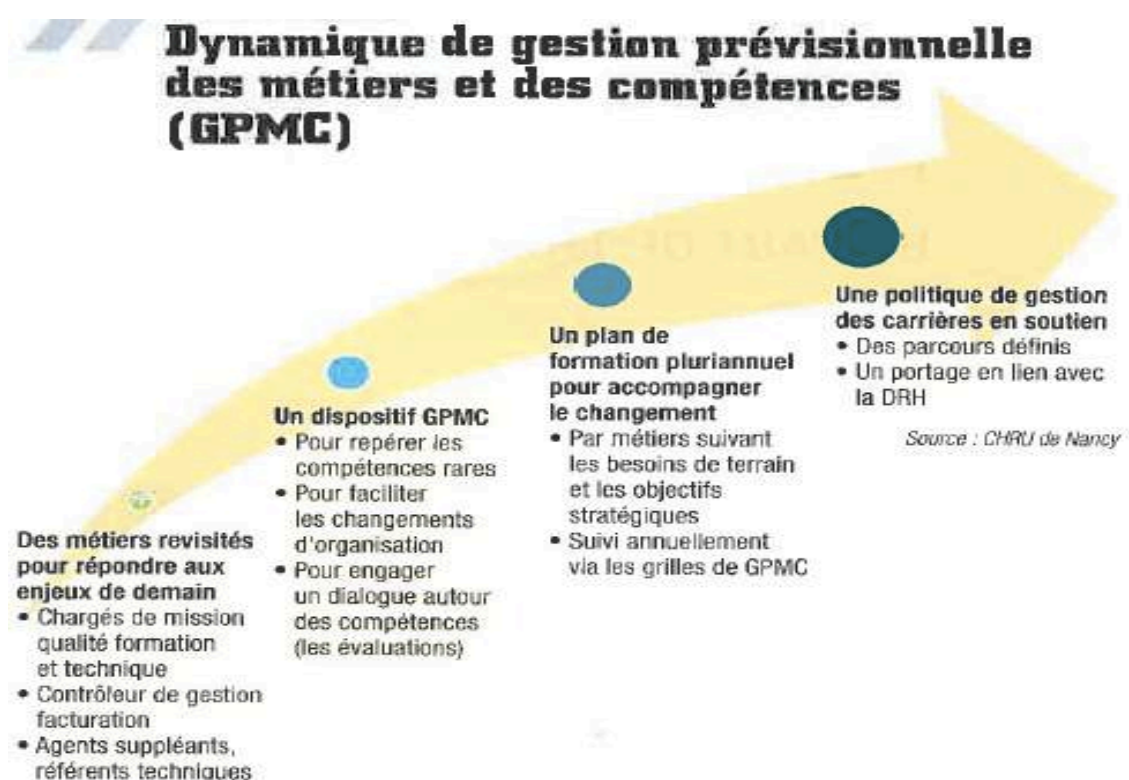
Nous l'avons dit, dans un contexte de contraintes budgétaires et sous l'impulsion de la mise en œuvre des outils du programme SIMPHONIE et de nouvelles technologies, les services d'admission-facturation sont amenés à évoluer et la gestion dynamique des compétences des acteurs de la chaîne AFRT est un enjeu majeur. En effet, la modernisation des processus et la simplification du parcours administratif du patient ne saurait s'engager sans une vision prévisionnelle des métiers, compétences et expertises requises.

Revenons quelques décennies en arrière, avec le passage de la dotation globale à la T2A au début des années 2000, la facturation s'est considérablement modernisée et les niveaux d'exigences n'ont plus rien en commun avec les pratiques antérieures. L'ensemble des professionnels chargés de l'admission des patients ont du en quelques années maîtriser des règles, les procédures, des outils en évolution constante.

De nouveaux métiers tels que celui de chargé de mission qualité et formation ou de chargé de mission technique ont vu le jour afin d'améliorer notablement la qualité des dossiers à facturer avec une amélioration des compétences des agents et une optimisation du SI lié à la facturation.

Aujourd'hui, les nouveaux changements sont autant d'évolutions pour les professionnels des admissions qu'il faudra accompagner, motiver et fédérer.

Dans un article paru dans la revue *Gestions hospitalières*<sup>50</sup>, l'évolution de la GMPC est représentée de la façon suivante :



La cartographie des compétences des agents du processus de facturation des soins ainsi que la réalisation de plans de formation individuels et collectifs dédiés doivent désormais faire partie de la panoplie des outils déployés au service de la performance financière et du marketing des établissements publics de santé.

<sup>50</sup> Gervaise V., BOUYAHIAOUI K., CHU de Rennes, *La simplification administrative à l'hôpital*, *Gestions hospitalières*, p. 472 à 475.

A cela il faut très certainement ajouter des facteurs de réussite : positionner l'équipe d'encadrement au cœur de la démarche, inscrire le projet dans une démarche participative permettant l'implication et l'adhésion de l'ensemble des acteurs de terrain ; prévoir tout au long du projet une large place à la communication de la démarche, faire de la professionnalisation des agents un moteur de changement et de promotion sociale et une opportunité pour les agents de s'inscrire dans une véritable perspective de carrière tout en maintenant un équilibre entre spécialisation et polyvalence.

B) Pour un contact administratif unique, un métier unique ?

a) *Focus sur le métier d'admissionniste*

Dans de nombreuses fiches de poste<sup>51</sup> en vue du recrutement d'admissionniste facturier, on retrouve décrit son rôle de la façon suivante :

- accueillir et orienter les patients qui se présentent à l'hôpital ;
- recueillir et traiter les données nécessaires à son identification et à la facturation de l'activité ;
- conseiller les patients sur les démarches à accomplir pour garantir leur solvabilité ;
- vérifier le bon encodage des actes ;
- procéder à la facturation des soins reçus et traiter les contentieux afférents ;
- remplir certaines missions transversales au sein du bureau des admissions (régie, facturations particulières, etc.) ;
- s'assurer de la réalité du recouvrement des factures envoyées, y compris en engageant avec le Trésor Public des actions amiable ou contentieuses.

Le métier nécessite donc à la fois goût pour la gestion administrative, capacité à respecter des échéances et enchaîner les accueils de patients, ainsi que de solides compétences relationnelles.

b) *Du métier de secrétaire médical(e) vers celui d'assistant(e) médico-administratif(ve) : quelle différence ?*

Selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, le métier de secrétaire médicale fait partie de la famille de la gestion de l'information, sous-famille gestion médico-administrative et traitement de l'information médicale.

La mission consiste à :

- accueillir et renseigner les patients ;

---

<sup>51</sup> A titre d'exemple, une fiche de poste publiée par le Centre hospitalier de Dole en avril 2019 sur le site de la FHF <https://emploi.fhf.fr/offre-emploi.php?id=125947>

- planifier les activités (agenda des consultations, admissions, convocations, etc.)
- gérer, saisir et classer les informations relatives au dossier patient

Les prérequis nécessaires sont la connaissance de la bureautique et de l'environnement médical.

Les activités sont les suivantes :

- accueil physique et téléphonique des patients, des familles
- conception et rédaction de documents relatifs à son domaine d'activité
- gestion et coordination médico-administrative (gestion des agendas, organisation de réunions, visites, conférences et événements...)
- gestion, traitement et coordination des programmations liées à la prise en charge médicale (consultation, hospitalisation, chirurgie, examens ...)
- identification et recensement des besoins et attentes des patients et des familles
- prise de notes, frappe et mise en forme des documents
- saisie des données liées à l'activité médicale (codage)
- tenue à jour du dossier patient
- traitement des courriers, dossiers, documents (enregistrement, tri, traitement, diffusion, archivage)
- vérification des informations administratives concernant le patient dans le cadre de l'identitovigilance.

Respecter le secret professionnel, s'exprimer avec professionnalisme et être en mesure de faire face à des situations agressives ou conflictuelles sont des savoir-faire attendus des secrétaires médical(e)s qui doivent par ailleurs avoir des connaissances opérationnelles tant des droits des usages du système de santé que de l'organisation et du fonctionnement interne de l'établissement.

Ensuite, l'article 11 du décret n°2011-660 du 14 juin 2011 précise que :

*« I. — Les assistants médico-administratifs assurent le traitement et la coordination des opérations et des informations médico-administratives concernant les patients dans les domaines du secrétariat médical et de l'assistance de régulation médicale. Ils bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi propre aux fonctions qui leur sont confiées, dont l'organisation et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.*

*II. — Les assistants médico-administratifs de classe supérieure et les assistants médico-administratifs de classe exceptionnelle ont vocation à occuper des emplois qui, relevant des domaines mentionnés au présent article, correspondent à un niveau d'expertise acquis par la formation initiale, l'expérience professionnelle ou par la formation tout au long de la vie. Ils peuvent également être investis de responsabilités particulières et exercer*

*notamment les emplois de coordinateur de secrétariats médicaux ou de coordinateur en assistance de régulation médicale. »*

Quant au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP), il indique que l'assistant médico-administratif assiste un ou plusieurs responsables (cadres administratifs, DRH, médecins, praticiens spécialistes, chirurgiens, ...) et qu'il peut être amené à encadrer des AMA de classe normale. On notera l'apparition dans ses missions, de la gestion comptable d'un établissement de santé avec le suivi des impayés et les relations extérieures avec la CPAM, les mutuelles, les relances patients, service contentieux etc. L'AMA doit donc être capable selon ce document de compléter les documents spécifiques CMU, AME, AT, etc.

Si nous comparons les concours de secrétaire médicale et d'AMA, nous voyons donc une évolution des compétences clairement marquées vers la partie administrative d'un établissement de santé et notamment sur un volet jusqu'alors plutôt dévolu aux admissionnistes.

Cette observation des contenus descriptifs des métiers est renforcée par la lecture d'un document présenté par Evocare - Groupe Arthur Hunt<sup>52</sup> le 15 juin 2018 lors d'un colloque de l'ADRHESS sur le thème de la GRH de demain à l'hôpital.

L'enquête<sup>53</sup> réalisée entre le 10 avril et le 21 mai 2018, dont les répondants sont en majorité des DRH expérimentés, met en évidence que le métier d'AMA serait le plus amené à se transformer au vu des évolutions importantes à venir (parcours patient, mutations technologiques, ...).

*c) Les contours du contact administratif unique : synthèse de deux métiers ?*

Dans l'optique de la simplification du parcours administratif du patient, il semblerait opportun que la première interface du patient à l'hôpital puisse tant l'orienter que réaliser son admission administrative et répondre à ses questions de prise en charge médicale. Or ces missions renvoient, comme nous venons de le voir, à des compétences qui sont aujourd'hui partagées entre les admissionnistes et les AMA.

Pour autant, cela ne doit pas être un obstacle car le patient ne se rend pas à l'hôpital pour remplir des papiers mais pour une prise en charge médicale, son parcours doit donc être facilité pour qu'il rencontre le plus rapidement possible les professionnels soignants.

---

<sup>52</sup> Cabinet de consultants en ressources humaines, spécialisé notamment sur la conduite du changement <http://www.evocare.fr/#expertise>

<sup>53</sup> <https://www.adrhess.com/wp-content/uploads/2018/06/ADRHESS-V4-.pdf>

Or, si on peut imaginer un métier d'accueil aux multiples facettes, reste tout de même à considérer l'effet délétère d'une interruption de tâche souligné par Bailey et Konstan. En effet, selon eux, l'interruption d'une tâche principale par une tâche périphérique augmente la durée d'exécution des deux tâches de 3% à 27%, multiplie par deux le risque de commettre une erreur, augmente l'énervernement de 31% à 106% et multiplie l'anxiété par deux par rapport aux situations où les tâches périphériques sont accomplies entre les tâches principales. Aussi, même à considérer que cette évolution permettrait la création de *pools* de compétences communs pour l'accueil intégral du patient de son entrée à sa sortie, il conviendrait tout de même de mettre en place des organisations intégrant des tâches bien identifiées dans le temps (temps d'accueil, temps dédié aux comptes-rendus, temps dédiés à la prise de rendez-vous, temps de gestion, etc) voire de tourner sur des postes physiquement différents mais proches permettant de concilier approche holistique de l'accueil du patient, polyvalence, productivité et bien-être professionnel.

Cette évolution est pour autant loin d'être une fiction. Elle est d'ailleurs fortement suggérée par l'ANAP (cf. diagnostic de maturité présenté dans le point précédent). A titre d'exemple, l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) parisien Saint Joseph a conduit récemment un travail important sur l'évolution du métier d'AMA. Lors d'un entretien téléphonique, la responsable du parcours patient a indiqué qu'avaient été créé un nouveau référentiel métier, des formations idoines, de nouvelles grilles salariales (cet établissement n'étant pas tenu par les grilles de la fonction publique hospitalière) dans la mesure où les AMA assuraient l'ensemble de la chaîne de facturation en sus de leurs missions traditionnelles.

En termes de gestion des ressources humaines, deux hypothèses s'ouvrent donc à nous :

- soit les métiers se rapprochent au point de n'en former qu'un avec une évolution réciproque des compétences des agents vers un métier d'AMA à la coloration admissionniste marquée ;
- soit les métiers divergent avec l'orientation de l'admissionniste plus vers un travail de *back-office*. Avec les nouvelles technologies, les admissions simples pourront être automatisées mais les gestionnaires de la facturation auront un positionnement crucial sur la vérification et l'identification des parcours à risque pour la facturation par exemple.

Les comportements des patients face aux nouvelles technologies permettant la pré-admission en ligne et l'admission sur borne lors de l'entrée du patient à l'hôpital et les souhaits des professionnels en activité permettront de percevoir le sens de l'évolution qui sera donc probablement pour partie propre à chaque établissement au vu des profils et aspirations de ses agents en charge de l'accueil des patients.

En tout état de cause, ces postes pourraient offrir de nouvelles possibilités de reclassement pour des infirmiers en soins généraux écartés de leur ancien métier pour des raisons physiques ou psychologiques. En effet, avec le développement de SIMPHONIE et le paiement au plus près de la réalisation de l'acte, l'anticipation des actes est incontournable et suppose de bien connaître les pathologies et les actes réalisés le plus souvent en conséquence par les médecins afin d'identifier et d'annoncer les éventuels restes à charge pour les patients afin que ces derniers puissent s'en acquitter rapidement.

### C) Un accompagnement au changement porté par la formation

Dans un article de 2016 sur la gestion des compétences des services d'admission facturation<sup>54</sup>, les auteurs mettent l'accent sur le rôle crucial de la formation pour les équipes, individuelle et collective, pour les agents comme pour les managers. « *En T2A, l'organisation et l'adaptabilité de cette « industrie » imposent une organisation et une structuration sans précédent soutenues par de nouvelles compétences techniques et managériales complexes.*

*L'organisation et l'adaptabilité d'une telle « industrie » imposent une très importante mobilisation de compétences.*

*De fait, les cadres doivent composer avec des équipes étoffées, à l'instar de leurs collègues soignants des services cliniques, ils ne sont plus seulement de super techniciens de la facturation et du contentieux. Ils doivent justifier de solides compétences managériales pour leur permettre de gérer les conflits, d'accompagner les changements, de planifier et distribuer le travail et de maintenir le service à flot malgré des conditions de travail à l'accueil administratif, parmi les plus dures. Comme tout cadre hospitalier, ils doivent par ailleurs compter sur une bonne culture générale de l'environnement juridique et financier de l'hôpital, utile pour eux-mêmes se situer dans l'organisation et expliquer les changements à leurs collaborateurs.*

*De leur côté, les personnels des services admission-facturation doivent faire face à des difficultés et tâches nouvelles, exigeantes en compétences. A titre d'exemple, la dématérialisation de la facturation nécessite désormais des compétences bureautiques poussées pour exploiter les fichiers et surveiller les interfaces entre applications. La gestion de l'agressivité croissante, observée par les soignants comme par les administratifs de l'accueil (service des urgences, contentieux, ...) est un autre exemple d'intelligence collective à favoriser, par une gestion de compétences aiguisée.*

---

<sup>54</sup> « *La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisée* », Claudie Fardo, Olivier Wery, Vincent Gervaise, et al. Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2016, n° 88, pp.12-16



*Avec l'organisation, la gestion des compétences au bureau des entrées s'avère un levier à privilégier pour réduire les coûts occultes du processus de facturation : coût de l'absentéisme et des inaptitudes des personnels « mal à l'aise » sur leur poste, coût du turnover, coût des erreurs de facturation et réclamations (rejets et contentieux), coût des recodages PMSI et ACE confiés à des prestataires de service...*

*La structuration et la formalisation des besoins en compétences, jusqu'à présent et encore fréquemment exprimés de façon empirique et circonstancielle à la faveur d'un recrutement ou d'un reclassement deviennent capitales. »*

Comme souvent dans la fonction publique hospitalière, c'est à la faveur de départs en retraite que les réflexions sur les compétences nécessaires sont l'occasion de faire évoluer les fiches de poste.

Le COPIL mis en place au sein de l'établissement sur la simplification du parcours administratif du patient a mis en évidence la nécessité de conduire une réflexion spécifique sur la formation. J'ai proposé que cette réflexion puisse être menée en lien entre l'attachée du SAF et la chargée de la formation professionnelle continue de la DRH avec les lignes directrices suivantes :

- des formations systématiques à l'arrivée des nouveaux professionnels (tant admissionnistes qu'AMA) et régulières tout au long de la carrière des professionnels (appui sur les entretiens d'évaluation annuels notamment) ;
- une formation interne sur les aspects techniques de la facturation revenant sur les principes de la T2A et faisant un focus sur les situations complexes faisant l'objet de contentieux ;
- une formation réalisée en externe sur la communication non-violente afin d'aider les professionnels dans les situations d'agressivité auxquelles ils peuvent faire face. Cette formation entre dans le champ de la politique de qualité de vie au travail de l'établissement.

En complément, la Directrice des affaires financières a lancé une formation-action visant à réassurer les cadres face aux bouleversements de la facturation actuels et les outiller pour adopter un positionnement juste et une communication adaptée dans le cadre des réorganisations à venir. Ces formations auront lieu début septembre.

Ces formations répondent à quatre objectifs :

- Fiabiliser les données à l'admission, garantir qualité et fiabilité dans le processus de facturation ;
- Harmoniser les pratiques au sein des services d'admission (secrétariats médicaux comme services d'admission) ;

- Favoriser et renforcer le lien entre les AMA et les admissions ;
- Se rendre acteur du changement en se montrant réactif et force de proposition face aux évolutions de la chaîne AFRT.

D) Résistance au changement et leviers de l'accompagnement au changement : la perspective de l'attribution de la NBI

a) *Résistance au changement et facteurs de motivation*

Dans son ouvrage préfacé par Paul Watzlawick, chercheur à l'école de Palo Alto, Françoise Kourilsky met en évidence, à rebours des visions traditionnelles, que les résistances ne doivent pas être considérées comme des freins ou obstacles à combattre mais comme des forces cachées à mobiliser pour susciter le désir de changement.

En outre, dans son ouvrage intitulé « *Nudge management : comment créer du bien-être, de l'engagement et de la performance au travail avec la révolution des sciences comportementales* », Eric Singler illustre l'erreur - qu'il considère comme fondamentale - de considérer la rémunération comme facteur motivationnel central : « *Depuis plus de deux siècles, nous avons intégré – en tant que société et en tant qu'individus – des idées fausses concernant notre relation au travail. C'est un dogme économique accepté depuis longtemps que, si vous voulez que quelqu'un fasse quelque chose, vous devez faire en sorte que cela le vaille. Les gens font des choses pour ces incitations, des récompenses, de l'argent* ». Or, il cite une étude menée par Dan Ariely<sup>55</sup> qui conclut que l'engagement n'est pas systématiquement corrélé à un système d'incitation financière.

De fait, la productivité des participants de l'étude – employés d'une usine de semi-conducteurs – était plus corrélée à un encouragement, en l'occurrence un message de félicitation du patron, qu'à une incitation financière. D'ailleurs, la productivité des participants ayant bénéficié d'une prime s'effondrait en dessous du niveau initial dès lors que cette dernière n'était pas reconduite.

b) *Impact de la mise en œuvre de SIMPHONIE pour les agents évoluant vers l'accueil physique du patient : des opportunités de missions accompagnées financièrement*

Le programme SIMPHONIE peut se concevoir comme une contrainte d'évolution et de réorganisation supplémentaire pour les professionnels, il est crucial d'accompagner cette démarche en lui donnant du sens. Néanmoins, dans un environnement en constante réorganisation à effectifs ou rémunération constants, il peut être intéressant de relever qu'une évolution organisationnelle de l'accueil des patients pourrait mener à des

---

<sup>55</sup> Dan Ariely, *Payoff : The hidden logic that shapes our motivations*, Simon & Schuster – Tedtalk, 2016

opportunités d'évolution de missions accompagnées financièrement. Le facteur financier peut également être un moteur dans l'acceptation des changements.

La NBI ne doit pas ici se concevoir et être présentée comme une incitation mais comme une valorisation des nouvelles compétences, une reconnaissance institutionnelle d'une évolution qui n'est pas systématique dans le système de la fonction publique hospitalière pour diverses raisons (statut de la fonction publique hospitalière en permettant pas d'attribuer des primes hors des textes législatifs et réglementaires).

Plus précisément, l'article 1 du décret n°97-120 du 5 février 1997 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière prévoit qu' « *Une nouvelle bonification indiciaire, dont le montant est pris en compte et soumis à cotisations pour le calcul de la pension de retraite, est attribuée mensuellement, à raison de leurs fonctions, aux fonctionnaires hospitaliers ci-dessous : [...] 5° Agents nommés dans un des corps autres que la catégorie A et appartenant à la « filière administrative », qui sont affectés à titre principal dans un service de « consultation externe », en contact direct avec le public, chargés d'établir les formalités administratives et/ou financières d'encaissement nécessaires à la prise en charge des soins dispensés aux patients : 10 points majorés* ». Au vu de la valeur du point d'indice, 10 points majorés correspondent à un peu moins de 50 euros.

Si les réflexions sur l'accompagnement de l'évolution des professionnels hospitaliers sont primordiales dans les réorganisations à mener au service du parcours patient, il ne faut pas obérer un autre point crucial, celui de l'association même des patients.

### **2.2.3 Sous l'angle de la qualité avec l'intégration de la notion d'expérience patient**

L'expérience patient est un concept relativement récent et confidentiel en France.

En effet, selon un baromètre BVA pour l'institut français de l'expérience patient datant de fin 2018, près de 45 % des sondés (personnes travaillant dans des établissements de santé, médico-sociaux ou dans le milieu de la santé en général) n'ont jamais entendu parler de ce concept.

Pourtant, le plan « Ma Santé 2022 » mentionne la nécessité de tenir compte de l'expérience patient notamment du vécu et du retour d'expériences des malades avec la mise en place d'indicateurs qui doivent être mesurés systématiquement, en commençant par les pathologies les plus fréquentes. Est également annoncé un financement à la qualité basé sur l'évaluation de la satisfaction des usagers.

Aujourd'hui, ses applications ne touchent pas que le parcours du patient à l'hôpital mais aussi la formation des professionnels de santé<sup>56</sup>.

L'expérience patient, concept lié au *design thinking* se définit, selon Amah Kouevi, fondateur de l'Institut français de l'expérience patient « *comme l'ensemble des interactions et situations vécues par une personne, susceptible d'influencer sa perception au cours de son parcours de santé* ».

Elle permet une identification des facteurs influençant le séjour hospitalier, que ce soit en termes techniques, ergonomiques, émotionnels, etc. et en conséquence, une meilleure adaptation du parcours de soins. Il participe aussi au mouvement de décloisonnement en considérant le parcours du patient dans sa totalité et en ne se focalisant plus uniquement sur la pathologie mais sur l'humain.

C'est un changement de paradigme pour l'hôpital dont les organisations se sont longtemps imposées aux patients. L'expérience est vectrice de sens dans les réorganisations et permet à tous de s'accorder sur le cœur de la mission hospitalière : l'accueil et la prise en charge du patient.

Pour l'ensemble de ces raisons, une réflexion majeure est à conduire par la direction de la qualité sur l'expérience patient.

Dans le projet de simplification du parcours administratif du patient, elle s'est exprimée par deux biais : un questionnaire afin d'identifier leur degré de satisfaction par rapport à l'organisation actuelle, les attentes des patients et leur rapport aux nouvelles technologies et l'intégration d'usagers au sein des groupes de travail.

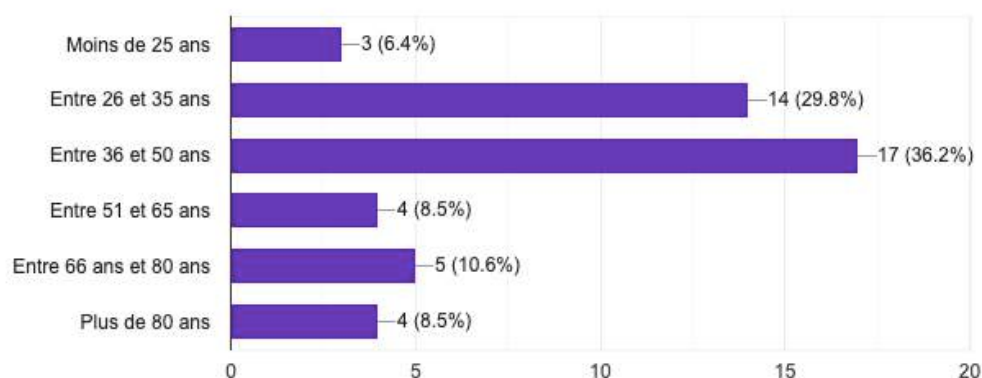
- ✓ Le questionnaire<sup>57</sup> à leur intention a été construit avec le représentant des usagers, la direction de la qualité et la direction de la communication. L'idée était d'obtenir une cinquantaine de réponses, la moitié au niveau du plateau des consultations externes, et l'autre moitié, au niveau du PFE.

---

<sup>56</sup> Au cours de mon stage, j'ai eu la chance de participer à une réunion avec le doyen de la faculté de médecine de Brest visant à réfléchir à l'intégration de patients dits partenaires dans les maquettes de formation médicale. J'ai eu l'opportunité d'y rencontrer Alexandre Berkese qui travaille au Canada depuis 2012 sur l'intégration du partenariat en soin dans 19 établissements de santé - notamment le centre hospitalo-universitaire de Montréal - et dans les cursus de formation. Il a conduit au sein du *Centre of excellence on partnership with patients and the public* des recherches sur l'impact de cette intégration. Les étudiants en médecine y trouvent une satisfaction forte en termes de développement des compétences et de qualité de vie durant leurs études. Grâce à l'intégration des patients partenaires dans leur cursus, le cadre leur semble moins pressurant et les apprentissages plus réalistes. Il y a un véritable gain de sens pour eux qui se répercute au cours de leurs stages cliniques. A Montréal, il y a aujourd'hui 250 patients formateurs.

<sup>57</sup> Annexe 21 : Questionnaire à destination des patients

Dans les faits, 47 patients ont été interviewés<sup>58</sup>, 51,1% au PFE et 48,9% au plateau des consultations externes. Les patients les plus représentés ont entre 36 et 50 ans :



Source : Questionnaire à destination des usagers googleform

Pour un peu de moins de 80% d'entre eux, ils avaient déjà fréquenté l'hôpital en tant que patient. Ils sont globalement satisfaits de l'accueil administratif qui leur est réservé au sein de l'hôpital de Saint-Brieuc (presque 75% se déclarent très satisfaits et 24% satisfaits). A néanmoins été évoquée la simplification des allers et retours pour les patients.

La signalétique convient parfaitement à plus de 80% d'entre eux. Pour autant, ils sont presque 40% à avoir rencontré des difficultés d'orientation après le passage au bureau des entrées. Le plus souvent, ils ont proposé en conséquence de revoir les code couleur, le fléchage et les panneaux d'orientation et ils sont 57% à plébisciter l'intégration d'un plan sur les convocations.

Pour presque 90% d'entre eux, la borne de gestion de file d'attente située sur le plateau des consultations externes leur paraît simple d'utilisation. Certains sollicitent d'ailleurs l'installation de bornes complémentaires mais indiquent en grande majorité que cela ne doit pas se traduire par des suppressions de poste. Ils sont néanmoins un plus nombreux à ne pas vouloir réaliser leurs formalités d'admission sur une borne à l'entrée de l'hôpital (25 non contre 21 oui).

Ils sont presque 60% à être satisfaits du délai d'attente à l'accueil pour réaliser les formalités administratives. Seuls 13% le sont moyennement et 4% pas du tout.

Concernant leur propension aux nouvelles technologies, hormis la prise de rendez-vous en ligne et la consultation des résultats d'imagerie ou de laboratoire en ligne, ils semblent peu intéressés par les nouvelles technologies. Ils sont d'ailleurs 60% à déclarer ne s'être jamais rendus sur le site internet de l'hôpital.

<sup>58</sup> Annexe 22 : Réalisation de l'enquête au niveau du plateau des consultations externes (photographie)

Nous avons échangé avec le représentant des usagers concernant les résultats de cette enquête qui, bien qu'intéressante nous semble peu concluante du fait des contradictions relevées que cela soit sur les difficultés d'orientation du patient ou encore la propension au numérique (bornes d'admission).

✓ L'intégration d'usagers au sein des groupes de travail :

La collaboration du représentant des usagers s'est révélée plus fructueuse pour le représentant des usagers que pour l'utilisateur simple de l'hôpital, qui s'est peu exprimé. Sa présence a néanmoins permis d'envoyer le signal aux professionnels que l'objectif du projet était bel et bien la simplification du parcours pour le patient. Cela les aura peut-être encouragés à aller en ce sens.

Les organisations professionnelles coordonnées autour du parcours patient au vu des besoins et attentes recensées avec lui, il convient de voir à présent leur traduction architecturale.

#### **2.2.4 Dans le champ de la direction des travaux : l'architecture reflète des organisations**

##### **A) Influence de l'ambulatorio sur les parcours hospitaliers en ce compris l'accueil des patients**

La notion d'ambulatorio - du latin *ambulatorius*, adjectif exprimant le mouvement, le fait que quelqu'un se déplace - est imbriquée avec celle du parcours administratif du patient, ce dernier faisant partie du parcours de l'utilisateur. De plus, l'ambulatorio accélère les flux et incite à une réorganisation de l'espace qui n'exclut pas les services d'accueil et d'admission.

Tout d'abord, rappelons que l'ambulatorio s'impose comme une réponse face à l'augmentation des maladies chroniques telles que le cancer, les affections cardiovasculaires, pulmonaires, le diabète etc... couplée au vieillissement de la population. Ces éléments expliquent et impliquent l'introduction de la notion de parcours de soins et de parcours de santé non plus sur la base d'un hospitalocentrisme mais mettant le patient au cœur du dispositif.

Du fait des (r)évolutions technologiques de la médecine (chirurgies moins invasives telles que les coelioscopies et médicaments innovants) entraînant des adaptations organisationnelles telles que la RAAC (récupération améliorée après chirurgie) et des réflexions managériales en lien telles que le *lean management*, sans compter l'impact encore à venir des nouvelles technologies de l'information et de la communication (*big data*,

intelligence artificielle entre autres), les capacités en hospitalisation conventionnelle et la durée des séjours hospitaliers ne cessent de diminuer au profit du développement de l'ambulatoire.

L'architecture se pose donc comme la dernière pierre au service de ce virage ambulatoire afin de se donner les moyens d'atteindre l'objectif ambitieux fixé par la ministre de la santé de 70% d'ambulatoire à l'horizon 2022.

Les évolutions architecturales s'adaptent aux enjeux de productivité et de bien-être tout en répondant à l'évolution des besoins des patients et des activités hospitalières.

Si les maîtres-mots sont à coup sûr flexibilité, adaptabilité et modularité, certains architectes imaginent aujourd'hui pour les établissements de santé des structures mobiles - halls ou *open-spaces* opératoires, pavillons évolutifs, ... - répondant mieux aux besoins des patients et à la gestion des flux.

A titre d'illustration, dans une interview, les architectes d'A+Architecture, à l'origine notamment de l'extension de l'Hôpital de Villefranche-sur-Saône, disent concevoir l'évolution des espaces ambulatoires comme un lieu d'accueil dans un environnement apaisant et confortable à la fois visuellement et acoustiquement comportant des éléments de communication, un graphisme d'espace et une signalétique appropriée qui informent et orientent de manière efficiente<sup>59</sup>.

Ils s'appuient sur le concept de marche en avant, de circuit court et cherchent ce faisant, à valoriser les différentes étapes des flux pour améliorer la performance des organisations : *« Les flux sont multiples (patients, soignants, logistique ...) et doivent s'organiser sur un temps de prise en charge par étape réduit au maximum. Pour cela il est important de rationaliser le parcours tout en valorisant sa qualité architecturale. Cela se concrétise par exemple par un accueil dans un espace confortable et chaleureux mais dont l'enregistrement personnalisé ou autonome (bornes) en réduira la durée. Sur le principe de la marche en avant, le circuit proposera des ambiances rassurantes tout en évitant tout retour en arrière ou multiplication de croisements, transferts ... Ainsi un patient apaisé dans un parcours court et de qualité conceptuelle présentera plus d'autonomie, son temps nécessaire à chaque étape deviendra minimal. »*.

Quant au cabinet d'architecture A.26, il met l'accent sur des circuits courts et le bien-être des patients et du personnel. Leur réflexion sur le graphisme d'espace est à noter : *« Le graphisme d'espace est un facteur de beauté pour le lieu. Tout en informant le patient, il rend les espaces plus dynamiques grâce à ses couleurs ou ses matières comme les signalétiques des services traités par la protection murale. Il est en relation avec la*

---

<sup>59</sup> Architectures hospitalières, Hors-série 02, Hiver 2017/2018, p.7

*décoration et le thème de l'aménagement. Un travail sur la signalétique viendra également faciliter le repérage du visiteur. ».*

La notion de modularité est également un élément clé de l'évolution des pratiques et des besoins pour accompagner les évolutions liées parfois à des contraintes réglementaires. Le cabinet Architecture-Studio met en évidence que « *Les surfaces doivent bien évidemment être clairement définies mais leur affectation peut rester indicative avec des latitudes d'évolution possibles des locaux. Cette approche, que l'on retrouve dans d'autres pays, nécessite aussi d'homogénéiser les caractéristiques techniques des locaux (traitement d'air, terminaux, etc.) en fonction de leurs différentes typologies. ».*

Le cabinet Art & Build, à l'origine du projet du nouveau CHU Ile de Nantes, met également en exergue que l'architecture doit faciliter la coordination entre les personnels des services.

Les réflexions sur les aspects sociologiques de l'organisation de l'espace ou comme la dénomme Eric Singler « la science de l'espace de travail » vont dans le même sens. Pour ce dernier, la combinaison gagnante repose sur la flexibilité, la coopération et la personnalisation : « *Une double personnalisation de chaque espace est nécessaire selon son usage – la nature des tâches effectuées – et ses utilisateurs – la nature du public et ses attentes -, à partir d'un cahier des charges qui définit pour chaque espace :*

- la tâche principale qui y sera effectuée ;*
- les caractéristiques psychologiques et fonctionnelles nécessaires au bon accomplissement de la tâche ;*
- les usagers de l'espace et leurs attentes respectives éventuelles ;*
- les différentes variables d'activation avec, pour chacune d'entre elles, un descriptif précis. »<sup>60</sup>.*

Il en ressort que si les injonctions peuvent sembler contradictoires - lieux ouverts et néanmoins intimes, technologies de pointe mais un environnement le minimisant, accueillant et apaisant, espaces répondant aux besoins et évolutifs tout à la fois -, les concepteurs architecturaux s'attachent à concilier et anticiper au mieux les enjeux et besoins en associant les acteurs.

## B) Transposabilité des principes architecturaux directeurs de l'ambulatorio à la simplification du parcours administratif du patient

---

<sup>60</sup> p.186 de l'ouvrage Nudge management



Sous l'impulsion d'un bâtiment dédié à l'ambulatoire, est attendu une augmentation du nombre des consultants et des HDJ. Le bâtiment a été conçu en partant d'une augmentation estimée de ces activités de +15%. Les données d'activités actualisées dans le cadre du PGFP montrent que ces prédictions généralistes ne sont globalement pas erronées<sup>61</sup>.

En conséquence, il convient de considérer que le nombre de passages aux points d'accueil va augmenter ce qui doit conduire à une réflexion sur la gestion des flux. En outre, avec le développement de maladies chroniques et le vieillissement, on peut s'attendre encore à une augmentation des flux. En revanche, les nouvelles technologies permettant la réalisation de formalités administratives (admission-facturation) en ligne, les besoins en termes d'accueil vont probablement diminuer. Avec ces tendances contradictoires, il est donc difficile aujourd'hui d'estimer le nombre de passages exact permettant de calibrer le nombre de box d'admission.

Aussi, premièrement, le concept de d'adaptabilité propre à l'ambulatoire et à son évolution, est également une réponse pour la partie administrative du parcours du patient. Le nombre de box d'admission doit pouvoir évoluer en fonction des flux de patient tout en conservant la confidentialité nécessaire. Les cloisons amovibles peuvent être une solution.

Deuxièmement, ce sont la flexibilité et la modularité qu'il convient de convoquer tant le programme SIMPHONIE et les nouvelles technologies vont avoir un impact sur les métiers de la chaîne AFRT, orientant probablement plus ces derniers vers des tâches de gestion en *back office*. Aussi, avec des équipes polyvalentes entre admission et gestion, l'espace d'accueil doit donc également pouvoir se transformer en espace de travail clos propice à la concentration.

Troisièmement, en tant que premier contact avec l'hôpital, l'accueil doit donner le ton de l'image de marque de l'établissement en termes de confort et de chaleur, de technologie et s'inscrire dans une signalétique facilitant l'orientation.

Quatrièmement, le concept de marche en avant doit être mis en œuvre afin d'offrir un parcours plus lisible et cohérent pour l'utilisateur et plus performant en termes d'organisation hospitalière. La création d'un salon de sortie se pose donc comme un élément de réflexion intéressant. Positionné à la sortie du bâtiment<sup>62</sup>, accessible aux patients sortant d'hospitalisation (HC, HDS ou HDJ) ou d'une prise en charge ambulatoire, cet espace se conçoit comme un lieu d'attente en vue du retour à domicile<sup>63</sup> (attente de transport) dans

---

<sup>61</sup> Annexe 23 : Graphique montrant l'évolution du nombre d'entrées par mode d'hospitalisation entre 2018 et 2025 (données activités PGFP)

<sup>62</sup> Annexe 24 : Plans du RDC du bâtiment dédié à l'ambulatoire et localisation potentielle du salon de sortie

<sup>63</sup> Annexe 25 : Affiche d'information concernant le salon de sortie du CHU de Poitiers

lequel les formalités administratives de sortie pourraient être réalisées (bulletin de situation, paiement, ...) via une borne. De 9h à 17h, un professionnel soignant ou médico-administratif<sup>64</sup> (un reclassement d'ISG pourrait être privilégié compte tenu de l'importance de détecter tout signal de dégradation de l'état de santé du patient) pourrait accueillir et aiguiller les patients sortant dans l'utilisation de la borne. Pouvant accueillir une quinzaine de patients par jour<sup>65</sup>, ce salon de sortie permettrait corrélativement une meilleure gestion des lits.

Face à des organisations en mouvement imposées par un univers contraint financièrement et juridiquement, les principes architecturaux propres à l'ambulatorio s'appliquent ainsi parfaitement aux réflexions à mener sur le parcours administratif du patient.

---

<sup>64</sup> Annexe 26 : Fiche de poste hôtesse de régulation du salon de sortie du CHU de Poitiers

<sup>65</sup> Estimation basée sur les données extraites de la GAP, du service des transports, et discutées avec les professionnels (cadre de chirurgie, cadre de chirurgie ambulatoire, cadre de gastro-entérologie, chirurgien en ORL, cadre du brancardage) confortée par un benchmark mené auprès du CHU de Poitiers et du GH de La Rochelle-Ré-Aunis. Bien entendu, une simulation sur une semaine type impliquant les cadres de l'établissement permettrait d'affiner cette estimation d'autant qu'il faut aussi prendre en compte l'acceptation du patient à se rendre au salon de sortie.

<sup>66</sup> Annexe 27 : Photographie du salon de sortie du GH La Rochelle-Ré-Aunis

## Conclusion

La simplification administrative du patient répond à un double enjeu croissant pour les établissements : à la fois de personnalisation des organisations hospitalières afin de mieux répondre aux besoins des patients mais également de sécurisation des recettes à l'aune des outils proposés par le programme SIMPHONIE.

Ce projet se distingue par sa complexité tant il recouvre des champs larges pour l'hôpital – l'ensemble des modes d'hospitalisation, l'ensemble des professionnels dans le cycle d'accueil des patients sont concernés – dans un cadre changeant du fait des remaniements architecturaux en cours. Les champs des directions fonctionnelles affaires financières, systèmes d'information, ressources humaines, qualité, travaux mais aussi communication, développement durable, achats et logistique s'en trouvent impactés. En effet, des actions concrètes sont identifiées telles que la gestion des compétences de la chaîne AFRT, l'intégration des NTIC, une GMPC visionnaire permettant de bâtir des plans de formation collectifs et individuels adaptés ou encore des architectures modulaires, évolutives ouvrant à des organisations et des parcours fluides. Aussi, les directions fonctionnelles doivent être actrices des changements à venir sous peine d'engranger un retard délétère pour la gestion de l'hôpital et la qualité de prise en charge.

Pour relever ces défis de transformations globales de l'hôpital dépassant la seule mise en place d'actions locales d'amélioration, de tels projets doivent se penser et se conduire de manière transversale et mobiliser des compétences plurielles au sein des directions fonctionnelles, des services hospitaliers et doit aussi associer désormais aux réorganisations hospitalières, des représentants des usagers, des représentants d'association et de patient.

Dans la mesure où des projets de cette nature interrogent en profondeur les modèles opérationnels traditionnels, ils soulignent donc l'intérêt que peut constituer la création d'une direction des opérations<sup>67</sup>. En vogue depuis le milieu des années 2010, les DOP accompagnent par la méthode et la coordination l'engagement de transformations profondes des processus hospitaliers.

Ainsi, cette démarche vécue et pilotée au Centre hospitalier de Saint-Brieuc est donc un exemple du changement de paradigme réel d'intégration de la logique de parcours et de

---

<sup>67</sup> <https://www.opusline.fr/la-fonction-de-direction-des-operations-a-lhopital-quelle-evolution-en-3-ans/>  
<http://gestions-hospitalieres.fr/dossier/directeur-des-operations-en-avoir-ou-pas-a-lhopital/>

l'expérience patient. Elle démystifie l'opposition classique entre intérêt du patient et optimisation des ressources et donne à voir des défis majeurs et des opportunités enthousiasmantes en termes managériaux pour les directeurs d'hôpital qui doivent se poser plus que jamais comme des « phronetic leaders », leaders porteurs de sens et d'une vision systémique.

Formule d'autant plus vraie pour le service public, Tim O'Reilly - auteur et figure incontournable de la Silicon Valley – affirmait *“Nous devons arrêter de penser que les personnes travaillent pour les entreprises, et commencer à imaginer des entreprises qui travaillent pour les gens.”*

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Instruction interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé
- Circulaire interministérielle n°DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2012/350 du 14 septembre 2012

### Ouvrages :

- Descartes R., *Discours de la méthode*, Ed. Hatier, 2012
- Arnaud B., Caruso Cahn S., *La boîte à outils de l'intelligence collective*, Ed. Dunod, 2016
- Kourilsky F., *Du désir au plaisir de changer*, Ed. Dunod, 2014
- Singler E., *Nudge management*, Ed. Pearson, 2018
- Thiry T., *Les pratiques de l'équipe agile*, Ed. Deboeck, 2019
- Wery O., Delnatte J.-C., *La facturation des soins hospitaliers*, Ed. Infodium, 2014
- Weber M., *Economie et société*, Plon, 1971, Publication originale, posthume, 1921

### Mémoires professionnels consultés :

- Seck H. (DH), *Optimiser une chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement en pleine transformation numérique, l'exemple d'une réorganisation menée aux Hôpitaux de Saint-Maurice objectivée par une enquête hospitalière comparative*, Mémoire de l'EHESP, 2018
- Durgueil J., *Optimisation de la chaîne de facturation/recouvrement. Quels enjeux dans le projet de refonte du parcours patient au Centre hospitalier de Brive ?*, Mémoire de l'EHESP, 2018
- Da Cruz L. (DH), *L'amélioration continue des parcours des patients : Analyse in itinere d'un projet mené aux Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest (AP-HP)*, Mémoire de l'EHESP, 2016

- Roblot L. (AAH), *Une optimisation du circuit des patients : la mise en place d'un accueil médico-administratif unique des patientes en gynécologie-obstétrique au Centre hospitalier de Lannion-Trestel*, Mémoire de l'EHESP, 2016
- Jeannin C. (DH), *Choc de simplification au bureau des admissions : les enseignements du projet mené au Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon*, Mémoire de l'EHESP, 2015
- Iffrig L. (AAH), *La mise en place du projet SIMPHONIE au sein du GH des Hôpitaux Universitaires de Paris Est*, Mémoire de l'EHESP, 2015
- Noharet M. (DH), *Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement*, Mémoire de l'EHESP, 2008

#### **Articles de périodiques, revues :**

- Yaha O., *Circulaire "frontière" : Bientôt la fin de l'insécurité juridique et financière ?*, Finances hospitalières, 2019, n° 132, pp.23-26
- Dumas C., Wery O., *Rénover et simplifier la prise en charge financière des soins à l'hôpital*, Finances hospitalières, 2019, n° 131, pp.7-10
- Gervaise V., Bouyahiaoui K., *La simplification administrative à l'hôpital*, Gestions hospitalières, 2018, n° 578, pp.472-475
- Bertézène S., *Un management humaniste : Dépasser les tensions, améliorer la performance ?*, Gestions hospitalières, n°573, Février 2018, p. 105
- Bouyahiaoui K., Seck H., *L'importance stratégique des admissions, renforcée par les évolutions sectorielles et technologiques, pourrait conduire à une refonte des processus métiers et des modalités de recrutement*, Finances hospitalières, 2018, n° 125, pp.10-14
- Gervaise V., Marande F., Velle P. et al., *Garantir la qualité de la facturation avec CDRi : Retour sur l'expérimentation conduite au CHRU de Nancy*, Finances hospitalières, 2017, n° 116, pp.10-16
- Hebbrecht G., Desmet P., Mayran de Chamisso P., *Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la"*, Revue hospitalière de France, 2017, n° 576, pp.54-59
- Fardo C., Wery O., Gervaise V. et al., *La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisée*,

*Santé RH - la lettre des ressources humaines dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux*, 2016, n° 88, pp.12-16

- Georges-Picot A., *Les habits neufs du bureau des entrées*, *Finances hospitalières*, 2015, n° 87, pp. 8-10
- Architectures hospitalières, Hors-série 02, Hiver 2017/2018, p.7
- Ariely D., *Payoff : The hidden logic that shapes our motivations*, Simon & Schuster – Tedtalk, 2016
- Ding, Choi et Aoyama, *Relational study of wise (phronetic) leadership, knowledge management capability, and innovation performance*, *Asia Pacific Management Review*, Elsevier, 2018
- Ponsot R.M, Mily P. (de), *Le coût d'un recrutement : restitution des travaux*, communication réalisée sur la base des travaux de recherche produits à l'ISEOR, 2012.
- Davenport T. H., *Saving it's soul : human centered information management*, *Harvard Business Review*, 1994, 72 (2), 119-131.

#### **Guides :**

- Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA), *Référentiel des activités et des compétences : Chaîne accueil - facturation – recouvrement*, 2018, p.61
- Jaouannet, P. Martin P., Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (Paris, FRA), *Piloter la chaîne Accueil - Facturation - Recouvrement par les indicateurs*, 2018, p.30
- Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (M.E.A.H.) (Paris, FRA), *Guide de facturation. Procédures d'admission des patients*, 2008, p.102

#### **Sites internet, ressources en ligne :**

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1029313217304918>  
(phronetic leader)
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/fides>

- <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/hospitalents>
- <http://www.gazette-sante-social.fr/50950/l'experience-patient-transforme-les-pratiques-en-sante>
- [https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/06/19/le-deficit-des-hopitaux-publics-a-double-en-2017-malgre-les-efforts-de-gestion\\_5317588\\_1651302.html](https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/06/19/le-deficit-des-hopitaux-publics-a-double-en-2017-malgre-les-efforts-de-gestion_5317588_1651302.html)
- <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/etablissements-l'experience-patient-cette-grande-inconnue-du-monde-medical>
- <https://www.magazine-decideurs.com/news/l-experience-patient-presentation-et-objectif>
- <https://www.opusline.fr/la-fonction-de-direction-des-operations-a-l-hopital-quelle-evolution-en-3-ans/>
- <http://gestions-hospitalieres.fr/dossier/directeur-des-operations-en-avoir-ou-pas-a-l-hopital/>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/la-confidentialite-c-est-l-affaire-de-tous>
- <https://www.adrhess.com/wp-content/uploads/2018/06/ADRHESS-V4-.pdf>
- <https://emploi.fhf.fr/offre-emploi.php?id=125947>
- [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_cooronne\\_a\\_l\\_hopital-3.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_cooronne_a_l_hopital-3.pdf)



---

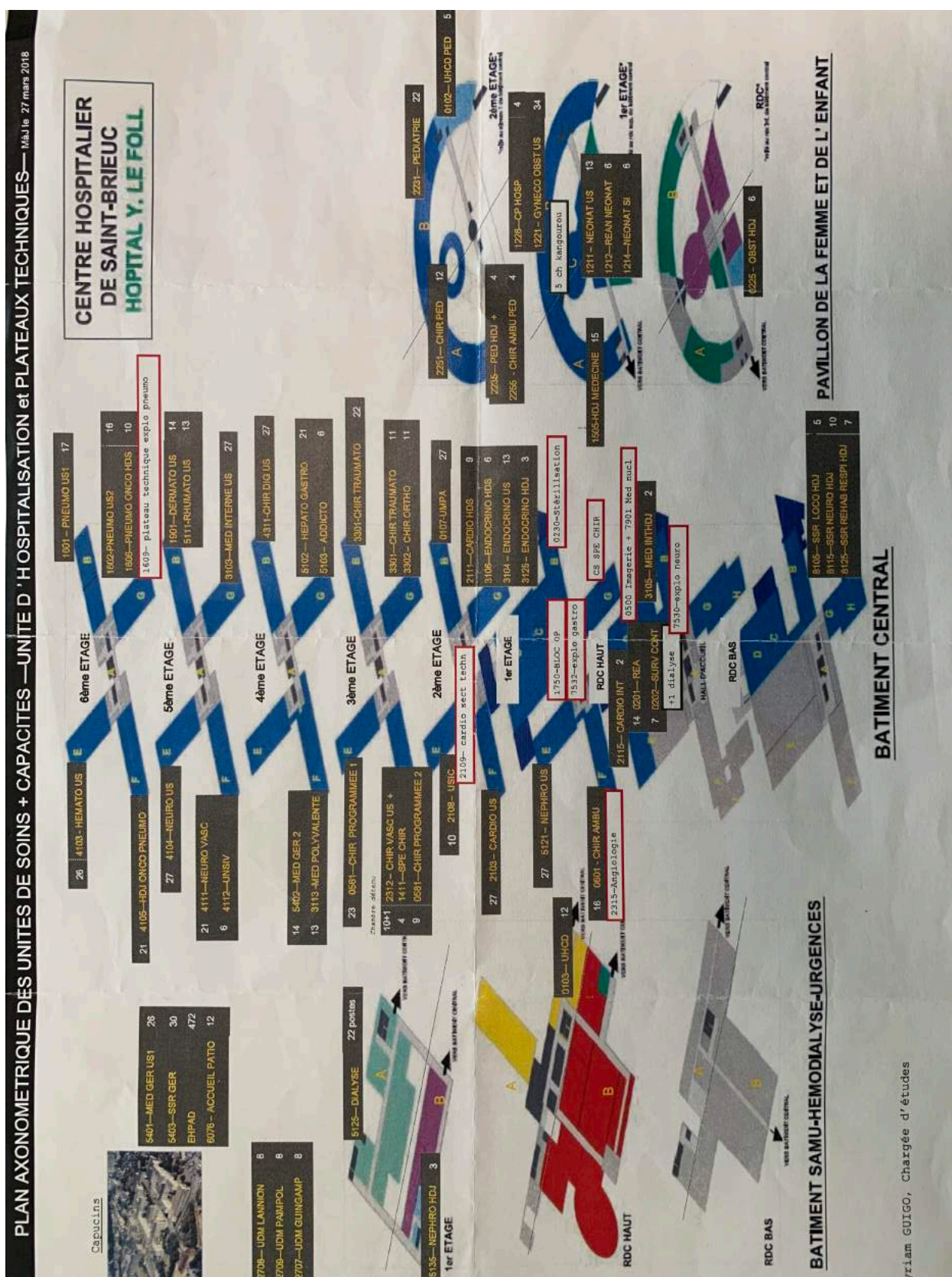
## Liste des annexes

---

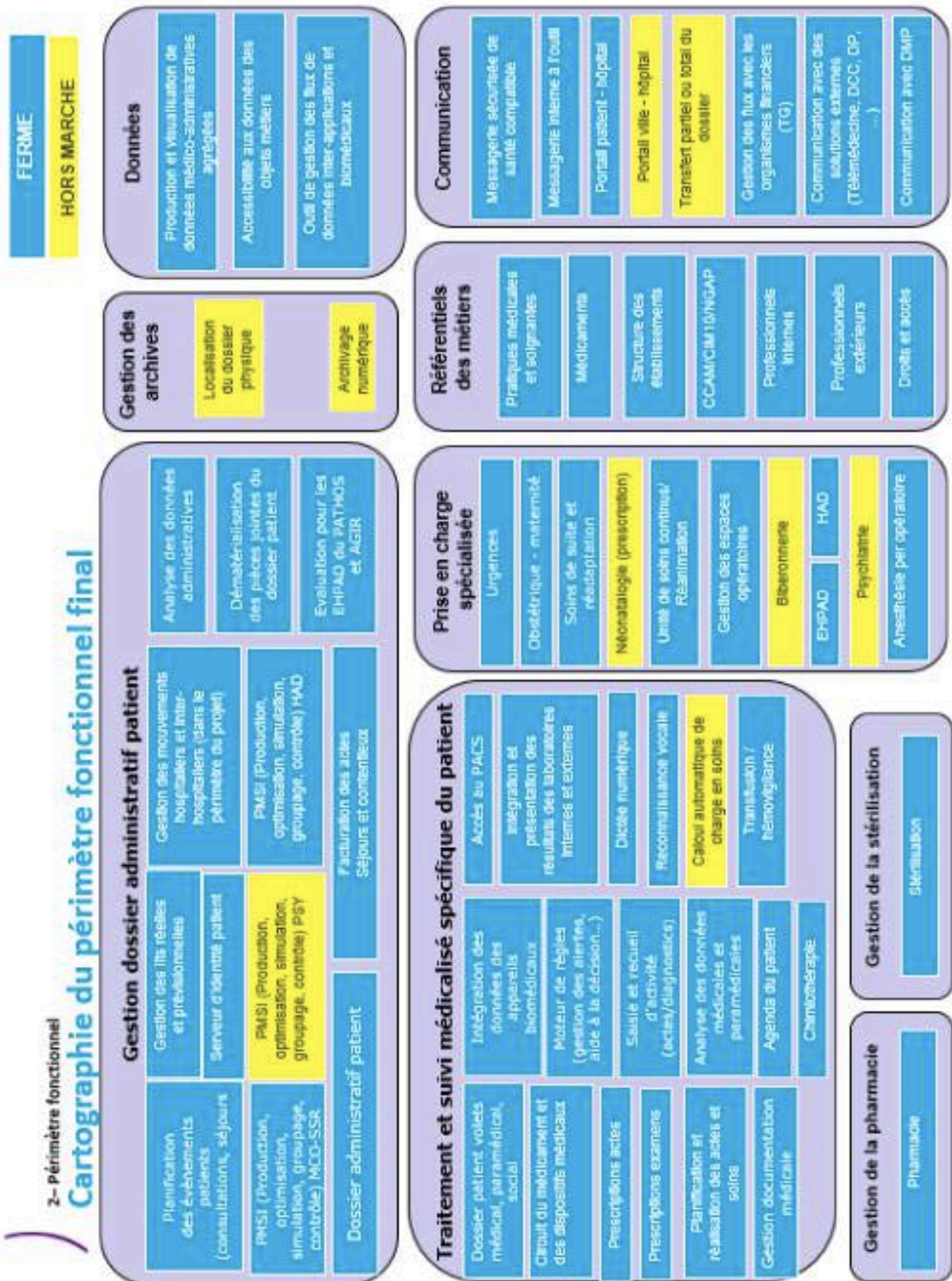
- Annexe 1 :** Répartition des activités au sein du site principal du CHSB
- Annexe 2 :** Périmètre du nouveau système d'information patient communautaire dit e-roz
- Annexe 3 :** Identification des processus d'accueil du patient par parcours
- Annexe 4 :** Modélisation chiffrée des parcours par lieu d'admission
- Annexe 5 :** Modélisation des parcours patient sur plan (exemple des parcours se croisant au sein du RDC du PFE)
- Annexe 6 :** Modélisation des parcours par la méthode des post-it
- Annexe 7 :** Rétroplanning en vue de l'élaboration du diagnostic partagé
- Annexe 8 :** Chronique d'activité des services d'accueil et admission au PFE
- Annexe 9 :** Exemple de travail de brainstorming mené en groupe de travail PFE
- Annexe 10 :** Support de présentation du groupe de travail PFE
- Annexe 11 :** Déclaration d'évènement indésirable : retard d'un patient en raison d'un engorgement des services d'admission
- Annexe 12 :** Organigramme du SAF
- Annexe 13 :** Organisation et effectif global du service d'admission
- Annexe 14 :** Organisation et activités des SAF en fonction des lieux d'admission
- Annexe 15 :** Synthèse de l'audit des pratiques d'admission
- Annexe 16 :** Audit du SAF-H
- Annexe 17 :** Compte-rendu de la réunion du COPIL simplification du parcours administratif du patient du 12 juin 2019
- Annexe 18 :** Communication à destination des patients mise en place par Centre hospitalier de Lannion
- Annexe 19 :** Présentation des bornes et de l'application smartphone d'orientation – Photographies prises à la Paris Healthcare Week
- Annexe 20 :** Convocation type d'un patient
- Annexe 21 :** Questionnaire à destination des patients
- Annexe 22 :** Réalisation de l'enquête au niveau du plateau des consultations externes (photographie)

- Annexe 23 :** Graphique montrant l'évolution du nombre d'entrées par mode d'hospitalisation entre 2018 et 2025 (données activités PGFP)
- Annexe 24 :** Plans du RDC du bâtiment dédié à l'ambulatoire et localisation potentielle du salon de sortie
- Annexe 25 :** Affiche d'information concernant le salon de sortie du CHU de Poitiers
- Annexe 26 :** Fiche de poste hôtesse de régulation du salon de sortie du CHU de Poitiers
- Annexe 27 :** Photographie du salon de sortie du GH La Rochelle-Ré-Aunis

# Annexe 1 : Répartition des activités au sein du site principal du CHSB



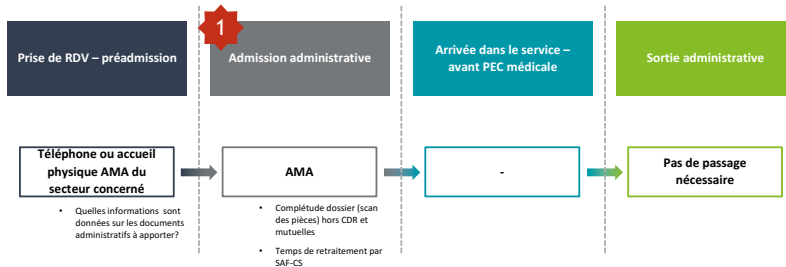
**Annexe 2 : Périmètre du nouveau système d'information patient communautaire dit e-roz**



# Annexe 3 : Identification des processus d'accueil du patient par parcours

## Consultations externes | Médecine nucléaire, laboratoire, MPR, CLAT, angiologie

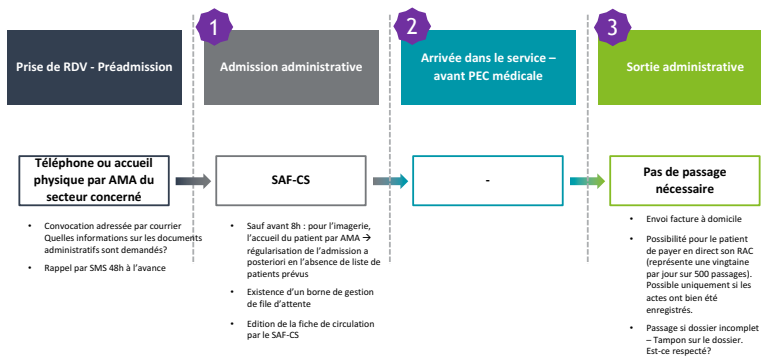
### → Accueil décentralisé AMA partiel



Dysfonctionnements recensés : • Pratiques différentes entre les services pour les AMA → formation

## Consultations externes | Activités sur plateau : dermatologie, endocrinologie, ortho, neuro, anesthésie, chirurgie digestive, rhumatologie, gériatrie, médecine interne Activités hors plateau : Imagerie médicale, pneumologie, cardiologie, endocrinologie, hématologie, hépato-gastro-entérologie-addictologie, génétique

### → Accueil centralisé

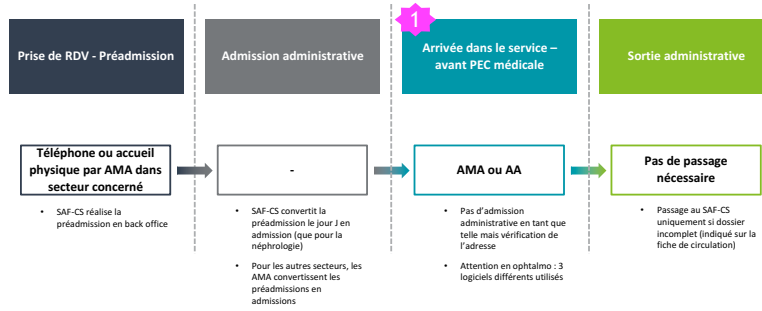


Dysfonctionnements recensés : • Pratiques différentes entre les services → besoin de formation

## Consultations externes

Activités hors plateau : médecine interne en HDI, ORL, ophtalmologie, stomatologie, neuro (AVC uniquement), consultation douleur, chirurgie vasculaire (CVT), néphrologie

### → Accueil déconcentré AMA ou AA



#### Dysfonctionnements recensés :

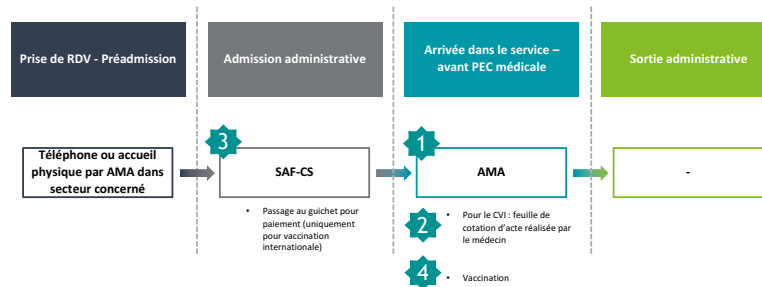
- Pratique différente en néphrologie : réalisation d'une liste d'admission validée en début de journée en totalité nécessitant une revérification en fin de journée. Or retour d'information aléatoire.
- En ophtalmo : 3 admissions à faire.

8

## Consultations externes

Activités hors plateau : Centre de vaccination internationale, vaccination tout public

### → Accueil décentralisé partiel AMA

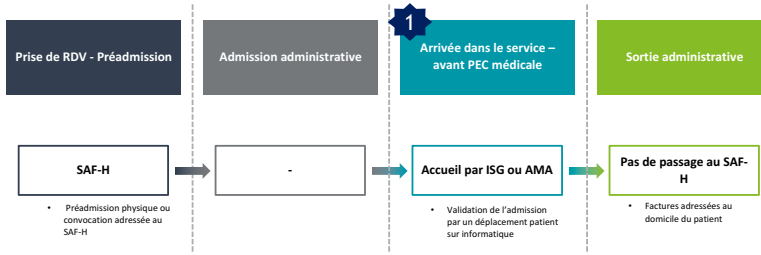


#### Dysfonctionnements recensés :

- Insatisfaction des AMA du fait de la complexité de certains cas (patients étrangers)
- Va et vient des patients

9

→ Accueil déconcentré soignant



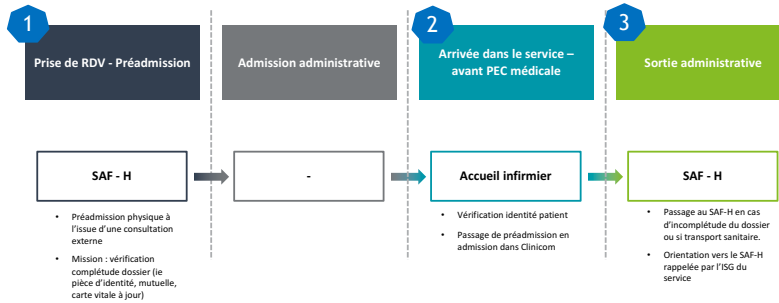
Dysfonctionnements recensés :

- Beaucoup d'ALD a priori = retour d'information non systématique. Charge de travail supplémentaire pour le SAF qui n'a pas toutes les informations d'emblée.

1  
0

Hospitalisation complète | Programmé

→ Accueil déconcentré soignant



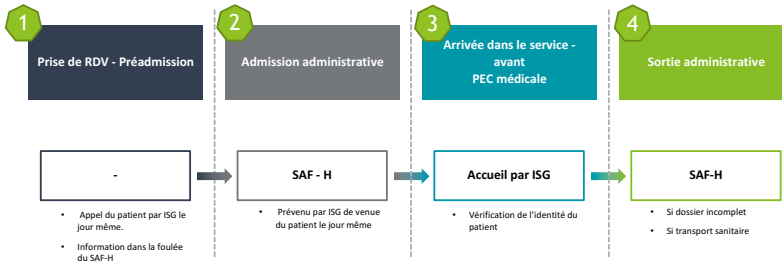
Dysfonctionnements recensés :

- Orientation aléatoire par l'ISG

1  
1

## Hospitalisation complète | Semi programmé

### → Accueil centralisé (non physique)



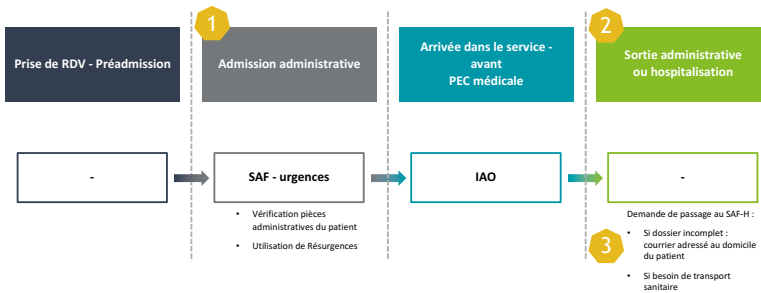
### Dysfonctionnements recensés :

- Cas où le patient s'oriente directement dans le service sans passer par le SAF-H obligeant l'ISG à appeler le SAF-H pour transmettre les données administratives du patient = risque pour les données administratives
- A l'inverse, si le patient se présente au SAF-H, en l'absence de convocation ou d'information par le service, il apparaît difficile de l'orienter.

1  
2

## Urgences | Adultes et enfants (orthopédie)

### → Accueil centralisé



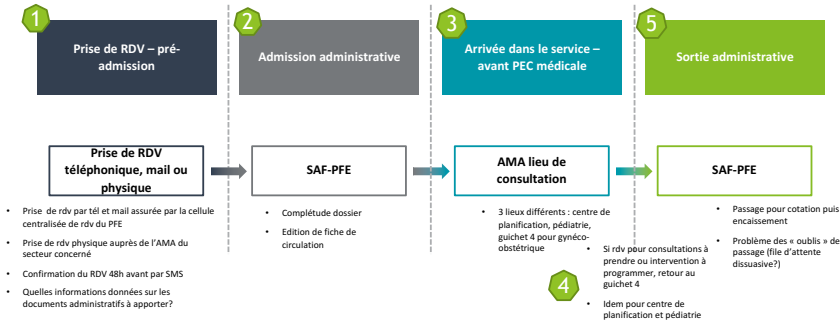
### Dysfonctionnements recensés :

- Parcours valable pour une urgence vitale comme une urgence non vitale
- Problème a priori de la complétude du dossier la nuit

1  
3



→ Accueil centralisé



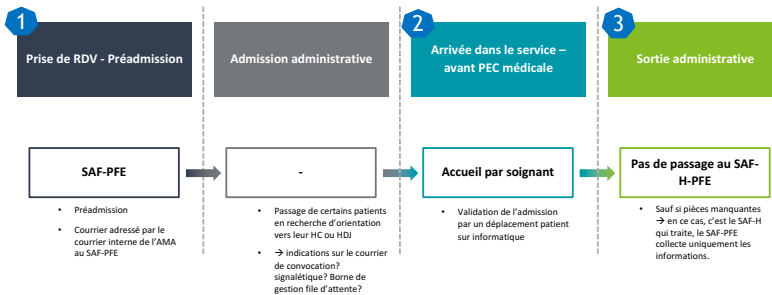
Dysfonctionnements recensés :

- Si orientation PASS, délai de traitement plus long. Combien cela représente? Quel est l'impact financier?
- Saisie des actes non faite en temps réel par les réalisateurs

NB : Nécessité d'accueil confidentiel pour les IVG

1  
6

→ Accueil déconcentré soignant

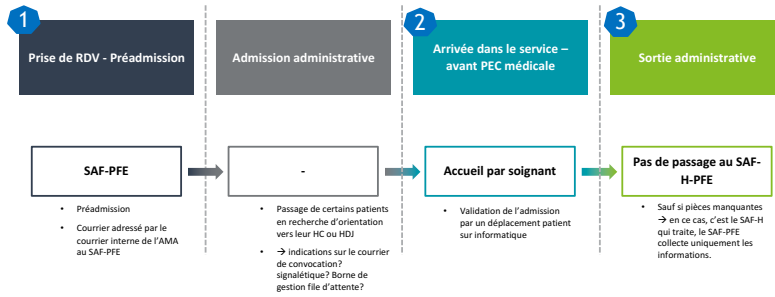


Dysfonctionnements recensés :

- Beaucoup d'ALD a priori = dysfonctionnement ? Charge de travail ?

1  
7

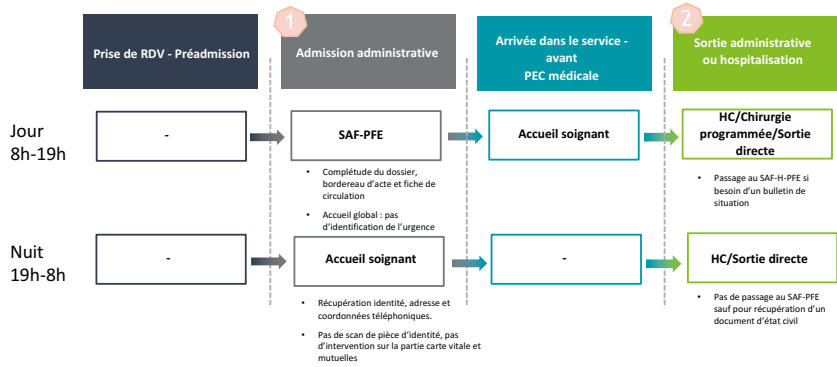
→ Accueil déconcentré soignant



Dysfonctionnements recensés : • Beaucoup d'ALD a priori = dysfonctionnement ? Charge de travail ?

1  
7

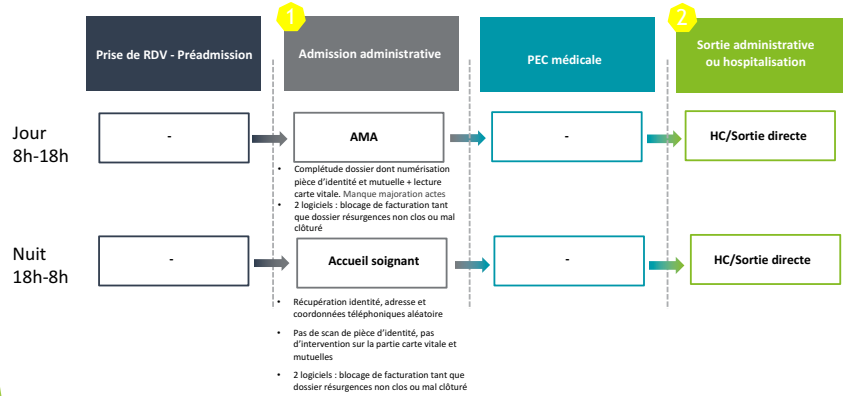
→ Accueil centralisé de jour et décentralisé partiel de nuit



Dysfonctionnements recensés : • Travail de récupération des données des patients accueillis la nuit incompressible  
• A noter : pas d'utilisation de Résurgences → Utilité ?

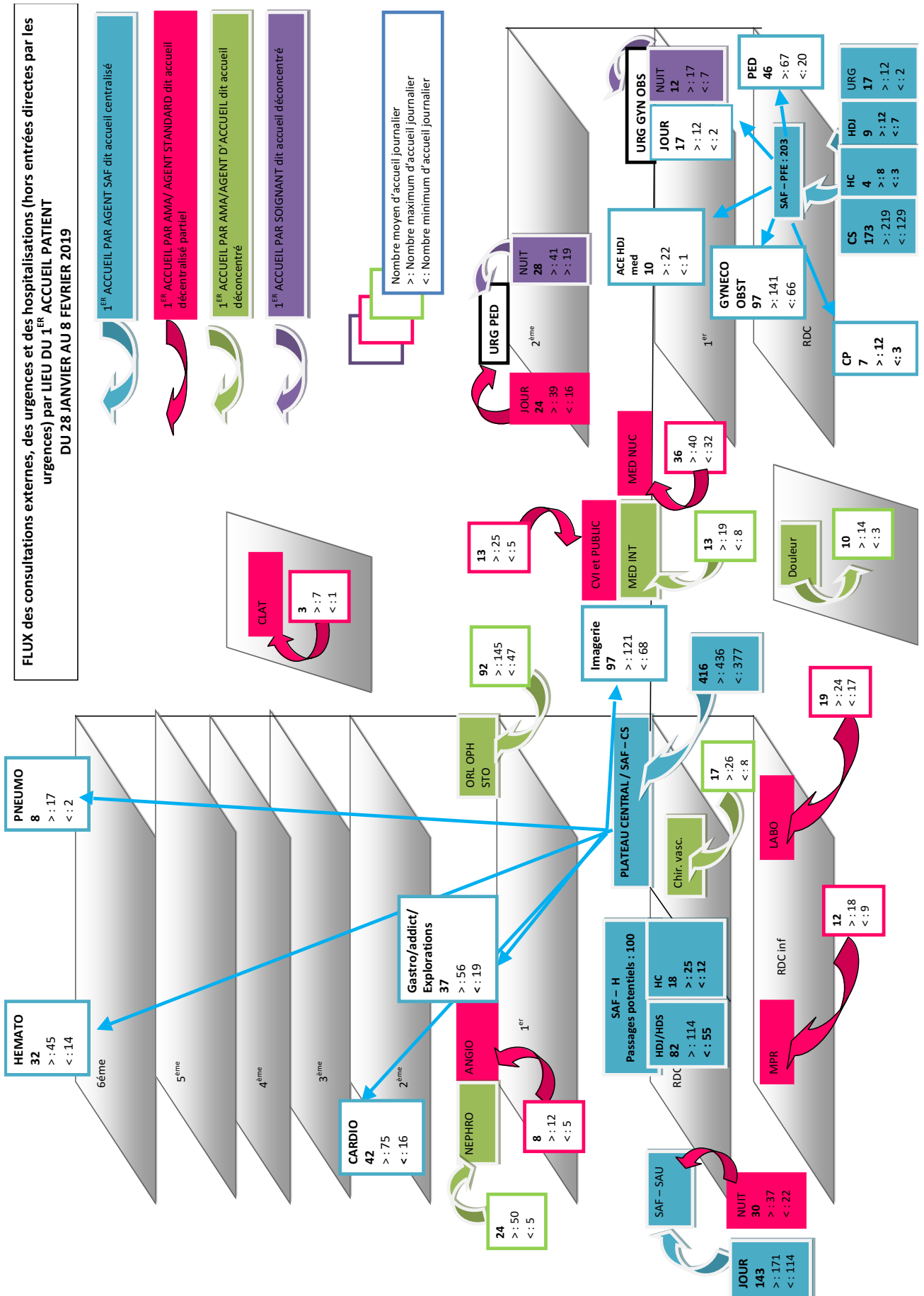
2  
0

→ Accueil décentralisé total de jour et partiel de nuit



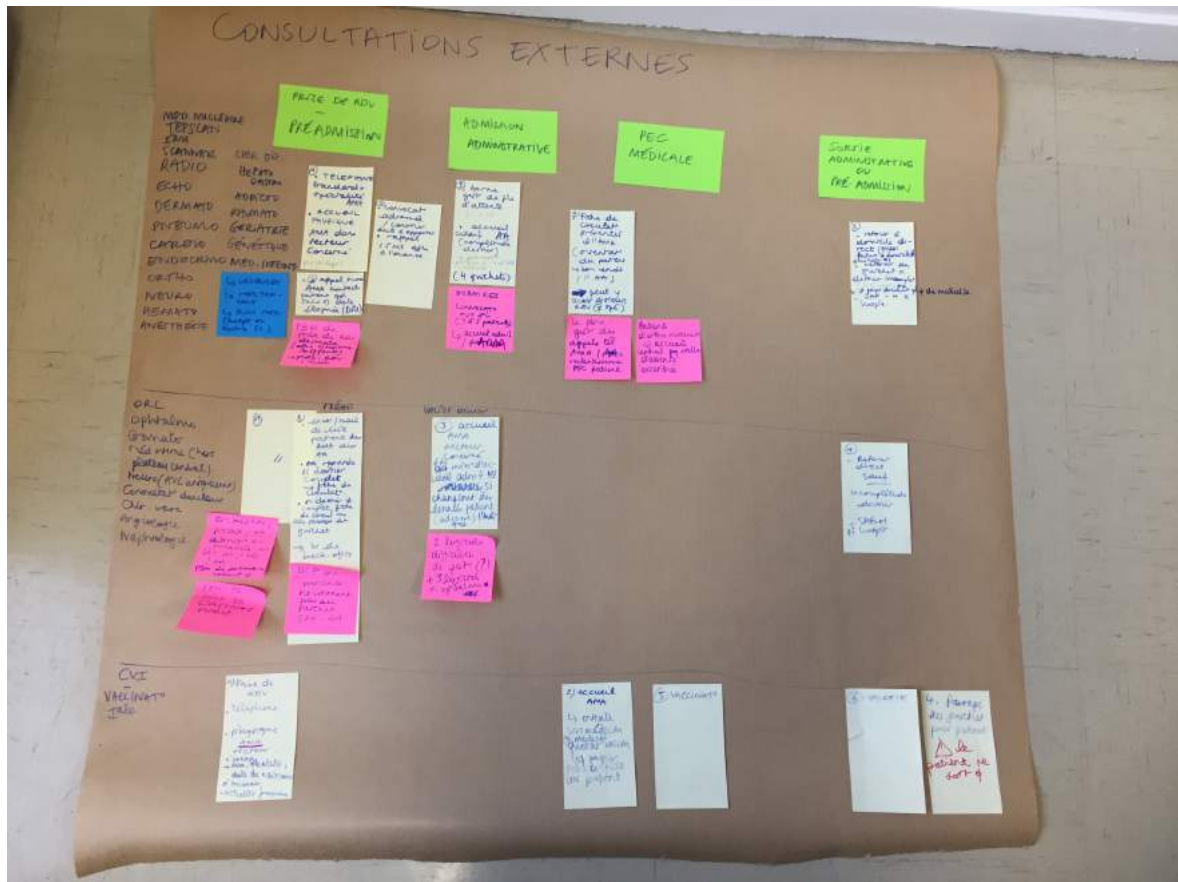
Dysfonctionnements recensés : • Difficulté récurrente sur la prise en charge des patients étrangers

# Annexe 4 : Modélisation chiffrée des parcours par lieu d'admission





## Annexe 6 : Modélisation des parcours par la méthode des post-it



## Annexe 7 : Rétroplanning en vue de l'élaboration du diagnostic partagé

Rétroplanning	Etape	Détail de l'action	Personne ressource	Outils
<b>Semaine 21/01</b>	<p>1/Conception méthode : étapes de l'audit et outils</p> <p>2/Préparation de l'identification théorique des parcours patient</p> <p>3/Préparation de l'observation terrain</p>	<p>1/ Recherche interlocuteurs et outils</p> <p>2/Identification des différents parcours à étudier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de RDV avec les cadres du SAF</li> <li>- Récupération plans actuels et futurs et impression</li> <li>- Préparation des trames processus</li> </ul> <p>3/ Objectivation engorgement de l'accueil patient + confirmation représentativité semaine(s) d'observation : extraction données Clinicom par tranches horaires sur une période de forte activité → fin janvier jusqu'à mi-février 2017-2018</p>	<p>MJ/FM</p> <p>CF/MJ/FM</p> <p>FM</p> <p>FM</p> <p>MJ</p> <p>Statisticien de la DAF</p>	Clinicom
<b>Semaine 28/01</b>	<p>1/ Identification théorique des parcours patient</p> <p>2/ Prévion observation terrain</p>	<p>1/ Identification des processus et des dysfonctionnements connus</p> <p>Identification sur les plans de l'hôpital – actuels et futurs - des parcours patient</p> <p>2/ Préparation du planning de visite et information des équipes du temps d'observation</p> <p>Présentation outil de recueil aux cadres des accueils/DIM</p>	<p>Cadres SAF + coordinatrice AMA</p>	<p>Plans de l'hôpital (dont futurs plans)</p> <p>Processus</p>
<b>Semaine 4/02</b>	<p>1/ Observation terrain ayant pour objectif la confirmation du parcours théorique</p>	<p>2/ Présentation de l'outil de recueil aux agents des lieux d'accueil</p>	<p>MJ/FM</p> <p>MJ/ FM</p>	<p>1/ Diagramme spaghetti (feutres)</p>

	et la détermination des flux patients et la compréhension du contenu de l'admission  2/ Recueil d'activité par les agents du SAF			2/ Grille à remplir sur l'activité d'une semaine laissée aux agents
<b>Semaine 11/02</b>	Observation terrain (suite)			idem
<b>Semaine 18/02</b>	Analyse des résultats			
<b>Semaine 25/02</b>	Préparation du COPIL et envoi des documents au COPIL			PPT et documents issus de l'audit
<b>Semaine du 4/03</b>	COPIL Simplification parcours patient (4/03 – 14h)	Partage du diagnostic et recadrage des objectifs du COPIL		



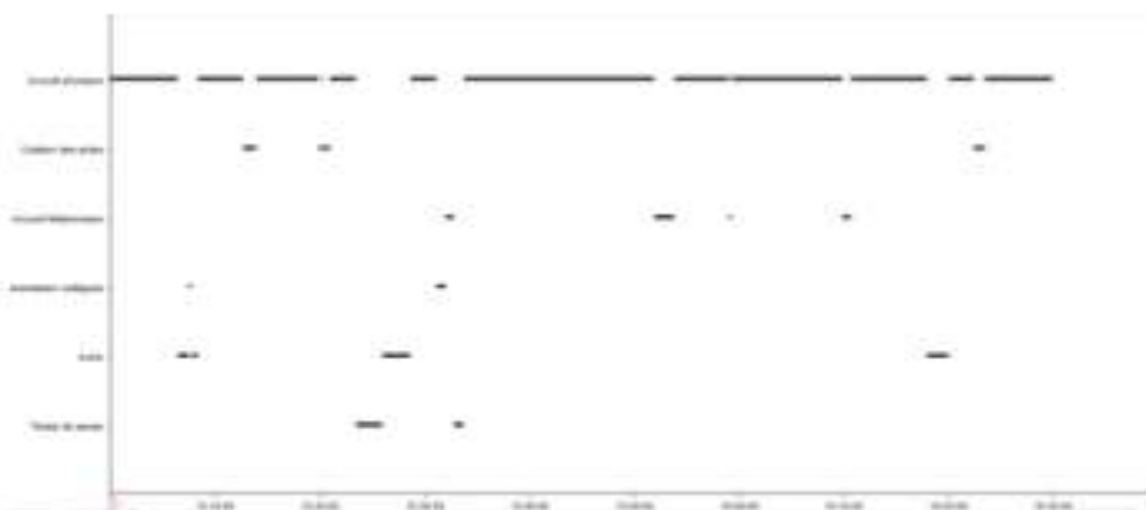
## Annexe 8 : Chronique d'activité des services d'accueil et d'admission au PFE

### Relevé d'activité d'un agent du SAF PFE : poste d'accueil des consultations externes Relevé effectué le mardi 23 juillet de 15h à 16h30

#### Contexte :

- Période d'observation correspond à un pic d'activité d'admissions précédemment défini
- Période de vacances : activité réduite → changement d'organisation
  - Un seul agent aux admissions au lieu de deux. Cet agent s'occupe principalement de l'accueil physique.
  - L'autre agent est sur le poste dédié habituellement à la gestion des mails pour faire de la gestion de contenus, de la vérification de factures et de l'accueil physique lorsqu'il y a beaucoup de patients en attente.
- 15h00 : 15 patients à l'accueil : un agent qui était au poste de l'activité libérale vient en renfort pendant 15 minutes.
- Changement d'agent observé à 16h06 (fin de poste)

#### Chronique d'activité de l'agent sur la période d'observation



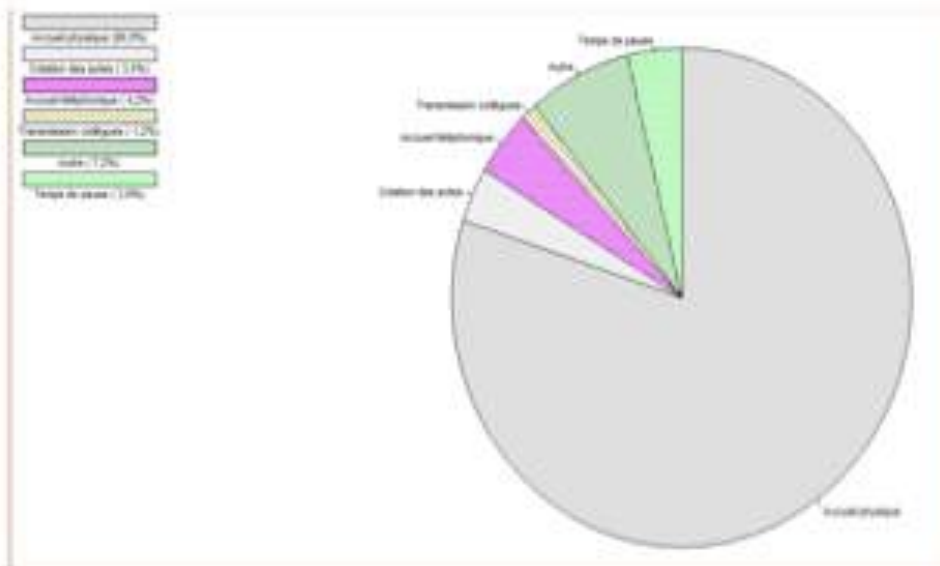
- Accueil physique : 42 personnes accueillies par l'agent observé
  - Patients ayant un RDV : 2
  - Règlement après consultation : 7
  - Orientation : 4 (urgences ~~1~~ x 2 / ~~1~~ ORL / ~~1~~ Vaccinations)
  - Autre demande (parking, numéro de chambre ...) : 4
- Accueil téléphonique : appels émis et reçus
- Autre : tri de documents, réponse à mes questions

**A noter :**

- 25 changements de tâche sur la période d'observation
- Tâches non observées du fait de la période d'observation et de l'organisation particulière :
  - Clôture de la caisse de la veille
  - Vérification de factures
  - Contentieux

**Durée des différentes tâches à partir du relevé d'activité**

Recodage	Classes	n	Moyenne	Total	%(t)	Minimum	Maximum	Médiane
Accueil physique	1	12	00:06:38	01:12:00	80,8	00:00:11	00:18:10	00:05:34
Cotation des actes	1	4	00:00:48	00:03:11	3,5	00:00:15	00:01:16	00:00:50
Accueil téléphonique	1	4	00:00:57	00:03:48	4,2	00:00:15	00:01:55	00:00:49
Transmission collégiale	1	2	00:00:32	00:01:05	1,3	00:00:15	00:00:50	
Autre	1	4	00:01:37	00:06:28	7,2	00:00:32	00:02:42	00:01:37
Temps de pause	1	2	00:01:44	00:03:28	3,9	00:00:55	00:02:33	



- L'accueil physique représente 80% de l'activité sur la période d'observation.
- Quelle partie en fonctionnement normal ? Et lors des périodes creuses ?

Autre infos :

- Activité très variable en fonction des jours sur tous les postes de travail du SAF PSE : difficile de quantifier la durée passée à réaliser chaque tâche.
- Beaucoup de rotation sur la journée au sein de l'équipe.
- 2 agents ne sont pas formés partout (arrivés récemment) : ne font pas de gestion des dossiers contentieux par exemple.
- Certaines tâches demandent de la concentration et sont exposés au bruit et aux interruptions car pas de back-office. Ex : déclaration des naissances, contentieux, activité libérale...
- Peu de place à certains postes : pose parfois des problèmes de confidentialité.
- Existence d'anomalies sur les dossiers patients entre CUNICOM et MEDIS Leg : nom marital d'un côté et nom de jeune fille de l'autre, patient qui ne donnent pas le même nom de médecin traitant au SAF et aux AMA des services ...]

Annexe 9 : Exemple de travail de brainstorming mené en groupe de travail PFE

OBJECTIF SAAP PATIENT + PROFESSIONNELS		
Difficultés	Causes	Pistes de solution
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logiciels ≠ entre SAAP / AMA</li> <li>- Identité / vigilance médecin traitant</li> <li>↳ empêche la cotation de certains actes</li> <li>- Coordonnées patient qd divorce: problèmes à payer existent mais sans base de données possible</li> <li>- Complexité au. ≠ accueils nécessaires</li> <li>- pas de marche en avant accueil / partie</li> <li>- patient en attente de la consultation (psychologue)</li> <li>- hétérogénéité de la cotation par les acteurs GYN / OBS Urgences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infos nécessaires pour l'AM vs infos pr CR médical</li> <li>- absence de capacité à saisir le méd. traitant du patient</li> <li>- Ressaisie manuelle dans réurgences fonctionne</li> <li>- pas de facturat possible</li> <li>- perte d'informato</li> </ul>	<p>↳ @roy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interface + hiérarchisation</li> <li>- noter dans Medis le médecin traitant et indiquer les autres médecins correspondants.</li> <li>- convoquer médecins en recharge</li> <li>↳ SIMPHONIE</li> <li>- SI</li> <li>↳ SIMPHONIE</li> <li>- W en cours pour le programme suite urgence - Medis plutôt que Clinicom meilleure cotation en fo des actes réalisés</li> <li>↳ comme p les urgences</li> </ul>

Difficultés / Causes / Pistes de solution

**PARCOURS ACE GOT**

Difficultés	Causes	Pistes de solution
<ul style="list-style-type: none"> <li>- appels téléphoniques au SAF en lieu et place des AMA des services</li> <li>- accueil tél / prise RDV en pédiatrie: 4 axes de travail</li> <li>- lieux d'accueil éclatés abs q proximité / proximité importante</li> <li>- constat d'admissibilité non notifié en ACE en lieu av. fleur journaliers non notifiés @ 12h &amp; 14h.</li> <li>- H-DJ</li> <li>- Pbm de confidentialité dans le hall</li> <li>- patients retournés</li> <li>- tâches en double ou la vérification du no de téléphone / ex ou encore adresse/nom.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- p d'amélioration avec le niveau standard.</li> <li>- p de capacité des AMA à gérer les appels téléphoniques.</li> <li>- accueil central permettant de donner RDV rep. méd.</li> <li>- attente ++ des patients qui ne s'identifiaient p.</li> <li>- absence de clarté de l'orientation vers les services ou dans les hrs rales d'attente.</li> <li>- Stress des patients</li> <li>- activité de ACE médicale -</li> <li>- le patient donne p le bon no à l'accueil notifié à la main / SAF des AMA.</li> <li>- Pbm @ les convocs. A destination NB (pédiatrie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- taux de réponse par secteur</li> <li>- Identifier les motifs d'appel de posts internes (17 - Dibu).</li> <li>- W interne pour réaliser prise de RDV en interne ou de l'information</li> <li>- proximité @ lieux d'attente &amp; SAF</li> <li>- SAF/AMA = médecin donne l'hor. 1. les faire dès 2. 11h &amp; 14h</li> <li>- Réajuste Atte / Echo en terme de secretariat.</li> <li>- Besoin de consultation et la panne déjeuner par les patients.</li> <li>- analyse d'une Bx donc demande un passage non révisé mais lié à l'architecture.</li> <li>- Suppr passage guichet ap 2 mois de pnm</li> <li>- SI: chiron écrasé</li> <li>- Medis =</li> <li>- Guichet unique</li> </ul>

# Groupe de travail

## Simplification du parcours administratif du patient au PFE

1/08/2019

1

### Ordre du jour

- 1 / Retour sur le contexte de la démarche
- 2 / Présentation de la démarche et retour sur la démarche de l'imagerie
- 3 / Identification des parcours patient et des difficultés dans le parcours administratif du patient
- 4 / Discussion autour d'une première réflexion sur les pistes de solutions organisationnelles qui se traduiront plus tard en évolutions architecturales

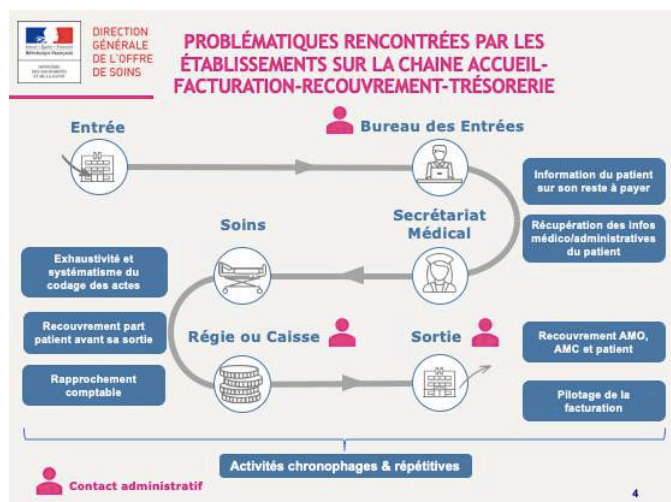
2

# 1 / Un contexte ministériel et des perspectives internes au CHSB

- ▶ Une réflexion à mener pour des solutions à court/moyen terme s'inscrivant comme des solutions pérennes au regard de projets à plus long terme :
- Le programme SIMPHONIE
- L'ouverture du bâtiment dédié à l'ambulatoire
- L'enjeu de sécurisation des établissements de santé signifiant l'opportunité de travaux au sein du hall du PFE
- Des attentes et convictions fortes sur l'accueil administratif du patient

3

## Zoom sur le programme SIMPHONIE



- Diminuer l'attente aux caisses
- Faciliter les démarches administratives du patient après la sortie

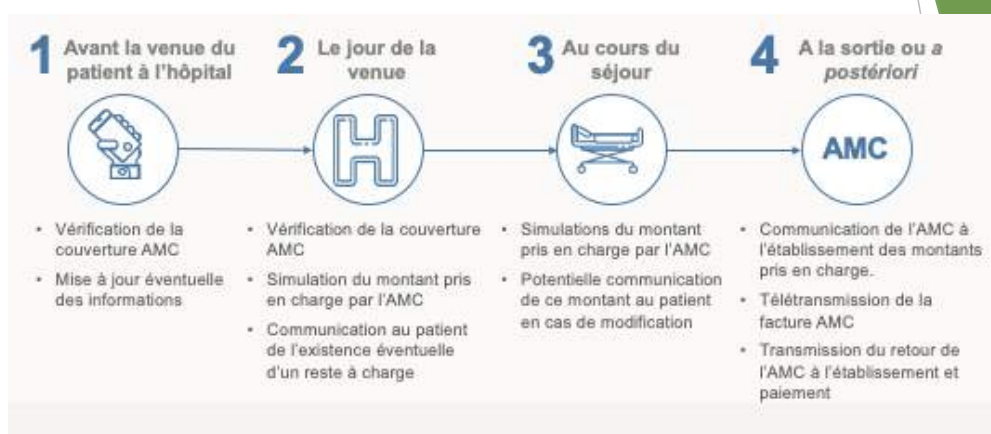
4

## Les impacts de SIMPHONIE sur l'AMO et l'AMC

- ▶ CDRi : une solution de fiabilisation des données AMO du patient (déploiement complet septembre 2019)
  - Une interrogation automatisée des droits
  - Une intégration dans la GAP
  - Un taux de rejet des factures divisé par 2
- ▶ ROC et DIAPASON : une solution d'échange avec les AMC permettant un règlement facilité du RAC du patient en cours d'expérimentation (horizon 2020-2021)
  - En image : <https://www.youtube.com/watch?v=hvV-LLFuzCs>

5

## Des parcours patient administratifs simplifiés avec ces outils



6



## 2 / Proposition de démarche gestion de projet

- ▶ Identifier les parcours, lister les difficultés (objectives/ressenties?), identifier les causes, proposer des solutions répondant aux objectifs fixés

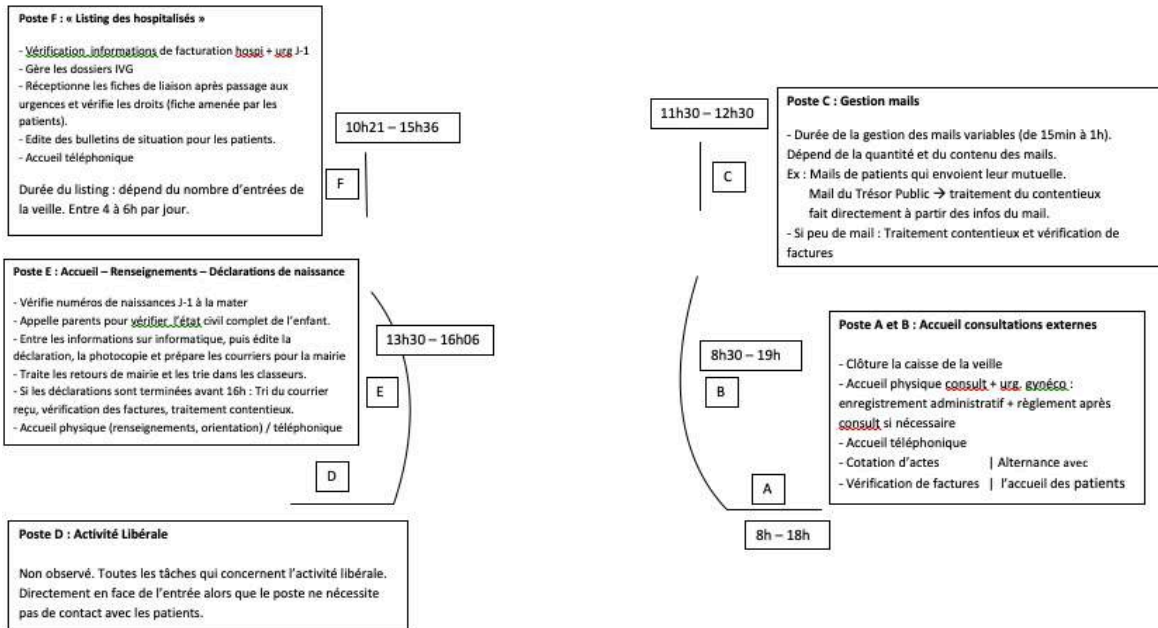
Difficultés (générales / spécifiques aux parcours)	Causes	Pistes de solution
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

- ▶ Synthèse de solutions et validation/priorisation des pistes de solution
- ▶ Exemple du GT imagerie : 2 mois, 2 réunions plénières ainsi que des réunions de travail intermédiaires afin d'aboutir à une organisation cible pour une mise en œuvre en janvier

## 3/ Présentation des parcours patient au sein du PFE

- Une variété de parcours au sein du PFE ...
  - HC
  - HDJ
  - ACE
  - Urgences
- ... sur des spécialités différentes

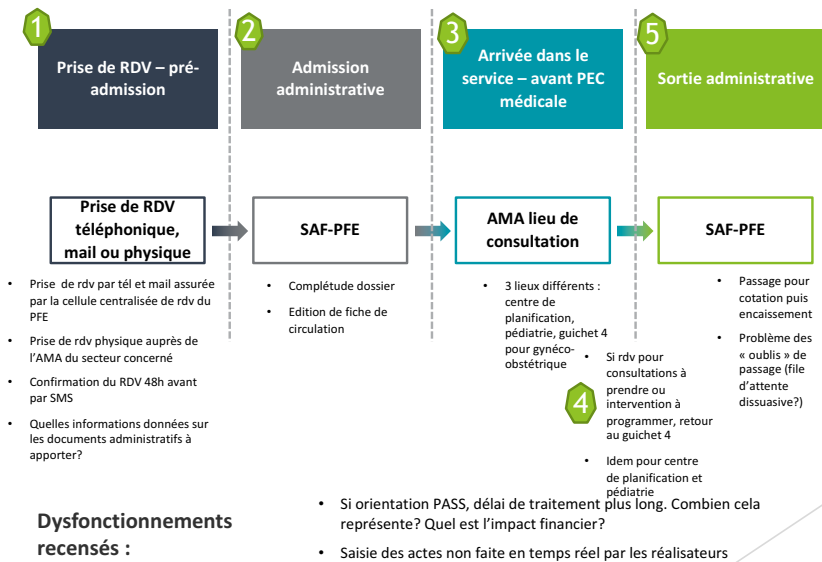
# Zoom sur les admissions patient au sein du hall d'entrée du PFE



## Consultations externes

## Gynéco-obstétrique-pédiatrique

→ Accueil centralisé



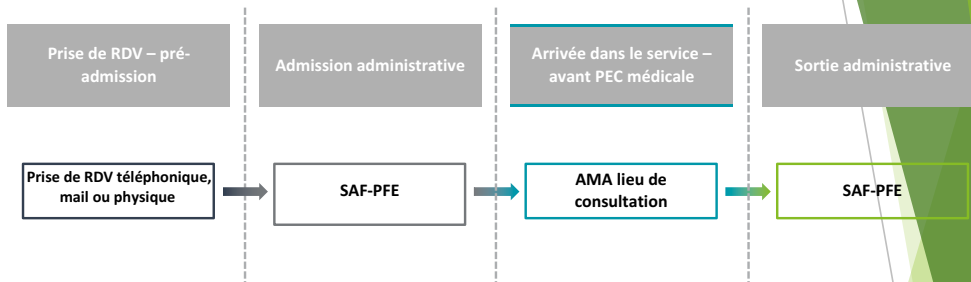
**Parcours obstétrical avec suivi au CHSB :**  
 7 consultations prénatales  
 +  
 1 consultation d'anesthésie  
 +/- RDVs laboratoire

10

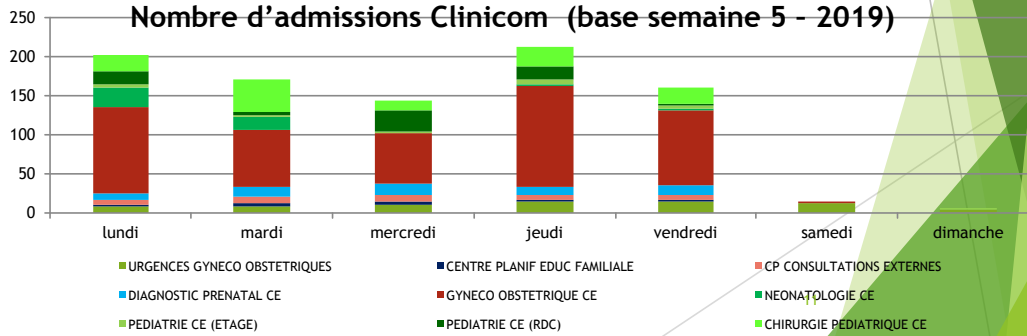
NB : Nécessité d'accueil confidentiel pour les IVG

## Consultations externes | Gynéco-obstétrique-pédiatrique

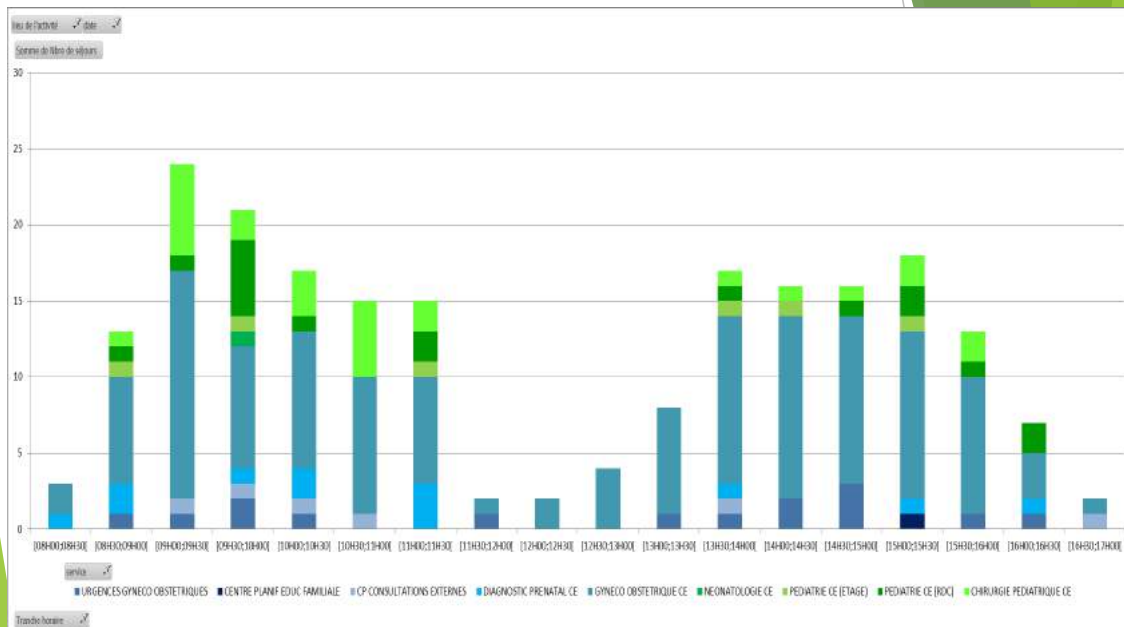
→ Accueil centralisé



Nombre d'admissions Clinicom (base semaine 5 - 2019)

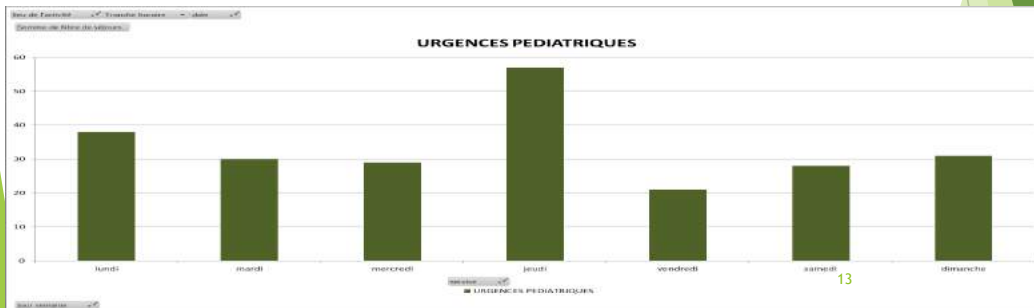
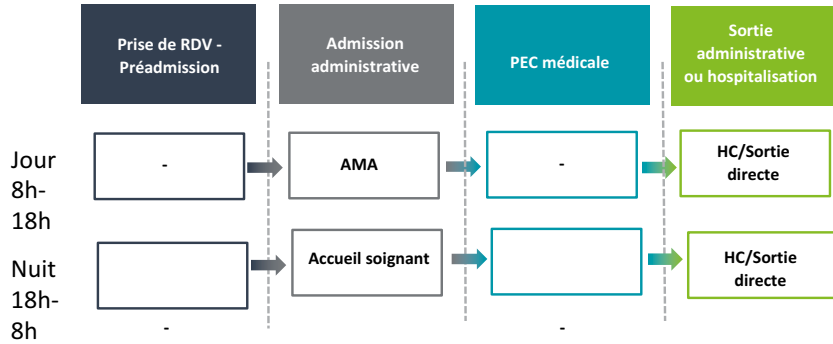


Nombre d'admissions Clinicom réalisées par ½ heure (jeudi de la semaine 5 - 2019)



## Urgences | Pédiatriques

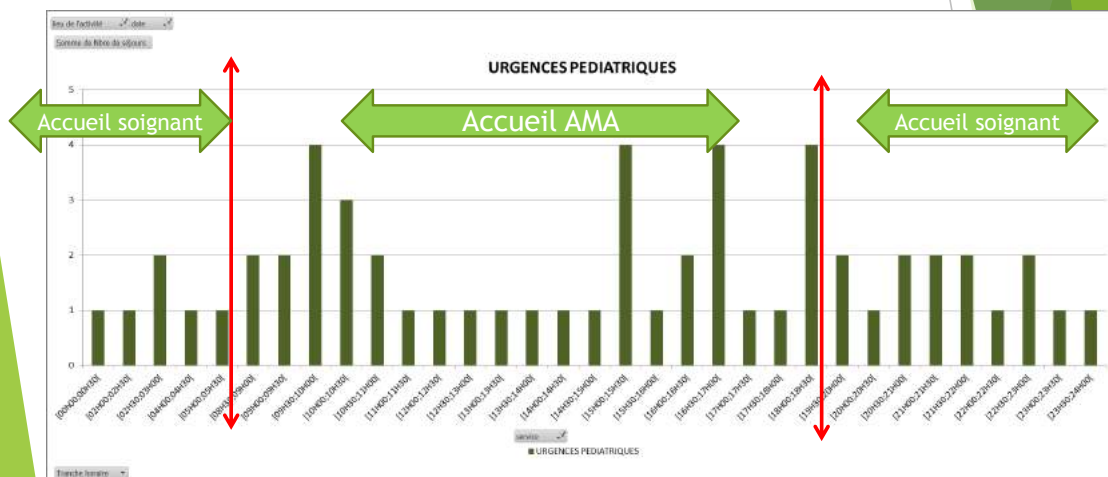
→ Accueil décentralisé total de jour et partiel de nuit



### Organisation de l'Accueil Administratif aux Urgences Pédiatriques

	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21h à 7h	
AMA			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	3	2
nombre de soignants présents	2	2														

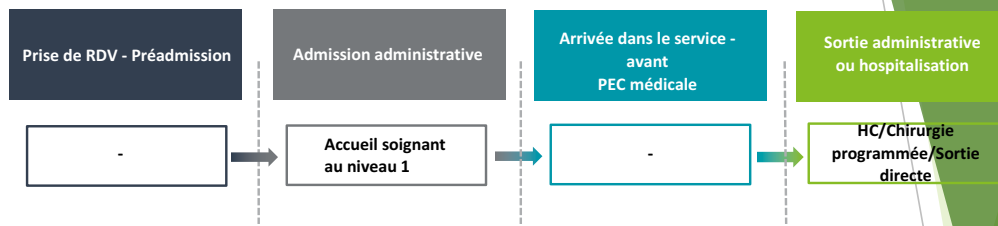
Nombre d'admissions Clinicom réalisées par 1/2h le jeudi 31 janvier 2019



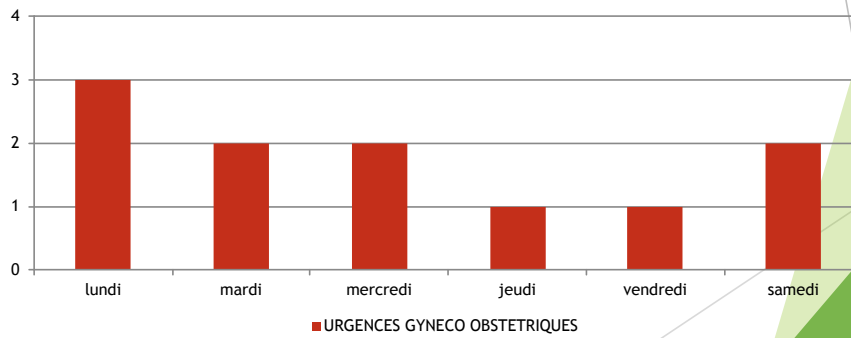
## Urgences nuit

Gynécologiques (- et + de 6 mois de grossesse)

→ Accueil centralisé de jour et décentralisé partiel de nuit

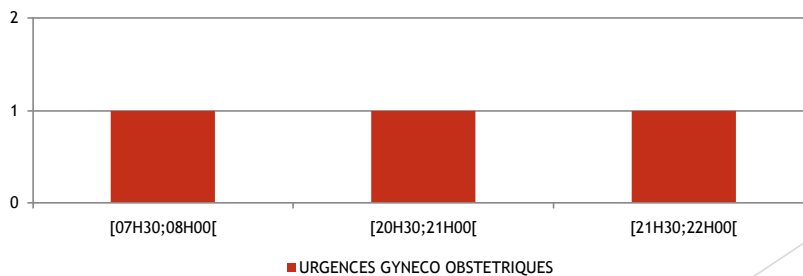


Nombre d'admissions Clinicom réalisées entre 19h et 8h



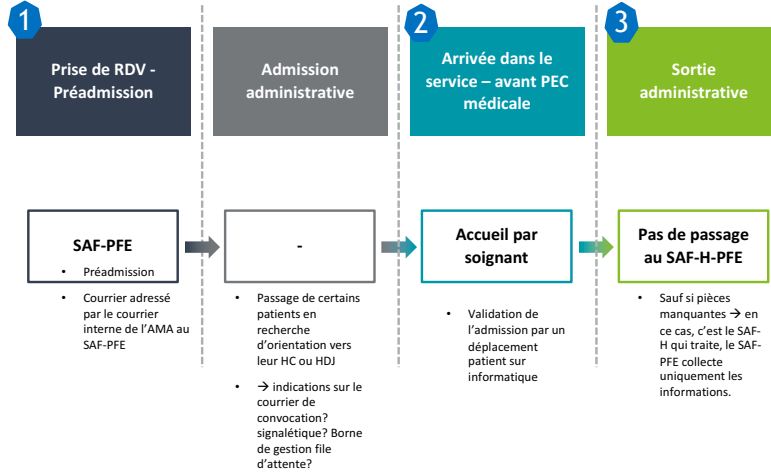
15

URGENCES GYNECO OBSTETRIQUES



16

→ Accueil déconcentré soignant

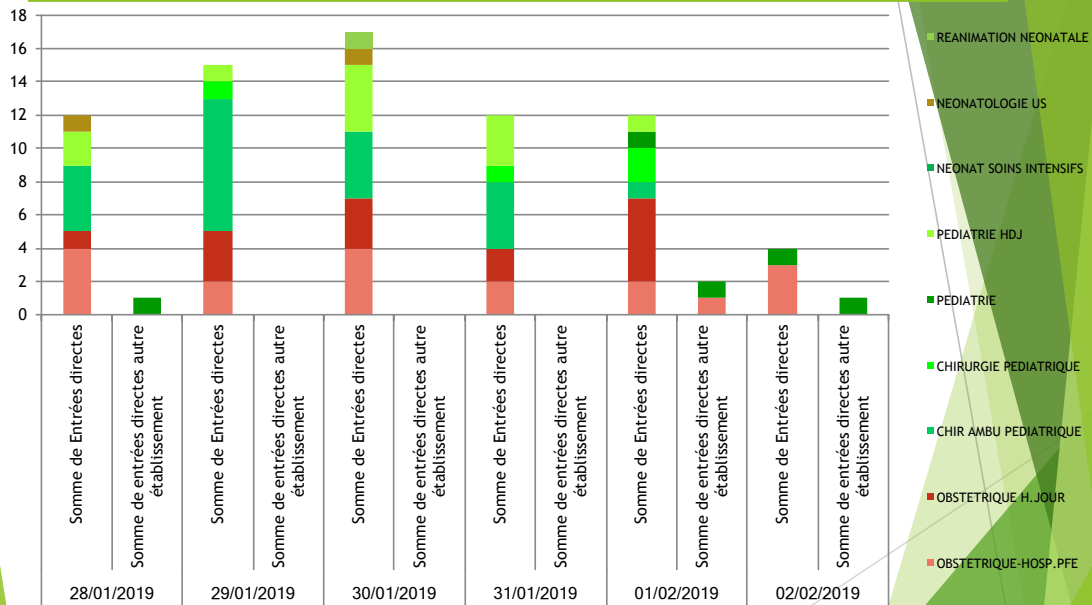


**Dysfonctionnements recensés :**

- Beaucoup d'ALD a priori = dysfonctionnement ? Charge de travail ?

17

**Nombre d'entrées dans les unités d'hospitalisation par entrée directe Au cours de la semaine 5 - 2019**



18

## Synthèse des difficultés recensées dans les parcours administratifs des patients

- Objectives / ressenties
- Générales / spécifiques

19

## 4 / Discussion autour d'une première réflexion sur les pistes de solutions organisationnelles qui se traduiront plus tard en évolutions architecturales

- Au vu des objectifs partagés
- Au vu des perspectives d'évolution (programme SIMPHONIE, outils numériques, ...)
- Au vu de la faisabilité

20

## Annexe 11 : Déclaration d'évènement indésirable : retard d'un patient en raison d'un engorgement des services d'admission



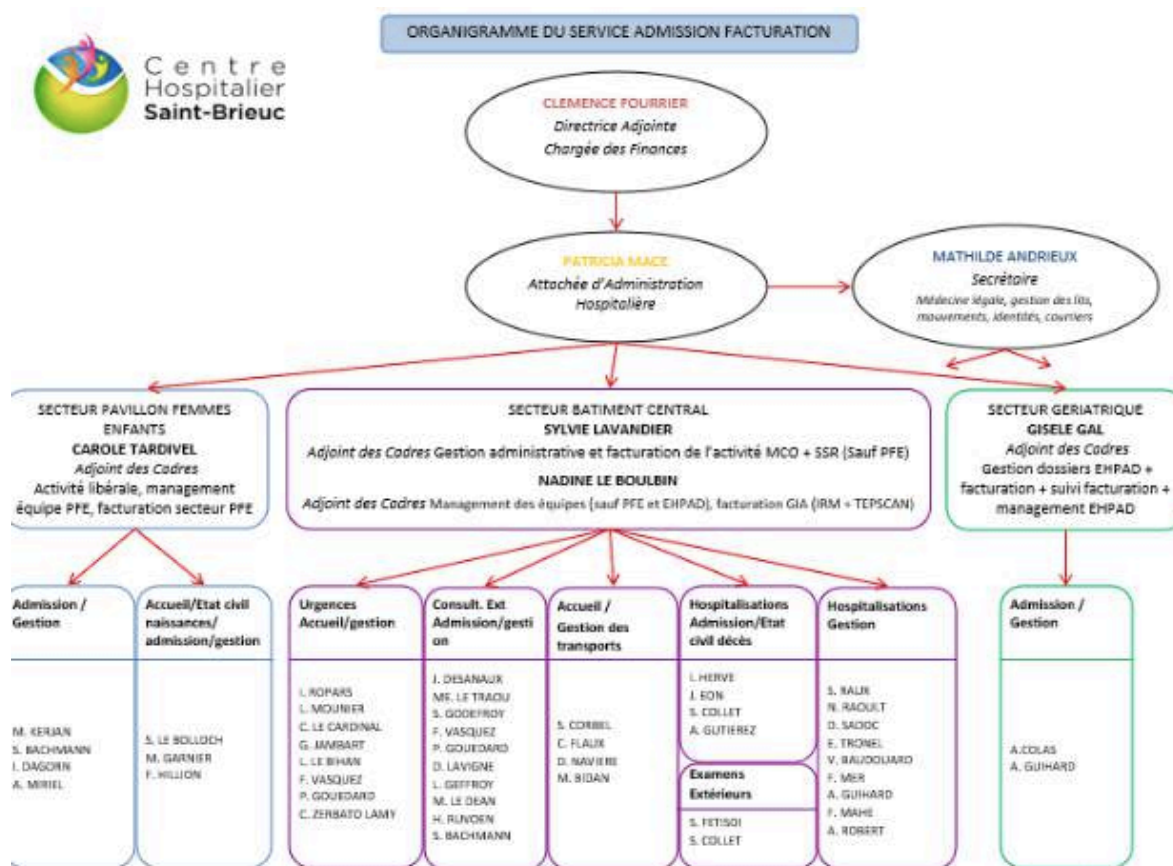
### FICHE DE SIGNALEMENT D'UN EVENEMENT INDESIRABLE

N°: 26694

<b>1. PERSONNE DECLARANTE</b> Unité : CARDIO SECT TECHN NON INVASIVE 2112	<b>2. PERSONNE CONCERNEE</b> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Consultant <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Autre <input checked="" type="checkbox"/> Nom : _____ Date de naissance : _____ Prénom : _____ Unité : _____ Numéro du dossier Patient : _____
<b>3. DATE, HEURE, LIEU DE L'EVENEMENT</b>	
Date : 22/01/2019                      Jour : Mardi                      Heure : _____ Lieu : _____                      Code GMAO : _____	
<b>4. IDENTIFICATION DE L'EVENEMENT</b>	
<b>DOMAINE :</b> Diagnostic / Thérapie / Soins (dont Erreur médicamenteuse)  Type : Retard de prise en charge	
<b>5. DESCRIPTION BREVE DES FAITS, DES MESURES DE SAUVEGARDE ET CONSERVATOIRES PRISES ET DES CONSEQUENCES</b>	
Retard des patients à leur consultation A plusieurs reprises ce jour, des patients arrivent en retard à leur examen car difficulté à se garer sur le parking (20 min) + délai à l'admission pour faire leurs entrées (20 min) ce qui entraîne une désorganisation du travail sur notre secteur.	
<b>6 RISQUE</b>	
NIVEAU DE GRAVITE:  <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Elevé <input type="checkbox"/> Très élevé	



## Annexe 12 : Organigramme du SAF



## Annexe 13 : Organisation et effectif global du service d'admission

### ORGANISATION ET EFFECTIF GLOBAL DU SERVICE D'ADMISSION :

#### **Point d'accueil urgences**

Effectif actuel 3,8 ETP

Horaires	début	fin	
A5	06:45	14:15	du lundi au dimanche
D6	09:30	17:00	du lundi au vendredi
B1	12:30	20:00	du lundi au dimanche
B10	14:30	22:45	du lundi au dimanche
A7	07:30	15:00	lundi

#### **Point d'accueil hospitalisation**

Effectif actuel 3,6 ETP

Horaires	début	fin	
AG	08:00	15:36	du lundi au samedi
EG	09:24	17:00	du lundi au samedi

#### **Point d'accueil consultations externes**

Effectif actuel 7,8 ETP

Horaires	début	fin	
A1	7:45	15:21	du lundi au vendredi
C1	8:24	16:00	du lundi au vendredi
EG	9:24	17:00	du lundi au vendredi
H2	10:24	17:30	du lundi au jeudi

#### **Point d'accueil PFE**

Effectif actuel 6,4 ETP

Horaires	début	fin	
G	11:24	19:00	du lundi au vendredi
V3	11:48	19:00	samedi
V	11:00	19:00	dimanche
A	8:00	15:36	du lundi au vendredi
B	8:30	16:06	du lundi au vendredi
H	10:24	18:00	du lundi au jeudi
H2	9:54	17:30	vendredi
S1	8:30	12:30	samedi

## Annexe 14 : Organisation et activités des SAF en fonction des lieux d'admission

### **BDE du plateau central:** agents polyvalents sur les postes

	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00							
poste 1					admissions externes																									
poste 2					admissions externes																									
poste 3					admissions externes																									
poste 4					gestion de dossiers					+/- renfort guichet																				
poste 5					gestion de dossiers					+/- renfort guichet																				
+/- poste 6					gestion de dossier																									

### **BDE du PFE :** agents polyvalents sur les postes

	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00					
poste 1				admission ext			gestion dossiers																					
poste 2				admissions externes																								
poste 3					adm		gestion dossiers																					
poste 4					admissions externes + accueil																							
+/- poste 5				gestion dossiers																								

### **BDE des hospitalisations :** les admissionnistes ne font pas de gestion, les gestionnaires font des admissions

	08:00	08:30	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00				
poste 1				admissions hospitalisations																							
poste 2				admissions hospitalisations + pré admissions																							
poste 3				admissions hospitalisations + pré admissions																							
+/- poste 4				admissions hospitalisations																							

## Annexe 15 : Synthèse de l'audit des pratiques d'admission

Accueil décentralisé	Accueil déconcentré
<p><b>Temps moyen déclaré :</b> : 5 minutes            2/3 minutes au laboratoire (AMA expérimentées)            10 minutes pour les situations administratives complexes (patients étrangers)</p>	<p>temps moyen déclaré : 2 – 3 minutes</p>
<p><b>Mise en œuvre du processus:</b>            Plusieurs accueils dans des environnements différents avec répétition des données saisies (médis – clinicom)  <b>Procédure INFO.T.048:</b> plus ou moins connue (parfois processus interne rédigé par les AMA)  <b>Carte vitale:</b> difficultés à gérer le 100% , pas de lecteur au centre de vaccination,  <b>Mise à jour des données personnelles:</b>            Pas de mise à jour de la personne à prévenir, téléphone +/- selon le secteur  <b>Médecin traitant:</b> accès à l'information plus ou moins connu et traité selon le secteur d'activité.  <b>Pièces administratives:</b> med nucléaire, 1 scanner/2 accueils donc pas d'exhaustivité dans le recueil des données</p>	<p><b>Mise en œuvre du processus:</b>            Plusieurs accueils dans des environnements différents avec répétition des données saisies (médis – clinicom- O+ en oph)            Une AMA ne connaît pas l'appel contextuel, se connecte à Clinicom directement (qui se déconnecte souvent).  <b>Gestion des adresses:</b> pas d'uniformité, une AMA pense qu'il n'est pas possible de modifier, une AMA modifie l'adresse principale, une autre modifie dans adresse secondaire,  <b>Médecin traitant :</b> pas d'accès à l'information dans Clinicom</p>
<p>Formation initiale: par les agents du BDE puis entre AMA pour les nouvelles recrues            un agent du BDE référent pour chaque secteur connu des AMA</p>	

10

9-sept.-19

## Annexe 16 : Audit du SAF-H



### COPIL Parcours Administratif du Patient

#### Relevé de l'activité du SAF – H

### Objectif

Déterminer le nombre de passage aux SAF – H, le motif principal de passage à cet accueil administratif.

### Méthodologie

Elaboration d'une fiche de recueil permettant d'identifier :

- A quel temps de son parcours, le patient se présente au guichet SAF-H : avant son admission, à son admission, au cours de son hospitalisation, à sa sortie.
- Et l'activité principale réalisée lors de sa venue : la réalisation d'une pré admission ou admission, l'édition d'un bulletin de situation, la mise à jour de données,

Recueil de l'activité du 11 au 15 mars 2019.

### Organisation du SAF-H

Ouverture du SAF – H du lundi au samedi de 8h à 17h –

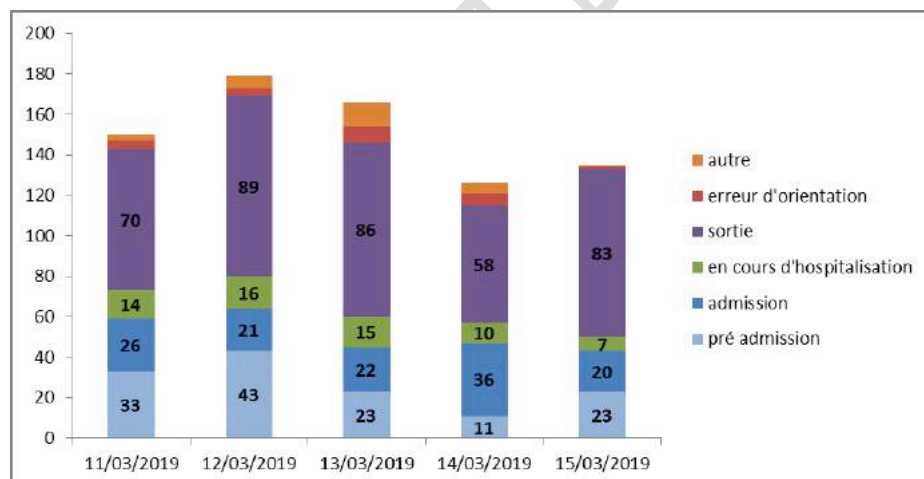
2 guichets ouverts du lundi au vendredi - 1 seul guichet de 12h à 12h30.

Les accueils sont assurés par les admissionnistes - horaires de travail : 8h – 15h36 / 9h24 - 17h

Les gestionnaires participent également à l'accueil pour permettre une ouverture de 2 guichets dès 8h et jusque 17h lorsqu'il n'y a qu'une admissionniste présente.

### Analyse

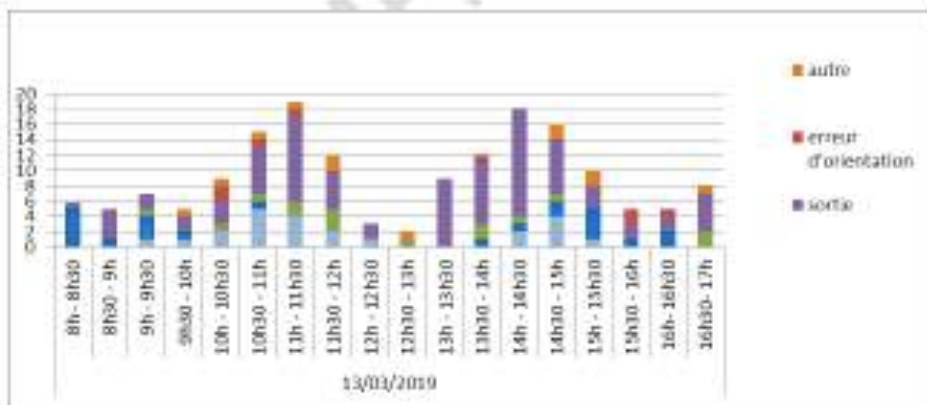
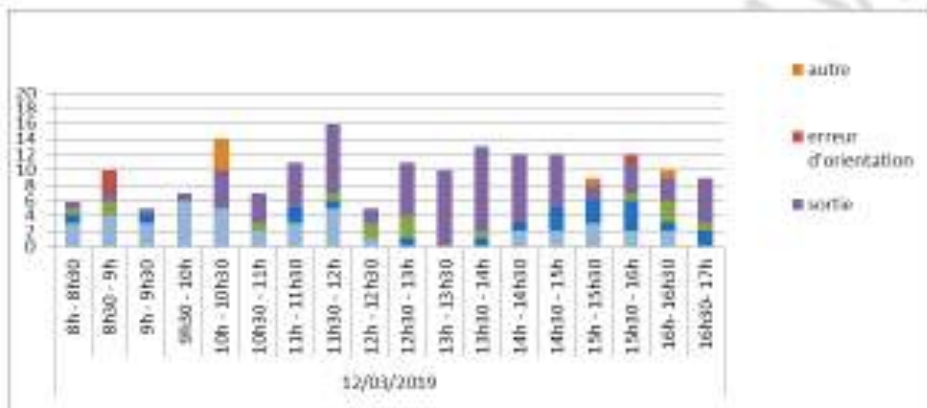
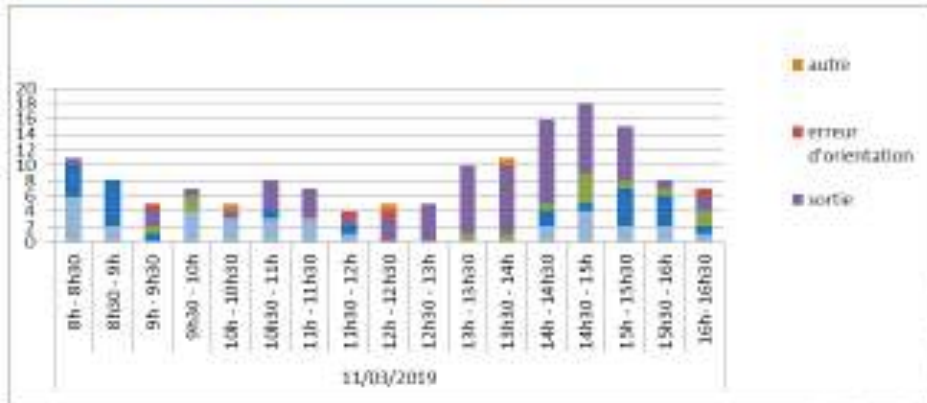
#### Nombre de passages journaliers et motif principal de la venue :

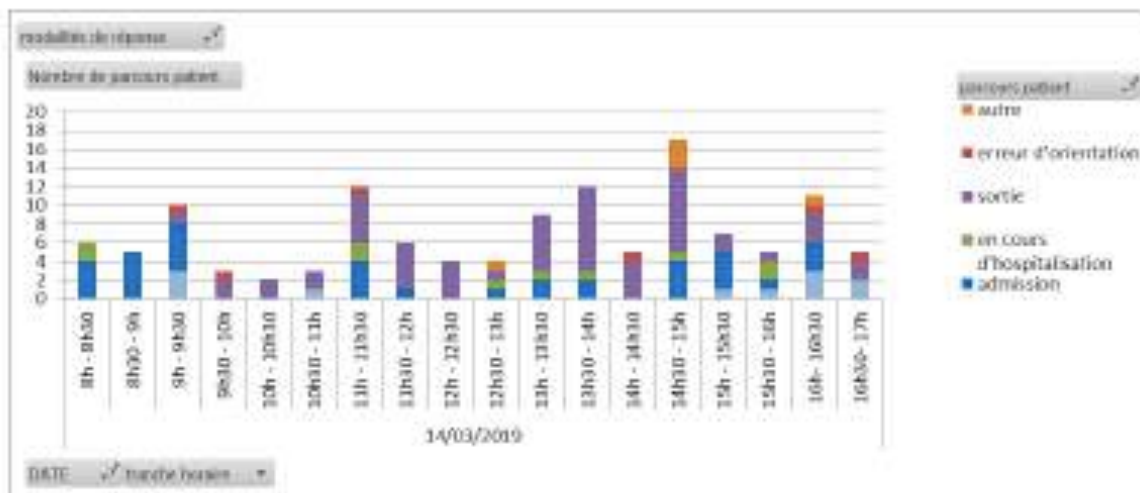


Un nombre moyen de 150 passages par jour avec un maximum de 179 le mardi 12/03 et minimum de 126 le jeudi 14/03.

Le patient se présente principalement pour sa sortie au cours de son parcours. 51 % des passages sont en lien avec la sortie.

### Nombre de passages par tranches horaires



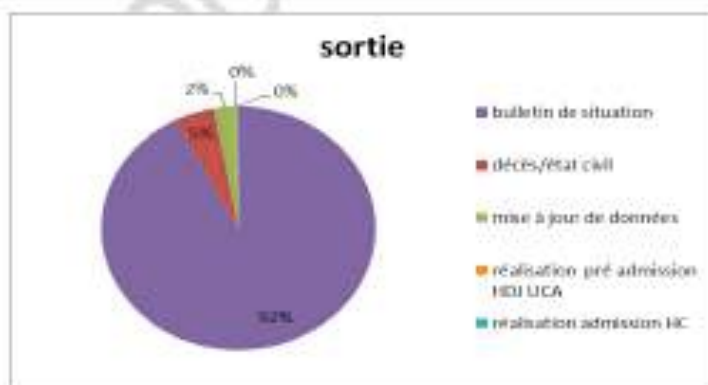
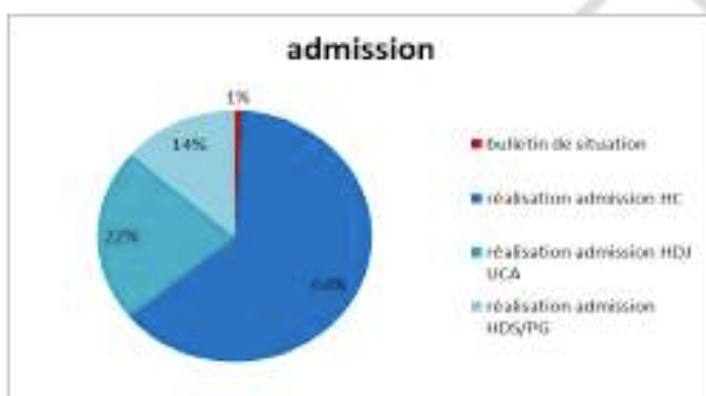
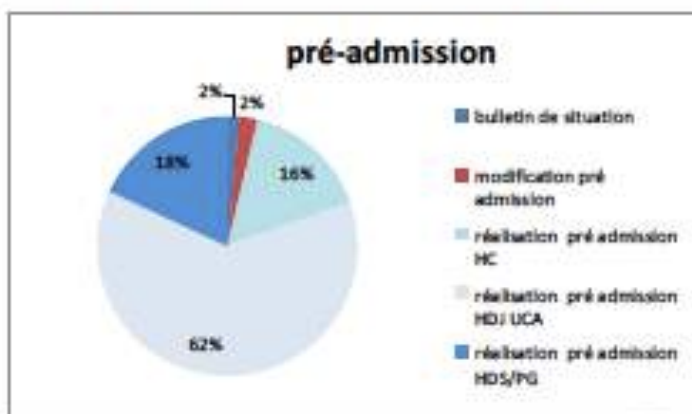


Les pics d'activité se situent après 10h / 10h30 et en début d'après-midi 14h/14h30 jusque 15h / 15h30

Nombre de passages maximum en 30 minutes : 18 accueils

Activité principale réalisée lors du passage au guichet SAF – H

A la plupart des passages, est associée une mise à jour des données.

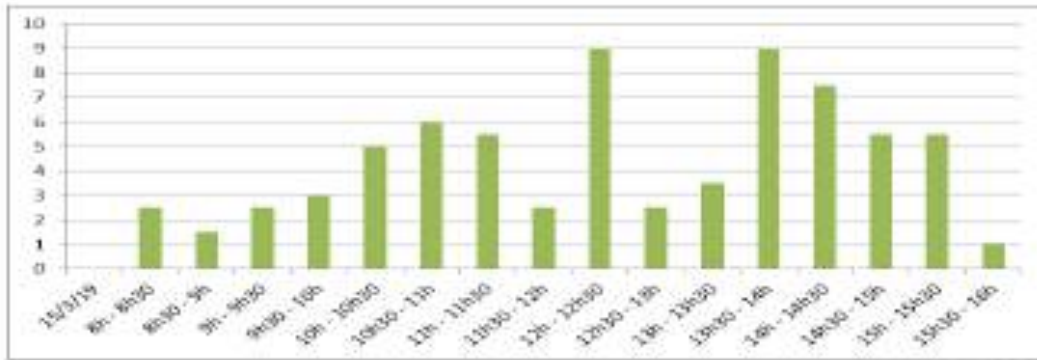




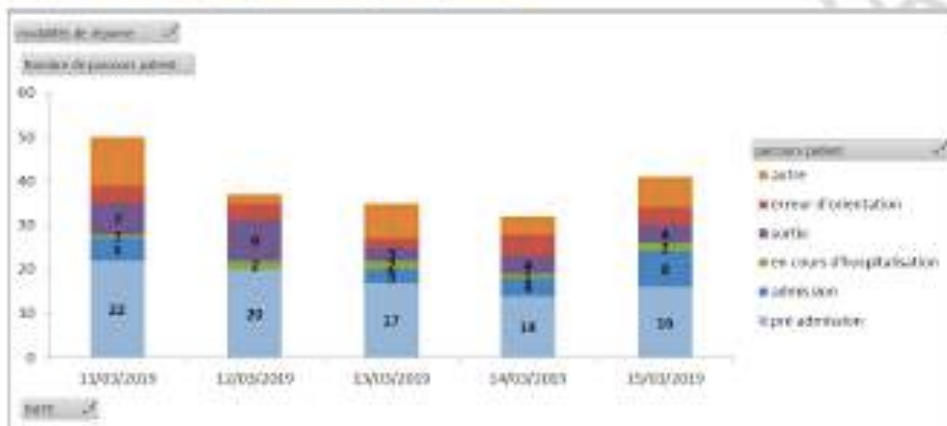


Nombre de passage par guichet ouvert par tranche horaire (2 guichets ouverts de 8h à 17h sauf 12h - 12h30 1 guichet pendant la pause repas)





Téléphone : activité principale liée à l'appel téléphonique



Activités annexes recensées lors de la saisie :

- Gestion des convocations reçues par le courrier interne et coursiers :

Nombre de convocations recensées :

11/03	12/03	13/03	14/03	15/03
240 (dont 70 d'hématologie)	271	186	155	160

- Gestion des pochettes des services
- Gestion des SAMU
- Accueils du public pour des demandes de renseignements divers

## **Annexe 17 : Compte-rendu de la réunion du COPIL simplification du parcours administratif du patient du 12 juin 2019**

### Compte-rendu de la réunion du COPIL simplification du parcours administratif du patient 12 juin 2019

Présents : Cf. feuille d'émargement  
PJ : 3 PPT

#### **1/ Rappel des objectifs du COPIL**

Mener une réflexion pour des solutions à court terme sur la régulation des flux aux guichets du SAF-CS et sur les plans de l'accueil du PFE ainsi qu'à plus long terme, au regard des enjeux liés au programme SIMPHONIE et au regard des nouvelles organisations liées à la construction du bâtiment dédié à l'ambulatorio.

#### **2/ Retour du groupe de travail simplification de l'accueil administratif des patients en imagerie médicale**

Rappel de l'objectif du groupe de travail (GT) : explorer la possibilité de réaliser un accueil unique pour les patients se présentant pour une consultation externe en imagerie.

Présentation du calendrier du GT : Trois mois ont séparé le dernier COPIL de celui du 12 juin. Les pistes de réflexion du COPIL ont été présentées en différentes étapes comme prévu lors du précédent COPIL à la cadre du pôle, aux cadres du service puis aux médecins et aux AMA. L'accueil réservé a été très favorable.

Début avril un appel à participation au groupe de travail a donc pu être lancé. Le pilotage du GT a été confié à Mme [REDACTED], cadre au sein du service d'imagerie.

Mi-avril un travail préparatoire visant à dresser les contours de l'organisation actuelle (nombre de passages en imagerie, identification des pics d'activité, identification des parcours, identification des processus d'accueil des patients) a été réalisé par [REDACTED]

Fin avril, le GT s'est réuni pour la première fois. Deux réunions plénières ainsi que des réunions de travail intermédiaires ont été nécessaires à la gestation de la réflexion.

Composition du groupe de travail : le GT est composé des deux cadres d'imagerie ([REDACTED]), de la cadre de pôle ([REDACTED]), de la coordonnatrice des AMA ([REDACTED]), d'une AMA d'imagerie ([REDACTED]), d'un représentant de la DSI ([REDACTED]), d'une ergonome ([REDACTED]), de la cadre du SAF ([REDACTED]), d'un agent d'accueil ([REDACTED]), d'une cadre de la direction des soins ([REDACTED]), d'un représentant des usagers ([REDACTED]), d'une élève directrice d'hôpital ([REDACTED]).

La présentation se compose des points suivants :

- I- Retour sur l'état des lieux au sein du service d'imagerie
- II- Faisabilité du projet (architecturale et SI)
- III- Identification de l'impact en charge de travail
- IV- Identification des besoins (humains ie temps agent et formation, techniques et architecturaux)
- V- Proposition d'organisation cible
- VI- Conclusion et discussion

#### I. Retour sur l'état des lieux au sein du service d'imagerie

- Le relevé manuel des passages en imagerie réalisé les 9 et 10 avril 2019 révèle un total jour d'une centaine de passages pour un rendez-vous uniquement en imagerie dont 9 passages de patients couchés le 9 avril et 1 le 10 avril. Les deux journées, ont été recensés 28 passages pour un rendez-vous d'imagerie associé à une autre consultation.

L'extraction des données réalisée par la DAF sur 2018 montre une moyenne de 80 consultations seules en imagerie avec une répartition principale du lundi au vendredi (léger pic constaté le jeudi) et très résiduelle le samedi et le dimanche (respectivement 14 et 10 passages annuels).

- La répartition des flux sur la journée montre un pic à 12 passages de patients sur le créneau 14h-14h30. Entre 8h et 10h, l'activité est également soutenue. Des creux sont constatés sur l'heure du déjeuner et à partir de 16h30.

- Les parcours physiques des patients identifiés illustrent les allers-retours service/accueil d'imagerie réalisés par les patients dès lors que ceux-ci ont un rendez-vous associé ainsi que pour un IRM pédiatrique ou une cystographie pédiatrique.

- Sont ensuite détaillés le processus d'accueil des patients connus ou non connus ayant un rendez-vous unique en imagerie et ceux ayant des consultations associées. Il en ressort l'importance des convocations, l'envoi de SMS de rappel aux patients, l'utilisation du logiciel Xplore. La schématisation met également en évidence les outils d'échange avec le SAF-CS tels que la fiche de circulation ou encore la fiche forfait technique.

- Le plan schématique du service illustre une organisation des secrétariats médicaux sur 3 lieux géographiquement séparés (1 poste de frappe et de gestion, 1 poste de programmation et de prise de rendez-vous et 1 poste d'accueil).

## II – Faisabilité

- Cadrage du transfert de mission : le périmètre des missions transférées porte dans un premier temps au moins uniquement sur les consultations externes seules. Les tâches confiées portent sur l'admission et non sur la gestion et la facturation.

- La DSI s'est montrée rassurante concernant la possibilité de coupler sur un même poste Xplore et Clinicom suite au test du scanner Fujitsu avec Clinicom. Une dernière phase de test doit néanmoins être validée sous peu.

La DSI voit en outre dans ce projet l'opportunité d'uniformiser le parc informatique de l'établissement ce qui permettrait de diminuer les coûts d'acquisition et de maintenance.

Les membres du COPIL soulignent l'importance de respect des règles d'identitovigilance lors de l'utilisation couplée de Clinicom puis d'Xplore. Une saisine de la cellule d'identitovigilance et de la DSI permettrait de mieux identifier l'existence de difficultés et les solutions à envisager pour y remédier.

Un appel contextuel bidirectionnel entre Clinicom et Xplore pourrait sans doute être une solution.

En tout état de cause, l'organisation proposée serait similaire à l'organisation actuelle donc il n'y aurait toujours un rapprochement par numéro de séjour.

Un autre point est à envisager c'est le lien entre le module e-roz, le RIS et la GAP.

- La capacité à absorber et accueillir le flux des patients au vu de l'architecture du service. Si cela est possible, des aménagements permettront d'apporter plus de fluidité et de lisibilité dans le parcours patient et améliorer la qualité des attentes.

### III – Identification de l'impact sur la charge de travail

Pour une AMA ayant acquis les compétences d'admission, la durée d'admission se porte à 2/3 minutes par patient, 2 minutes pour les patients connus et 3 minutes pour les patients non connus.

### IV – Identification des besoins

La mission supplémentaire d'admission pour les AMA d'imagerie nécessite :

- un temps supplémentaire dédié à cet accueil administratif
- un temps de formation des 10 AMA en poste pour apporter la polyvalence nécessaire
- des outils informatiques performants
- un agencement respectant la confidentialité de l'accueil du patient et un agencement également plus ergonomique des postes pour répondre aux besoins des professionnelles et à la file active des patients.

- Réflexion sur un temps supplémentaire

Le recensement des passages par tranche horaire ainsi que les pics constatés dans l'état des lieux permettent d'identifier les besoins en renfort agent.

En partant donc sur une cible de 100 patients par jour du fait de l'anticipation de l'ouverture d'un 3<sup>ème</sup> scanner et de la prise en charge des consultants externes de ville en radiodiagnostic pour un temps d'admission de 2'30 considérant la durée cible post-formation, il convient de retenir un temps supplémentaire de 250 minutes par jour.

Or, 250 minutes / 60 minutes = 4h16

4h16 x 230 jours travaillés = 956 heures

956 heures / 1575 (base travail AMA) = 0,61 ETP

En moyenne, le besoin oscillerait donc entre 0,60 et 0,70 ETP.

Pour affiner le calcul, il conviendrait d'analyser la part des patients non connus et déjà connus se présentant en imagerie. Ex : 80% des patients à 2 minutes et 20% des patients à 3 minutes.

Le constat d'une variation de l'activité en fonction des heures avec des pics d'activité forts conduit à deux réflexions : la première est que la présence de deux agents lors des pics est nécessaire. La seconde est que la présence d'un agent à temps complet n'est pas nécessaire, mais que pour autant le besoin étant irrégulier et sur des tranches horaires non contiguës, un chiffrage à 1,26 ETP pourrait être envisageable (1 poste en 7h36). Il faudrait néanmoins identifier les activités complémentaires réalisables sur la base d'une réalité de besoin.

Compte tenu des impératifs budgétaires, des solutions de redéploiement doivent être envisagées :

→ Transfert de moyens du SAF vers AMA : Si le contexte apparaît tendu sur le SAF d'autant que la partie gestion/facturation restera à leur charge, la solution du transfert doit toutefois être explorée en allant chercher des gains du fait d'une plus grande polyvalence et d'une adéquation fine aux guichets du SAF-CS.

Une autre possibilité serait de demander aux AMA de réaliser également l'étape facturation. Si en terme de GPEC, une évolution du métier des AMA s'engagera dans le sens d'une prise en charge globale du patient avec en outre, une diminution des temps de frappe du fait des avancées technologiques, l'intégration de la facturation semble à ce stade prématurée.

→ Réorganisation des moyens au sein de l'équipe d'AMA d'imagerie : Les autres postes de travail en programmation et en gestion des comptes rendus ne disposent pas de temps pour absorber de nouvelles tâches. Avec la téléimagerie, il y a certes moins de frappe mais les AMA passent alors du temps en gestion de dossier.

→ Transfert de moyens des AMA vers AMA d'imagerie. Là aussi, le COPIL fait le constat d'une tension sur les secrétariats médicaux. Néanmoins, là encore, la solution du transfert doit toutefois être explorée.

→ Le positionnement d'un professionnel en reclassement. Dans la mesure où les AMA soulignent des difficultés sur les mots médicaux, un professionnel soignant en reclassement AMA pourrait être pertinent. Néanmoins, afin de ne pas reproduire une division dans l'accueil du patient, ce professionnel devrait s'intégrer pleinement à l'équipe existante et réaliser l'ensemble des tâches AMA (programmation, frappe, gestion, accueil) afin de conserver une polyvalence. Les membres du COPIL s'accordent à dire que cette solution semblerait la plus aisée mais que néanmoins sa faisabilité dépend des profils des agents actuellement en attente de reclassement.

L'amplitude horaire qui serait proposée est un 7h44 – 15h20.

Un accueil serait toujours assuré jusqu'à 18h30.

Cette organisation permettrait d'assurer l'admission des patients arrivant avant 8h.

En tout état de cause, toute nouvelle organisation fera l'objet d'une co-construction approfondie avec l'équipe d'AMA.

- Réflexion sur un temps de formation

Les axes forts de la formation sont l'accompagnement, l'harmonisation des pratiques et le maintien de la qualité des informations recueillies grâce à :

- la mise en place d'un binôme formateur couvrant les aspects théoriques et pratiques (cadre SAF + référent imagerie) ;
- un focus de la formation sur les points de vigilance (identification des contentieux souples) ;
- une formation initiale complétée d'une formation continue en lien avec l'évaluation du dispositif qui pourra être facilitée par le développement du e-learning au sein de l'établissement ;
- le renforcement de la formation sur l'accueil du patient dans sa globalité (cf. des formations inscrites au plan de formation. Formation sur la communication non-violente par exemple).

Les temps de formation pourraient se découper de la manière suivante :

- 2 fois 2 heures d'AMA soit 8 à 16 heures en fonction du nombre de groupes ;
- des temps de doublure au SAF-CS avec une phase d'observation et une phase de réalisation des tâches d'admission, ce qui représenterait 10 à 11 jours (en fonction du nombre d'AMA à former) ;
- un soutien passant par la mise à disposition de procédures formalisées et la présence d'un agent du SAF-CS au démarrage de l'accueil en imagerie selon une durée et des modalités à déterminer. Il a notamment été abordé la possibilité d'installer un agent d'accueil du SAF-CS en proximité des AMA d'imagerie pouvant répondre aux interrogations tout en réalisant du travail de back-office.

La période de formation nécessiterait alors une durée de 7 semaines avant la mise en place de la nouvelle organisation.

- Des outils informatiques performants

Le coût unitaire d'un scanner est de 500 euros. Un lecteur de carte double fente coûte 80 euros.

La DSI précise que le temps d'installation et de paramétrage nécessiterait la mobilisation d'une journée d'agent de la DSI.

- Un agencement respectant la confidentialité de l'accueil du patient et un agencement également plus ergonomique des postes pour répondre aux besoins des professionnelles et à la file active des patients.

█ présente plusieurs scénarii :

- le premier est l'organisation de 4 postes d'accueil en ligne en lieu et place de l'accueil actuel.

- le second est l'organisation de 4 postes d'accueil en décalé en lieu et place de l'accueil actuel ce qui répond mieux aux enjeux de confidentialité.

- le troisième consiste à regrouper les différents secrétariats aujourd'hui éloignés géographiquement au niveau de l'accueil actuel. Cette organisation suppose la libération de bureaux attenants ainsi que de la salle de réunion. Ces derniers étant reportés dans les bureaux faisant office de secrétariat à l'heure actuelle.

Il est souligné que cette option nécessite également des conditions d'aménagement satisfaisantes pour les professionnels au vu des tâches qui y seront réalisées notamment la programmation des rendez-vous.

En outre, partant sur une file d'attente par tranche horaire maximale de 12 patients, le flux doit être maîtrisé pour ce lieu restant un lieu de jonction entre le bâtiment principal et le PFE. La piste d'une borne de gestion de file d'attente est évoquée ainsi que la constitution d'une zone d'attente assise.

Les salles d'attente seraient à l'heure actuelle insuffisamment calibrée. Il convient d'objectiver ce point par des temps d'observation sur site.

En tout état de cause, les différentes solutions présentées devront faire l'objet d'un premier chiffrage en lien avec la DPT pour pouvoir avancer plus avant dans le projet.

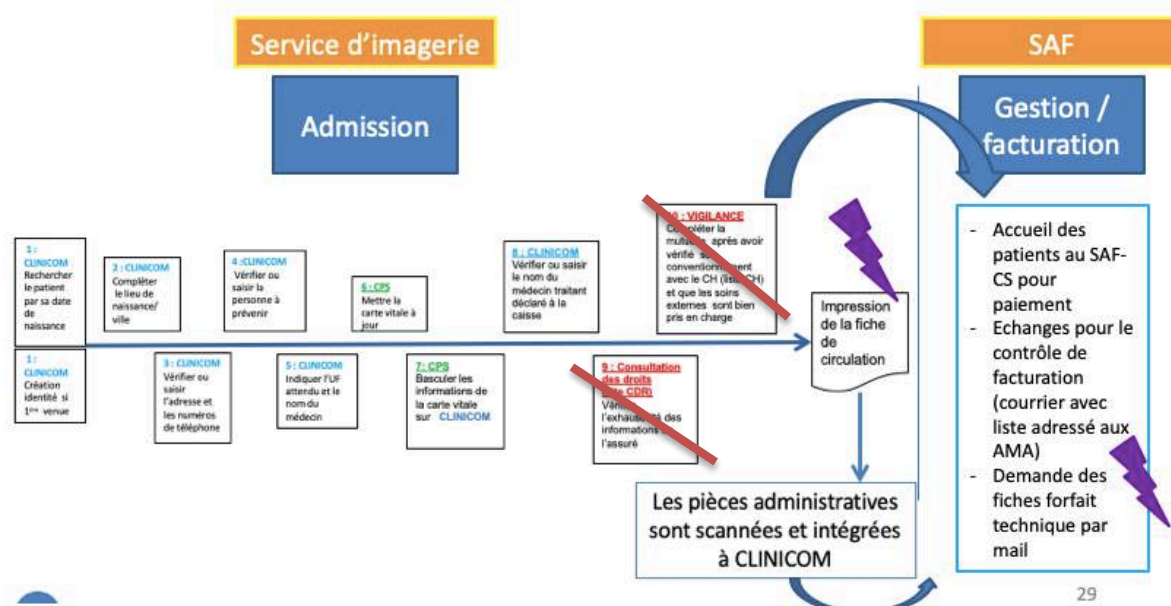
Il est également noté qu'un travail est engagé plus globalement au niveau de l'établissement sur la signalétique, travail qui devra s'intégrer dans les convocations des patients en imagerie et le parcours physique afin d'apporter une meilleure lisibilité du parcours des patients au sein de l'établissement, notamment en imagerie. Des présentations ultérieures seront faites.

#### V – Proposition d'organisation cible

En semaine, il est proposé un renforcement de l'accueil en imagerie et une intégration de l'accueil patient avant 7h45 limitant les exceptions au parcours patient envisagé.

Le samedi, les patients continueraient à se présenter au SAF-H.

➤ Présentation du processus d'accueil modélisé :



Afin de sécuriser le travail des agents et maintenir la qualité des informations recueillies, il convient de définir précisément le contour des tâches transférées et anticiper les interactions entre les deux services.

Par conséquent, dans un premier temps les tâches d'admission confiées aux AMA d'imagerie ne comprennent pas la consultation des droits CDR ainsi que le renseignement des informations débiteurs (AMO + mutuelle). Elles pourront l'être à terme notamment à l'aulne de l'évolution des outils facilitant l'accès et le renseignement des données (cf. CDRi et ROC).

Le SAF-CS conserve les deux tâches susmentionnées et réalise les tâches classiques de gestion/facturation.

Afin de s'inscrire dans une démarche de simplification à tous niveaux, il est également proposé aux équipes du SAF-CS de réfléchir à la suppression de la fiche de circulation et à l'uniformisation des temps de communication avec le service (cf. échanges par mail, par courrier identifiés dans le processus par une icône « éclair violet »).

Proposition : Afin de mesurer la faisabilité d'une admission complète (renseignement débiteurs compris), le GT évoque la possibilité de réaliser un test d'accueil complet au sein de services étant actuellement déjà en décentralisation partielle. Les services fonctionnant actuellement de la sorte sont : le laboratoire, la médecine nucléaire, la MPR et l'angiologie. Libération temps accueil. Répond sur montée en compétences.

Cette proposition pourrait plutôt se présenter comme une deuxième étape de généralisation du dispositif.

Benchmark auprès d'établissements bretons (Quimper, Lorient, Vannes) : le benchmark témoigne d'une variété des parcours en fonction des établissements en fonction des particularités architecturales et historiques de ces derniers. Le point de convergence néanmoins, gage d'une bonne lisibilité pour les patients et pour les professionnels, réside dans l'identification claire des acteurs dans la chaîne admission-facturation et dans l'information du patient.

En outre, des outils tels que les bornes sont parfois développés en appui du parcours du patient et des professionnels.



## VI – Conclusion et discussion

Le déport vers le service d'imagerie permet une fluidification du parcours du patient.

Le projet permet des simplifications dans les parcours et les processus d'accueil et s'inscrit dans une solution architecturale pérenne.

L'accompagnement des agents à la mise en œuvre du projet envisagé ainsi que l'évaluation régulière du dispositif et le suivi des indicateurs de facturation donne les gages d'un maintien de la qualité des informations recueillies.

Pour le patient, la lisibilité du parcours est préservée voire améliorée.

Pour l'ensemble de ces raisons, le projet semble convaincant et peut être présenté plus avant pour arbitrage.

Le GT soulève toutefois les points d'attention suivants :

- la question des effectifs et l'impact en gestion à savoir l'utilisation du gain de temps ;
- sur le point de la lisibilité des parcours pour le patient : il convient de limiter les réorientations et donc d'engager un travail sur les convocations ;
- l'importance du maintien des compétences sur les différents postes de secrétariat d'imagerie médicale (accueil, programmation, production des comptes rendus) face à l'ajout d'une composante supplémentaire ;
- la capacité physique des locaux face au flux de patient nécessitant un approfondissement de la question architecturale ;
- la bonne identification des parcours consultants externes/patients en HDJ.

Le GT regrette que la temporalité des projets de l'établissement ne permette pas d'intégrer cette année l'acquisition de bornes d'admission.

### ➤ Listing des actions à engager suite à la présentation en COPIL :

- identification de la part de patients connus/non connus ( [REDACTED] )
- objectivation de l'engorgement des salles d'attente en imagerie ( [REDACTED] )
- réalisation d'un chiffrage des aménagements en fonction des différents scénarii présentés en COPIL (Mme [REDACTED] )

### **3/ Point d'étape des autres pistes évoquées par le COPIL**

- Parcours patients chroniques : affiner le suivi de l'évaluation de l'annexe 3 en chirurgie (ALD).
- Consultations hors plateau des consultations externes

Le COPIL adopte la priorisation suivante des travaux à mener : 1/ PFE, 2/ Service de cardiologie, 3/ hématologie au vu des retards de frappe au sein du secrétariat de ce service.

Toutefois, afin de diminuer le nombre de passages évitables au SAF-CS de patients convoqués en HDJ hématologie, les convocations des patients en HDJ d'hématologie seront étudiées.

- Polyvalence SAF

Le travail mené par la DAF est en cours.

- Adaptation guichet SAF-CS

L'encadrement sera sollicité afin de faire un point concernant l'opportunité du déclenchement d'un 3<sup>ème</sup> guichet et l'adéquation aux pics de fréquentation.

#### **4/ Les prochaines étapes**



1/ Lancement du groupe de travail PFE selon la même méthodologie que le GT imagerie tout en s'adaptant aux spécificités inhérentes au PFE.

2/ Saisine de la task force formation en appui de la réflexion sur la formation du GT imagerie et afin d'harmoniser plus largement les pratiques liées à l'accueil du patient par les AMA (cf. disparités d'accueil suivant les déconcentrations ou décentralisations partielles identifiées des premières et secondes réunions du COPIL).

3/ Lancement du groupe de travail organisation ambulatoire. Composition restreinte pour souplesse d'avancement. Composition pressentie : [REDACTED]

4/ Groupe de travail imagerie : préparer une présentation du projet pour arbitrage (cf listing détaillé plus haut), prévoir un retour au groupe de travail imagerie.  
Le projet aboutissant, il conviendra d'objectiver le temps déporté sur la gestion.


## Annexe 18 : Communication à destination des patients mise en place par le Centre hospitalier de Lannion





### LE PAIEMENT PAR CARTE BANCAIRE À L'HÔPITAL EN TOUTE SITUATION


Je règle ma facture par carte bancaire, dès ma venue dans l'établissement,  
pour ne plus avoir à m'en soucier à ma sortie.

Lors de ma venue, si le montant restant à ma charge est connu, on me propose de payer directement par carte bancaire. Si le montant à régler n'est pas encore connu, on me propose de régler par carte bancaire avec débit différé :


- 1**  


Je suis informé(e) **du montant et du délai maximum** pour le débit de mon compte bancaire.  
**Je donne mon accord avant de passer à l'étape suivante.**
- 2**  


Je communique mon **numéro de téléphone** ou mon **adresse courriel** pour être informé des prochaines étapes. J'insère ma carte bancaire dans le terminal de paiement et je tape mon code secret.  
Un ticket récapitulant l'opération m'est remis : il précise notamment **le montant maximum qui peut m'être débité.**
- 3**  


Après mes soins, je sors de l'établissement de santé sans **aucune autre formalité à remplir.**
- 4**  


Une fois le montant de mes soins calculé, je suis prévenu(e) par **courriel** ou par **SMS** du débit imminent. Mon compte bancaire est automatiquement débité au plus tard 3 jours après ma notification.

En cas d'impossibilité de procéder au débit, l'établissement de santé me propose une **solution de paiement alternative.**
- 5**  


La **quittance justificative** m'est adressée par courriel ou par courrier dès validation du paiement.

# QUESTIONS FRÉQUENTES

.....  **Comment anticiper le montant qui me sera débité ?**  
Vous serez informé(e) du montant débité 3 jours avant que le débit n'ait lieu, par SMS ou par courriel. Un montant maximum vous a été communiqué par votre établissement : le débit automatique ne dépassera pas ce montant.

.....  **Que se passe-t-il si le montant de mes soins est supérieur au montant maximum annoncé lors de ma venue ?**  
Le débit n'aura pas lieu. Vous recevrez un SMS ou un courriel vous invitant à utiliser une autre modalité de paiement.

.....  **Cette modalité de paiement est-elle sécurisée ?**  
Oui, vos coordonnées bancaires sont stockées par une plateforme monétique sécurisée. Elles sont conservées jusqu'au débit puis détruites.

.....  **Mes coordonnées bancaires peuvent-elles être réutilisées ?**  
Non, elles ne sont valables qu'une seule fois.

.....  **Recevrai-je tout de même un justificatif de paiement, notamment pour me faire rembourser par ma complémentaire santé ?**  
Oui, une fois le paiement réalisé, vous recevrez une facture acquittée.

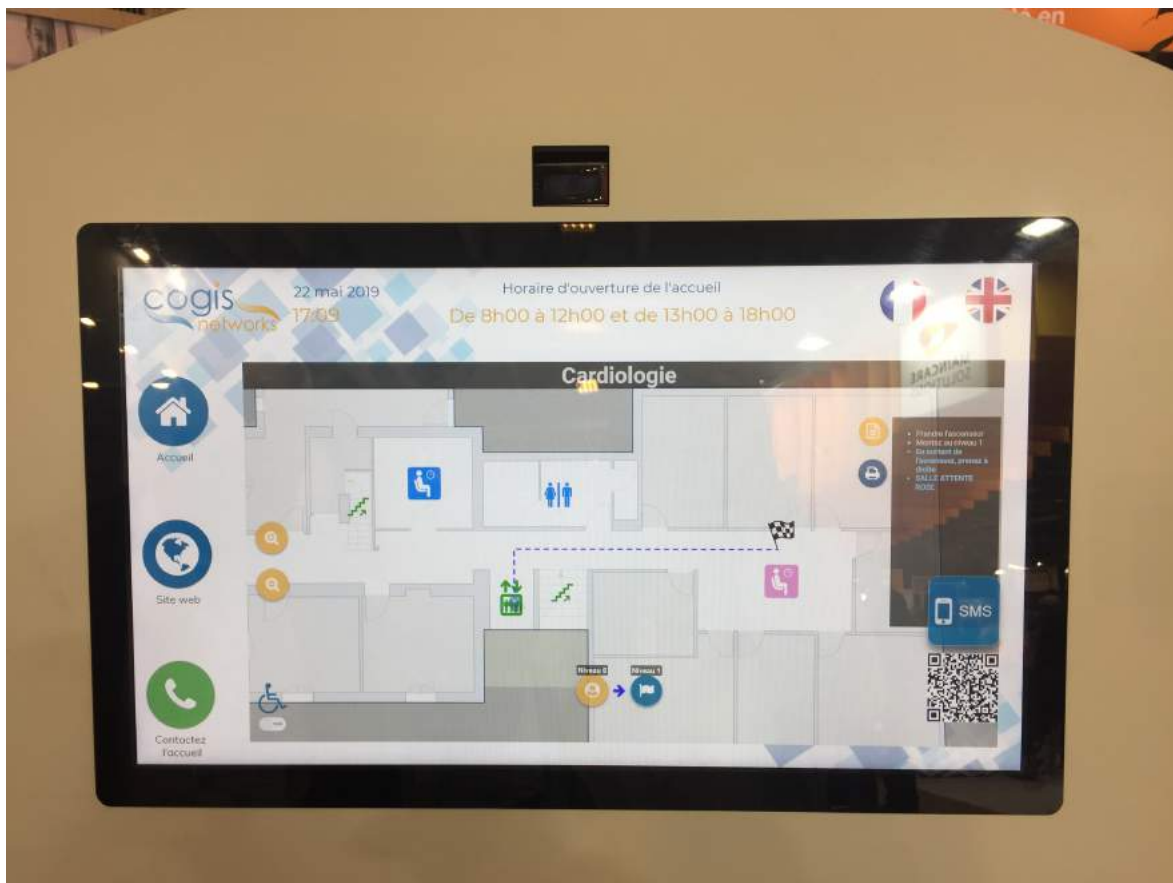
.....  **Un montant est-il bloqué sur mon compte bancaire ?**  
Non, aucun montant n'est bloqué sur votre compte.

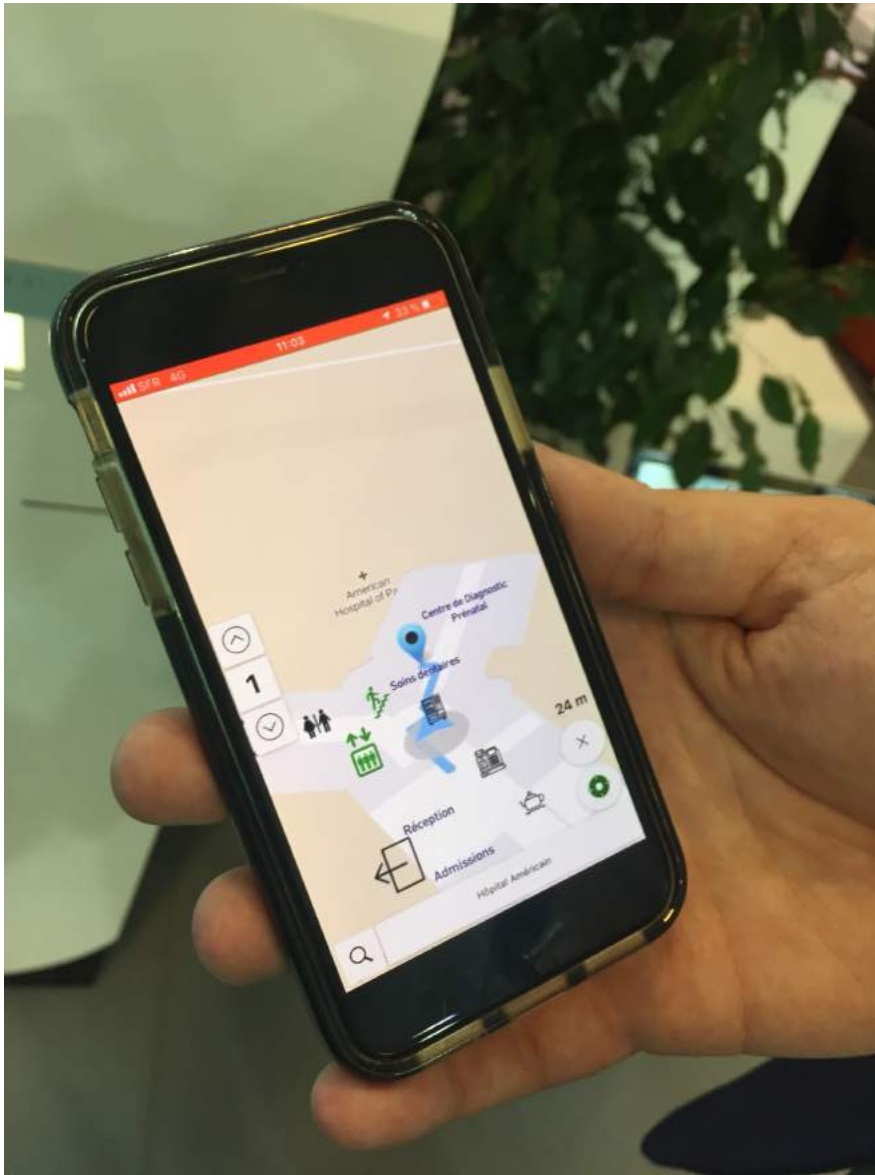
Pour tout renseignement : 02 96 05 71 09 - [facturation@ch-lannion.fr](mailto:facturation@ch-lannion.fr)

**Annexe 19** : Présentation des bornes et de l'application smartphone d'orientation – Photographies prises à la Paris Healthcare Week






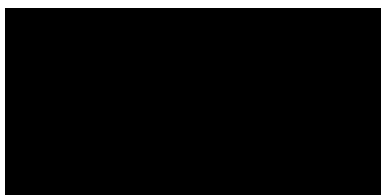






## Annexe 20 : Convocation type d'un patient

 Centre Hospitalier Saint-Brieuc	<b>ANGIOLOGIE</b>	<b>Secrétariat échographie et échographie doppler :</b> Tél : 02.96.01.79.50 Fax : 02.96.01.75.50
	<b>Convocation</b>	<b>Cadre de santé :</b> 02.96.01.70.52



Saint-Brieuc,  
Le 15/02/2019

Monsieur,

Vous êtes convoqué au Centre Hospitalier Yves LE FOLL de SAINT-BRIEUC dans l'unité d'angiologie, située au 1er étage, à droite en sortant des ascenseurs du bâtiment central, suivre les pas roses au sol :

**Le lundi 25 février 2019 à 15 h 30 - Dr ROMIER**

Pour la réalisation d'un écho Doppler :

A la demande du docteur

Merci de vous munir de votre ordonnance et de venir **15 minutes avant votre examen** pour présenter vos papiers (carte vitale, carte de mutuelle et pièce d'identité) :

- du lundi au vendredi au secrétariat du service ;
- le samedi au bureau des entrées.

Vous devrez être **A JEUN 4 heures** avant votre examen :  OUI  NON

(Vous ne devez ni boire, ni fumer, ni manger).

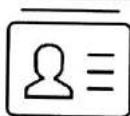
Le secrétariat,

Centre Hospitalier de Saint-Brieuc – 22027 Saint-Brieuc Cedex 1 – Tél. : 02.96.01.71.23 – Fax : 02.96.01.77.99  
e-mail : [direction@ch-stbrieuc.fr](mailto:direction@ch-stbrieuc.fr) – Site Web : [www.ch-stbrieuc.fr](http://www.ch-stbrieuc.fr)  
Membre Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor



## Merci de prendre connaissance des informations au verso de cette convocation.

Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, 10 rue Marcel Proust, 22000 Saint-Brieuc, 02.96.01.73.21



**Votre identité**, c'est votre sécurité ! Vous pouvez donc être amené à décliner régulièrement votre identité (nom, prénom, date de naissance).

### N'oubliez pas d'apporter :



Votre pièce d'identité, **ET** carte vitale, **ET** carte de mutuelle :

- Une pièce d'identité avec photo (carte d'identité, passeport, titre de séjour) ;
  - Le livret de famille pour les enfants sans pièce d'identité ;
  - Votre carte vitale et/ou une attestation délivrée par votre caisse d'assurance-maladie ;
  - Votre protocole Affection Longue Durée
  - Votre carte d'assurance complémentaire (mutuelle, attestation CMU complémentaire...);
  - Tout document nécessaire à la prise en charge de votre séjour : déclaration d'accident du travail...
- 
- La lettre de votre médecin,
  - Votre dernière ordonnance,
  - Vos examens de laboratoire, d'imagerie...
  - Vos accessoires personnels (lunettes, prothèse dentaire, canne, prothèse auditive, ...); Votre matériel médical (orthèse, releveur, fauteuil roulant...).



**Pour annuler ou reporter un rendez-vous**, vous devez nous contacter au plus tôt :



- de préférence par mail : [sec.angio@ch-stbrieuc.fr](mailto:sec.angio@ch-stbrieuc.fr)
- par courrier : **Secrétariat d'Angiologie**  
**CH Yves LE FOLL, 10 rue Marcel PROUST 22027 SAINT-BRIEUC Cedex 1**
- par téléphone : **02.96.01.79.50**

Un autre patient en bénéficiera immédiatement. Cette consultation annulée ou reportée ne vous sera pas facturée.

Deux jours avant votre rendez-vous, vous recevrez **un sms** de rappel, sur le numéro de téléphone que vous aurez indiqué lors de la prise de rendez-vous.



### Stationnement et transport :

- Le parking du centre hospitalier **est gratuit pour les consultants**.
- Si votre état de santé ne nécessite pas une assistance particulière, vous pouvez utiliser les transports en commun, votre véhicule personnel ou vous faire accompagner par un proche afin de faciliter votre entrée en lieu de soins ou d'examen.
- Lorsque votre état de santé et votre autonomie ne vous permettent pas de vous déplacer seul, votre médecin peut vous prescrire un transport adapté : taxi conventionné, véhicule sanitaire léger, ambulance: il n'est dorénavant remboursé que s'il est prescrit par un médecin **AVANT** le déplacement, **ET** qu'il est **JUSTIFIÉ** par votre état de santé et votre autonomie, **même** pour une affection de longue durée.
- Plus d'information sur : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), ou auprès de votre caisse d'assurance maladie.



### Dossier Médical Partagé : le DMP

Pour recevoir du Centre Hospitalier de Saint-Brieuc et partager avec vos médecins et soignants vos comptes-rendus de consultation, d'hospitalisation: vous pouvez créer votre DMP.

- Auprès de votre caisse d'assurance maladie
- Chez vous, sur internet : [www.mon-dmp.fr](http://www.mon-dmp.fr)
- Chez votre médecin traitant, ou un autre professionnel de santé, avec votre carte vitale.



### Arrivée très tôt, départ très tard ?

Vous pouvez bénéficier d'un accueil à La Maison des Familles la veille ou le soir de votre venue. Située à quelques mètres du site hospitalier, elle dispose de sept chambres de deux lits dont une équipée pour l'accueil d'une personne à mobilité réduite (avec lit électrique).

Dans le cadre d'une convention passée avec le Centre Hospitalier de Saint-Brieuc, la nuitée est gratuite pour le patient et sera facturée 8 euros à l'accompagnant, petit déjeuner inclus.

Renseignements et réservations au **02.96.78.20.20** ou à l'adresse [maisondesfamilles22@orange.fr](mailto:maisondesfamilles22@orange.fr)  
Pour une visite virtuelle, vous pouvez consulter le lien internet suivant: [www.maisondesfamilles22.fr](http://www.maisondesfamilles22.fr)

# Questionnaire usagers

Tout d'abord, sont interrogés en priorité les patients mais le cas échéant, leurs accompagnants peuvent être interrogés. Ensuite, il convient d'interroger en première intention les patients en attente de leur admission et en seconde intention les patients en attente de leur consultation. Enfin, il n'est pas envisagé de questionner les ambulanciers, qui n'ont pas vocation à s'exprimer au nom des patients qu'ils transportent.

Objectifs de l'enquête :

L'objectif de patients répondants est de 50 personnes.

Le questionnaire tend à sonder les usagers sur leur vision de l'hôpital dans sa configuration actuelle et future (cf. construction et réhabilitation de 11000 m2 dédiés à l'ambulatorio) dans le cadre de son parcours administratif. Il se découpe donc en 3 volets :

- le premier concerne des questions d'ordre général permettant de recouper les informations qui suivront avec les caractéristiques des patients ;
- le second concerne la vision de l'hôpital dans sa configuration actuelle ;
- le troisième aborde la propension des patients à l'innovation.

## 0. Initiale de l'interviewé et intervieweur \*

Short answer text

## 1. Lieu de réalisation du questionnaire \*

- Pavillon de la femme et de l'enfant
- Plateau des consultations externes

## 2. Quel âge avez-vous ? \*

- Moins de 25 ans
- Entre 26 et 35 ans
- Entre 36 et 50 ans
- Entre 51 et 65 ans
- Entre 66 ans et 80 ans
- Plus de 80 ans

**3. Etes-vous déjà venu au sein de l'hôpital Yves Le Foll ?**

- Oui, en tant que patient
- Oui, pour accompagner un proche
- Oui, pour une autre raison
- Non

**3bis - Si pour une autre raison, précisez laquelle :**

Long answer text

---

**4. Comment jugeriez-vous l'hôpital de Saint Brieuc aujourd'hui ?**

\*

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Innovant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accessible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technique et spécialisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4bis. Comment jugeriez-vous l'hôpital de Saint Brieuc aujourd'hui ?**

\*

Long answer text

---

5. Pour le plateau des consultations externes uniquement : L'utilisation de la

Oui

Non

5bis . Pourquoi ?

Long answer text

⋮

6. En moyenne vous diriez que vos délais d'attente pour l'admission s'élèvent \*

Moins de 5 minutes

Entre 5 et 10 minutes

Entre 10 et 14 minutes

15 minutes et plus

7. Pour une consultation, êtes-vous satisfaits du délai d'attente au moment \*

1

2

3

4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

8. Etes-vous satisfait du délai d'attente par rapport à l'heure prévue de \*

1

2

3

4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

⋮

9. De manière générale, êtes-vous satisfait de la signalétique au sein de \*

1

2

3

4

Très satisfait

Pas du tout satisfait

10. Avez-vous déjà du demander votre chemin dans l'hôpital après avoir

\*

Oui

Non

10 bis . Pourquoi ?

Long answer text

10 ter . Combien de fois ?

Long answer text

...

10-4. Quelle information souhaiteriez-vous recevoir pour mieux vous orienter ?

Long answer text

11. Un plan sur votre convocation vous aiderait-il à vous orienter ?

Oui

Non

11bis. Pourquoi ?

Long answer text

...

12. Etes-vous satisfait de l'amabilité du personnel à votre arrivée le jour du

Oui

Non

Je n'ai pas d'avis

13 . Êtes-vous satisfait du confort de la salle d'attente ?

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis

13 bis . Si non, pourquoi ?

Long answer text

---

⋮

14. Avez-vous déjà utilisé pour vous ou un de vos proches les fauteuils roulants à

- Oui
- Non
- Je ne connaissais pas ce service

15. En auriez-vous eu l'utilité ?

- Oui
- Non
- Peut-être

16. De manière générale, êtes-vous globalement satisfait de l'accueil

	1	2	3	4	
Très satisfait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pas du tout satisfait

⋮

17. Selon vous, comment cet accueil pourrait être amélioré ?

Long answer text

---

18. Avez-vous déjà consulté le site internet de l'hôpital ?

Oui

Non

19. Quelles sont les informations les plus importantes que vous venez/viendriez

Long answer text

---

20. Aimeriez-vous pouvoir ...?

Prendre rendez-vous en ligne

Retrouver facilement les informations concernant votre rendez-vous

Faire votre admission en ligne sur internet

Consulter vos résultats d'imagerie, de laboratoire

Connaitre et utiliser les services de l'hôpital

...

21. Via application ...?

mobile

internet

les deux



22. Comment souhaiteriez-vous pouvoir prendre vos rendez-vous à l'hôpital ? \*

- En vous déplaçant
- Tout de suite à l'issue du rendez vous médical
- En téléphonant
- Par mail
- En ligne en ayant directement accès aux plages horaires de consultation
- Other...

⋮

22bis . Si autre, précisez

Long answer text

23. Souhaiteriez-vous pouvoir prendre rendez-vous en ligne pour le laboratoire ?

- Oui
- Non

⋮

24. Par quelle(s) tranche(s) horaire(s) seriez-vous intéressés ?

- Avant 8h
- Dans la matinée à partir de 8h et avant 10h
- Après 10h et avant 12h
- Sur la pause déjeuner
- Après 14h et avant 16h
- Entre 16h et 18h
- Après 18h

25. Jugez-vous utile le rappel de vos rendez-vous par email ou par sms ?

Oui

Non

26. Seriez-vous favorable à l'utilisation d'objets connectés (montre connectée,

Oui

Non

⋮

26 bis. Si non, pourquoi ?

Long answer text

27. Quels services (en dehors des soins) aimeriez-vous retrouver au sein de

	Oui	Non
Bibliothèque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wifi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livraison payante en chambre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beauté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parapharmacie et hygiène	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jouets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
High tech	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bien être (massage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pressing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bornes d'admission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espaces verts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Distributeur automatique bancaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27bis . Si autre, précisez

Long answer text

28. Quel type de collation vous plairait pour une venue en chirurgie ambulatoire ?

Long answer text

29. Dans la restauration, est ce que vous êtes demandeur et consommateur de

Oui

Non

...

30. Le questionnaire est maintenant terminé, avez-vous une remarque

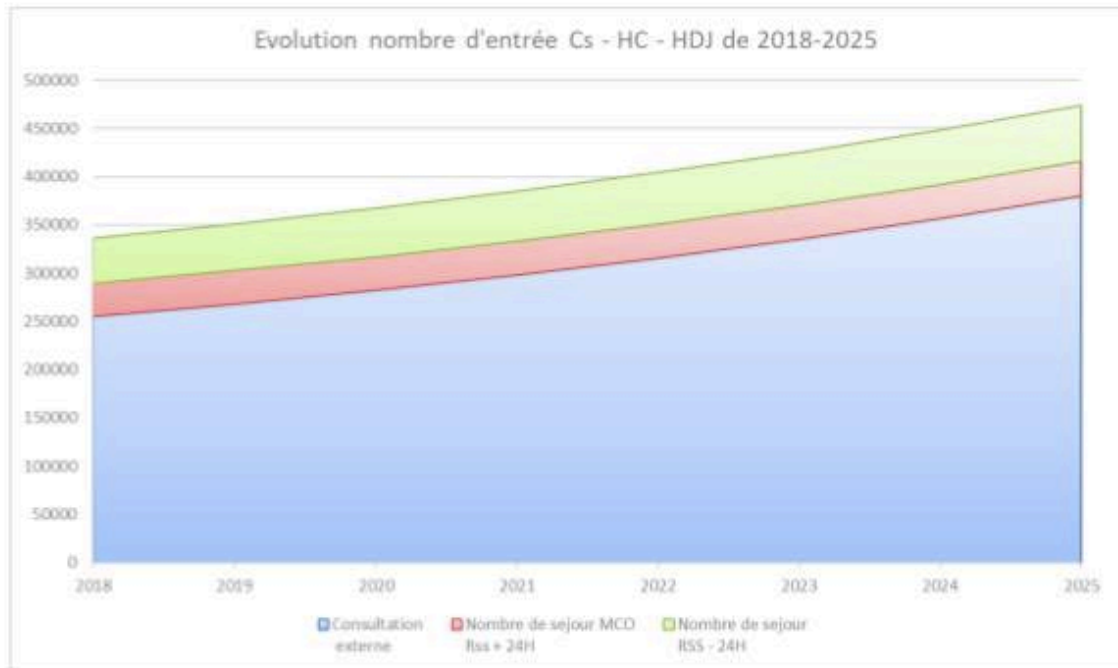
Long answer text

**Annexe 22 : Réalisation de l'enquête au niveau du plateau des consultations externes (photographie)**

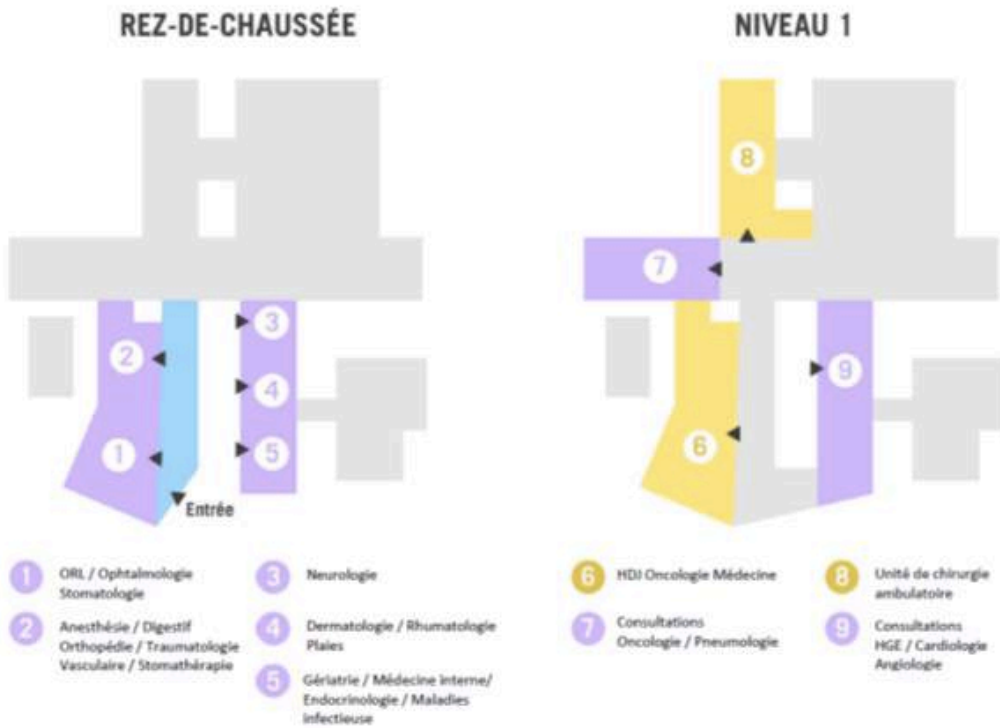


*A gauche en blanc, le représentant des usagers.*

**Annexe 23** : Graphique montrant l'évolution du nombre d'entrées par mode d'hospitalisation entre 2018 et 2025 (données activités PGFP)



**Annexe 24 : Plans du RDC du bâtiment dédié à l'ambulatorio et localisation potentielle du salon de sortie**





Loin de l'agitation des services,  
le salon de sortie vous accueille avant qu'un  
proche ou un professionnel ne vienne vous chercher.

**Espace détente, salon, téléviseur  
et kitchenette sont à votre disposition.**

Nos hôtesse, *aides-soignantes de formation*,  
sont là pour vous et votre confort  
autour d'un café chaud ou d'un rafraîchissement.

*Un peu plus chez vous,  
un peu moins à l'hôpital !*



## Annexe 26 : Fiche de poste hôtesse de régulation du salon de sortie du CHU de Poitiers

	Fiche de poste	Institution	Page : 1/5
	Version n° 01	HÔTE(SSE) DE REGULATION SALON DE SORTIE	
			Date : août 2015

### 1 - Rattachement hiérarchique

Monsieur Bruno AVRE  
Cadre supérieur de santé  
Gestion des lits

### 2 - Rattachement fonctionnel

Coordination Générale des Soins

### 3 - Amplitude horaire

Ouverture du salon de sortie du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 toute l'année

### 4 - Particularités du poste

Affectation temporaire au poste : Poste attribué à du personnel soignant (IDE ou AS) pour une durée déterminée de 1 an renouvelable une fois.

Poste à charge physique limitée.

### 5 - Objectifs

Accueillir des patients sortants des unités d'hospitalisation en attente d'un transporteur (VSL, Taxi ou famille) pour un retour au domicile et respectant les critères d'inclusion (patients majeurs, valides et autonomes ne souffrant pas de troubles cognitifs)

### 6 - Intérêts et contraintes du poste

#### ► Intérêts :

Rédaction	Vérification	Approbation
Groupe de travail PARIS S. : cadre de santé MARTIN G. : cadre de santé FESTOU M.D. : cadre de santé MAUCHE C. : cadre de santé PERRIN A. : cadre de santé CONDRE D. : cadre de santé HARDY O. : cadre de santé MAURAND M. : infirmière CHARRIER A. : cadre supérieur de santé AVRIL B. : cadre supérieur de santé		IMBERT M. : Coordinateur Général des Soins DICHAMP Nathalie : Directeur



 Fiche de poste	Institution	Page : 2/5
		Date : août 2015
Version n° 01	<b>HÔTE(SSE) DE REGULATION SALON DE SORTIE</b>	

Diversité des patients pris en charge en médecine et chirurgie

Fonction transversale permettant de s'enrichir au niveau des connaissances et au niveau relationnel.

Reprise progressive du travail ou allègement de la charge de travail pour des agents en fin de carrière.

Amélioration de la prise en charge des patients.

► **Contraintes :**

Affectation temporaire au poste.

## 7 - Activités principales

L'agent en fonction au salon de sortie et l'agent assurant le lien avec les unités d'hospitalisation se répartiront à tour de rôle les activités suivantes en sachant que la permanence de l'accueil au salon est indispensable.

► Vérifier les demandes d'admission au salon de sortie formulées par les unités de soins en fonction des disponibilités en place.

► Faire respecter les critères d'exclusion :

- Patients dépendants
- Patients confus
- Patients mineurs non accompagnés
- ....

► Prendre note des consignes des unités d'hospitalisation en lien avec la sortie pour la prise en charge au salon.

► Assurer si besoin l'accompagnement des patients sortants des unités d'hospitalisation vers le salon.

► Accueillir les patients sortants en respectant les consignes d'installation formulées par l'unité de soins (exemple : membre surélevé sur un repose pied...).

Rédaction	Vérification	Approbation
Groupe de travail : PARIS B : cadre de santé MARTIN G. : cadre de santé FESTOU M.G. : cadre de santé MAUCHE C. : cadre de santé PERRIN A. : cadre de santé COINDRE D. : cadre de santé HARDY D. : cadre de santé MARRAND M. : infirmière CHARRIER A. : cadre supérieur de santé AVBL B. : cadre supérieur de santé		IMBERT M. : Coordinateur Général des Soins DICHAMPEL Isabelle : Directeur

	Fiche de poste	Institution	Page : 3/5
	Version n° 01	<b>HÔTE(SSE) DE REGULATION SALON DE SORTIE</b>	

- ▶ S'assurer que le patient fait suivre ses effets personnels (vestiaire et enveloppe de sortie) et utiliser la bagagerie pour les stocker si le patient le désire. L'admission d'un patient au salon n'est pas suivie d'un inventaire de ses effets personnels.
- ▶ Assurer le confort des patients sortants (boissons, etcas, ...).
- ▶ Vérifier le moyen de sortie (VSL, taxi, moyen personnel) notifié sur la fiche de liaison unité/salon.
- ▶ Contrôler la présence du bulletin de situation avant le départ du patient du service d'hospitalisation. Il est impératif que le patient possèd plus le statut « d'hospitalisé ».
- ▶ Maintenir la propreté des locaux, assurer l'entretien de fin de journée du local de 17h00 à 17h30 et l'élimination des déchets.
- ▶ Générer les commandes d'épicerie de l'unité.
- ▶ Veiller à respecter un décalé de présence maximale des patients jusqu'à 17h00 pour une fermeture de l'unité à 17h30, ménage terminé.
- ▶ Centraliser les questionnaires de satisfaction (spécifiques au salon de sortie et/ou questionnaire CHU).
- ▶ Participer au relevé des statistiques inhérentes au fonctionnement du salon de sortie :
  - Heure d'entrée et heure de départ pour évaluation de la durée de séjour.
  - Unité de provenance.
  - Motif d'utilisation du salon : Absence de transporteur.
- ▶ Déclarer les événements indésirables
- ▶ Participer activement à la promotion du salon de sortie (appels téléphoniques dans les unités...)

## 8 – Lieu d'exercice

Au rez de chaussée de l'hôpital Jean Bernard (Niveau -1 aile C)

Rédaction	Vérification	Approbation
Groupe de travail : PARS E. : cadre de santé MARTIN G. : cadre de santé FOSTOU M.O. : cadre de santé MAUCHE C. : cadre de santé PERIN A. : cadre de santé COINDRE D. : cadre de santé HARDY O. : cadre de santé MARRAND M. : infirmière CHARRIER A. : cadre supérieur de santé RIVEL B. : cadre supérieur de santé		IMBERT M. : Coordinateur Général des Soins DUCHAMP Isabelle : Directeur

	Fiche de poste	Institution	Page : 4/5
	Version n° 01	<b>HÔTE(SSE) DE REGULATION SALON DE SORTIE</b>	
			Date : août 2015

## 9 – Travail en collaboration

- ▶ Toutes les unités d'hospitalisation du CHU de Poitiers
- ▶ Les sociétés d'ambulance, VSL et taxi

## 10 – Critères d'accès au poste :

### ▶ La qualification et/ou les formations requises :

Les personnes habilitées à remplir la fonction d'hôte/hôtesse du salon de sortie sont des soignants recommandés par la Médecine de santé au travail et la DRH.

### ▶ Les connaissances particulières requises :

Connaissance de l'institution et de son fonctionnement

### ▶ Les savoir-faire requis

Utilisation de l'informatique souhaitable : commande informatisée d'épicerie, consultation des annuaires électroniques, rédaction d'événements indésirables...

Savoir alerter en cas de situation critique : bonne connaissance de la procédure d'UIH (Urgence Intra Hospitalière).

### ▶ Les savoir-être requis

Amabilité  
Empathie  
Discrétion  
Politesse

### ▶ Les qualités professionnelles requises

Rédaction	Vérification	Approbation
Groupe de travail : PARIS S. : cadre de santé MARTIN G. : cadre de santé FESTOU M.D. : cadre de santé MAUCHE C. : cadre de santé FERRIN A. : cadre de santé COINDRE D. : cadre de santé HARDY G. : cadre de santé SARRAUD M. : infirmière CHARRIER A. : cadre supérieur de santé ANSEL B. : cadre supérieur de santé		IMBERT M. : Coordinateur Général des Soins DICHAAMP Isabelle : Directeur

	Fiche de poste	Institution	Page : 3/5
	Version n° 01	HÔTE(SSE) DE REGULATION SALON DE SORTIE	

Disponibilité  
 Rigueur, organisation méthode et discrétion  
 Autonomie : Capacité de prise de décision en fonction de ses compétences  
 Capacités relationnelles et de communication  
 Respect du secret professionnel et médical

### 11 – Tenue professionnelle :

Tenue civile avec badge

### 12 – Parcours d'intégration : il est évalué à 5 jours maximum

### 13 – TEXTES DE REFERENCE

- Preamble du Guide 2001 de l'ANAES, Evaluations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, « Préparation de la sortie du patient hospitalisé »
- 
- Recommandations ANAP et HAS sur le sujet.

Rédaction	Vérification	Approbation
Groupe de travail PACIS B. : cadre de santé MARTIN Q. : cadre de santé PESTOU M. D. : cadre de santé MAUCHE C. : cadre de santé PERRIN A. : cadre de santé COINDRE D. : cadre de santé HARDY D. : cadre de santé MAURAND M. : infirmière CHARRIER A. : cadre supérieur de santé AUVIL B. : cadre supérieur de santé		IMBERT M. : Coordinateur Général des Soins DICHAMF Isabelle : Directeur

**Annexe 27** : Photographie du salon de sortie du GH La Rochelle-Ré-Aunis





JARY

Maëlle

Octobre 2019

## Filière Directeur d'hôpital Promotion Albert Camus – 2018/2019

Simplification du parcours administratif du patient :  
De la philosophie managériale à l'espace

Exemple d'une gestion de projet au sein du Centre hospitalier de Saint-Brieuc

### **Résumé :**

Ce mémoire vise à présenter la méthode suivie dans la conduite du projet de simplification du parcours administratif du patient au sein du Centre hospitalier de Saint-Brieuc pour les directions qui souhaiteraient s'engager dans une telle démarche transversale et complexe.

Comme la métaphore d'une fleur dont les pétales s'épanouissent au fil des jours, le cœur de ce projet est la gestion de projet, les pétales, les directions fonctionnelles principalement concernées et la qualité comme fondement du projet.

Ainsi, ce mémoire dévoile la philosophie managériale – comme les méthodes agiles, l'intelligence collective, le leadership porteur de sens – pouvant présider à la conduite d'un tel projet, les benchmarks réalisés et les outils conçus ainsi que les pistes d'action concrètes envisagées par directions fonctionnelles.



Gestion des compétences de la chaîne AFRT, intégration des NTIC, GMPC visionnaire permettant de bâtir des plans de formation collectifs et individuels adaptés, architectures modulaires et évolutives ouvrant à des organisations et des parcours fluides sont les mesures phare à avoir en tête.

### **Mots clés :**

Simplification du parcours administratif du patient - SIMPHONIE – Trésorerie – Chaîne AFRT - Gestion de projet – Transversalité – Méthodes agiles – Lean management – Intelligence collective - Management humaniste – Phronetic leader -

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*