



EHESP

Master II Administration de la Santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTE
(AMOS-Paris)**

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

**Réorganiser les consultations d'ophtalmologie pour optimiser les
flux de patients au sein d'un ESPIC :
Une étude sous le prisme de l'accompagnement au changement**

Pauline VIDAL

**Directrice de mémoire :
Paula CRISTOFALO**

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants du Master 2 AMOS-Paris, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'EHESP.

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de mémoire, et responsable de master, Madame Paula CRISTOFALO, à qui j'exprime toute ma gratitude pour son accompagnement, sa bienveillance, et sa relecture attentive. Ses conseils et ses éclairages, ainsi que ses enseignements, m'ont été précieux tout au long de l'élaboration de ce travail.

J'aimerais remercier l'ensemble de l'équipe de la Direction des opérations de l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild qui m'a accueillie et considérée comme une véritable collègue durant mon année d'alternance. J'adresse tout particulièrement mes remerciements à Monsieur Edouard DESMIDT et à Madame Mathilde BAUER qui m'ont encadrée et conseillée dans la réalisation de mes différentes missions. Par ailleurs, je souhaite remercier tous les professionnels avec qui j'ai pu échanger dans le cadre de ce mémoire.

Je saisis également cette occasion pour adresser mes remerciements à l'ensemble des intervenants de la formation Master 2 AMOS Paris de l'EHESP pour leurs apports riches de nouveaux savoirs au service de mon parcours professionnel et personnel. Une pensée particulière à Madame Vanessa DURAND que je remercie pour sa grande disponibilité et pour son accompagnement dans le cadre de cette formation.

Enfin, j'exprime toute ma reconnaissance à mes proches et mon entourage, pour leur soutien sans faille tout au long de mes études et durant mon parcours de réorientation...

A mes parents, tout ça c'est grâce à vous,

A ma sœur,

A ma famille,

A mes amies et amis,

A William.

Sommaire

Introduction	1
1 Enjeux organisationnels dans la gestion des flux de patients : l'exemple des consultations d'ophtalmologie d'un ESPIC	2
1.1 De la gestion des flux à la prise en compte du parcours patient à l'hôpital	2
1.2 L'activité d'ophtalmologie de l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, une organisation éclatée.....	4
1.2.1 Le département d'ophtalmologie, ses différents services et ses multiples spécialités	4
1.2.2 Les plateaux de consultations, lieux de rencontre des différents professionnels avec les patients.....	7
1.2.3 Des dysfonctionnements observés dans le processus des consultations.....	9
1.2.4 ... qui impactent à la fois le travail des équipes et la satisfaction des patients	10
2 Le projet de réorganisation des consultations mené par la Direction des opérations	12
2.1 Un projet aux objectifs d'abord opérationnels.....	12
2.1.1 Le cadrage du projet	12
2.1.2 La conduite du projet.....	14
2.2 Une réorganisation qui s'inscrit dans un processus de changement.....	15
2.2.1 Les cadres théoriques permettant d'étudier les changements organisationnels	15
2.2.2 L'exemple d'une recherche-intervention conduite au sein d'un service d'ophtalmologie	17
3 Matériel et méthodes.....	20
4 Résultats	22
4.1 Comment les professionnels perçoivent-ils l'organisation actuelle ?.....	24
4.2 Quelle représentation les acteurs ont-ils du projet de réorganisation ?.....	28
4.3 Quel impact la mise en œuvre du changement a-t-il sur les différents membres du personnel ?.....	34
4.4 De quelle façon les professionnels pourraient-ils se mobiliser pour être d'avantage impliqués ?	37

5	Discussion	41
5.1	La confrontation des résultats à la littérature.....	41
5.2	Les limites méthodologiques de l'étude	44
6	Pistes d'amélioration.....	45
	Conclusion.....	46
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I
	Annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CEDR : Centre Edmond De Rothschild

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DO : Département d'Ophtalmologie

DOP : Direction des Opérations et de la Performance

E : Entretien

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

HFAR : Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OCT : Tomographie à Cohérence Optique

OPH : Ophtalmologie

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEP : Personnel de l'Equipe Projet

PIP : Personnel Impacté par le Projet

RDV : Rendez-vous

Introduction

Avec la complexification des prises en charge médicales et la multiplication des acteurs du système hospitalier, le pilotage des flux de patients devient un enjeu prioritaire. Les consultations externes des établissements de santé, en nette augmentation avec le vieillissement de la population et l'extension des maladies chroniques et polyopathologiques, impliquent une organisation rigoureuse permettant d'offrir aux patients une prise en charge sécurisée et de qualité. La gestion des flux lors de ces consultations nécessite la coordination et la coopération des équipes intervenant aux différentes étapes du parcours patient. Quand celle-ci n'est pas optimale, les organisations peuvent être amenées à se questionner, à se repositionner et peut-être même à se transformer. La gestion des flux devient alors l'affaire de différents acteurs, aux compétences diverses et variées, devant s'accorder ensemble pour mener à bien les évolutions souhaitées.

C'est dans ce contexte que j'ai participé à un projet de réorganisation mené par la Direction des opérations d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Ce travail de recherche s'articule autour d'une question professionnelle, à savoir : Comment réorganiser les consultations externes d'ophtalmologie afin d'optimiser le flux de patients et atteindre un équilibre au niveau des plateaux techniques ? Pour cela, la mise en œuvre du projet porte d'abord sur plusieurs éléments techniques à travailler. S'inscrivant dans un contexte de complexité, ce projet mobilise également des éléments organisationnels à penser.

Après une présentation du cadre et des enjeux (partie 1), ainsi que du projet de réorganisation (partie 2), la suite de ce travail évoluera autour d'une question de recherche (page 20) permettant d'orienter mon enquête de terrain (partie 3) et, finalement, de dégager des résultats et une discussion (parties 4 et 5) sur la réorganisation. Enfin, les questions, professionnelle et de recherche, seront reliées sous la forme de quelques pistes d'amélioration en guise de préconisations (partie 6).

1 Enjeux organisationnels dans la gestion des flux de patients : l'exemple des consultations d'ophtalmologie d'un ESPIC

Cette partie a pour vocation, dans un premier temps, de présenter brièvement les principaux enjeux organisationnels retrouvés dans la gestion des flux de patients à l'hôpital. En ce sens, la notion de flux sera abordée puis rapprochée de celle du parcours patient dans le cadre spécifique des consultations externes des établissements. Puis, dans un second temps, une présentation descriptive de l'organisation de santé étudiée dans ce mémoire sera effectuée, s'attachant à dévoiler les nombreuses spécificités et particularités à l'origine de sa grande complexité. Les différents aspects techniques évoqués permettront de cerner le périmètre du projet de réorganisation qui sera finalement analysé en termes de management hospitalier.

1.1 De la gestion des flux à la prise en compte du parcours patient à l'hôpital

La gestion des flux est devenue un enjeu majeur de la performance organisationnelle au sein des établissements de santé. Définie par l'Association française de normalisation (AFNOR) comme « la planification, l'exécution et la maîtrise des mouvements et des mises en place des personnes ou des biens et des activités de soutien liées à ces mouvements et à ces mises en place »¹, la fonction logistique a pour rôle de suivre et piloter ces mouvements qu'on appelle « flux ». A l'hôpital, la gestion des flux de patients doit permettre de prendre en charge un volume d'activité donné ou souhaité, en respectant des critères de qualité sous contrainte de ressources et de disponibilités à la fois humaines et matérielles. En effet, celle-ci implique la mise en œuvre, par le personnel, d'un contrôle étroit des entrées et des sorties de patients de l'établissement. Les flux d'admissions programmées représentent, en temps normal, la majorité des entrées. Les flux d'admissions non-programmées interviennent, quant à eux, avec une variabilité importante suivant divers facteurs et sont parfois perçus comme perturbateurs. Pour autant, les hôpitaux se doivent de répondre à l'ensemble des besoins de santé et ne peuvent pas sélectionner leurs flux d'entrée, ni être à l'origine des flux de sortie précocement orientés. Ils doivent, au contraire, optimiser leur organisation pour modéliser une structure capacitaire capable de répondre aux variations d'activités et de s'adapter aux évolutions contextuelles du système de santé.

¹ Définition proposée dans la norme AFNOR NF X 50-600 en 1999.

Au sein des établissements de santé, les actes et consultations externes (ACE), sont réalisés dans le cadre de l'activité externe qui comprend l'ensemble des prestations hors hospitalisation : consultations médicales, actes techniques médicaux, d'imagerie ou de biologie, forfaits techniques de radiologie, passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Cette activité ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), contrairement aux établissements de santé privés lucratifs dont celle-ci relève du champ libéral.² Ces consultations sont réalisées par les praticiens exerçant dans l'établissement et sont imputées sur les enveloppes de dépenses hospitalières. Elles engendrent également un flux de patients pouvant correspondre à une simple consultation, une préparation d'hospitalisation, un suivi médical ou une intervention. Très souvent, les consultations externes nécessitent la réalisation d'examen complémentaire générant un flux additionnel de patients au niveau des plateaux techniques. Les ACE suivent un processus général présentant quatre étapes : la prise de contact pour obtenir un rendez-vous (impliquant la programmation d'un rendez-vous) ; l'accueil au moment de la venue (générant la création du dossier administratif), la prise en charge médico-soignante (comportant la consultation et les potentiels examens) et la post-consultation (correspondant à la sortie ou non du patient en fonction de son parcours de soins). A chaque étape, différents acteurs sont mobilisés et peuvent à la fois impacter et être impactés par le flux de patients avéré. Ainsi, les flux de patients requièrent un management de l'humain permettant d'offrir une qualité et une sécurité de prise en charge pour le patient, et participant à la qualité de vie et de travail du personnel administratif et soignant. D'autre part, la prise en compte de la notion de parcours patient à l'hôpital est grandissante et s'applique également aux consultations externes faisant le lien entre les établissements de santé et le retour en ville. Cependant, la structure actuelle des hôpitaux n'est pas construite autour du parcours patient, mais autour de directions fonctionnelles qui ont du mal à mettre en place des approches transverses. Pour tenter d'améliorer cela, l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France a contribué au financement de postes au sein des Directions des opérations, dont l'une des missions est de piloter la performance des parcours patients (Fortineau et al., 2017). Ces récents services aux profils de professionnels variés sont alors réquisitionnés pour tenter d'intégrer les besoins des patients à l'optimisation des ressources et répondre efficacement aux attentes du système hospitalier impliquant la gestion des flux de ces derniers.

² D'après le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) de 2019, Chapitre VII « Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins » - Cour des comptes.

1.2 L'activité d'ophtalmologie de l'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild, une organisation éclatée

L'Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild (HFAR) est un établissement privé à but non lucratif créé en 1905 dans le 19^e arrondissement de Paris. Il est spécialisé dans les pathologies de la tête et du cou (ophtalmologie, neurosciences, ORL) et prend en charge les patients de l'enfance à l'âge adulte. Etablissement de santé privé d'intérêt collectif³ (ESPIC) et également hôpital universitaire, l'HFAR assure des missions de service public hospitalier et propose une prise en charge en tarif de secteur 1. L'hôpital comprend 162 lits d'hospitalisation et ses activités de médecine et de chirurgie (MCO) représentent annuellement près de 24 000 interventions chirurgicales, 350 000 consultations et 45 000 passages aux urgences ophtalmologiques. En ce qui concerne les ressources humaines, l'établissement compte plus de 1660 salariés dont 450 personnels médicaux, 850 personnels non-médicaux et 360 personnels supports.

L'HFAR, avant tout spécialisé en ophtalmologie, comporte un département entier dédié à cette spécialité. Pour mieux comprendre l'organisation complexe de son activité, cette partie descriptive présentera brièvement les différents services du département d'ophtalmologie et ses spécificités. Puis, nous nous intéresserons plus précisément à l'organisation des consultations sur les différents sites accueillant les patients, ainsi qu'au rôle des équipes présentes à chaque étape de leur parcours de soin.

1.2.1 Le département d'ophtalmologie, ses différents services et ses multiples spécialités

L'ensemble de l'activité d'ophtalmologie de l'établissement est regroupé au sein d'un département d'ophtalmologie (DO) sous la direction d'un médecin responsable du département et de son adjoint. L'offre de soins est organisée de manière graduée, de la consultation et des explorations fonctionnelles nécessaires au diagnostic des pathologies et permettant leur suivi, jusqu'à la prise en charge hospitalière des patients. Pour ce faire, l'activité s'organise autour de six services de 104 ophtalmologues proposant des prises en charge spécifiques et complémentaires. Chaque service a son propre secrétariat et son propre mode de fonctionnement. Le tableau ci-dessous présente les expertises des différents services ainsi que leurs effectifs médicaux et administratifs.

³ Définition proposée dans l'article L.6161-5 du Code de la santé publique - Légifrance.

Service	Spécialités	Nombre de médecins ⁴	Nombre de secrétaires médicales
A	Ophtalmologie pédiatrique & maladies du vitré et de la rétine	17	5
B	Maladies du segment antérieur de l'œil	27	5
C	Chirurgie de l'orbite, des paupières et des voies lacrymales	10	5
D	Maladies du segment antérieur de l'œil	20	3
E	Maladies du vitré et de la rétine	21	4
F	Neuro ophtalmologie & oculomotricité	9	3
Total		104	25

Tableau n°1 : Organisation des six services d'ophtalmologie de l'HFAR

En plus d'une organisation en six services, l'activité d'ophtalmologie peut se découper en neuf spécialités, appelées « filières »⁵. Ce découpage s'est construit il y a plusieurs années afin d'homogénéiser le parcours patient quel que soit le service et ainsi faciliter la prise en charge et le suivi. Les services conservent leur unité administrative en termes de fonctionnement interne, mais tendent vers une organisation commune au sein d'une même filière. Le tableau ci-dessous présente le nombre de médecins, pour chaque service, spécialisés dans les différentes filières et proposant des consultations dans ces domaines.

Service (Nombre de médecins)	A (17)	B (27)	C (10)	D (20)	E (21)	F (9)	Total (104)
Filière							
Cataracte	13	19	6	18	19	3	78
Cornée	1	15	0	15	0	0	31
Glaucome	3	9	0	3	0	1	16
Neuro-OPH	0	1	0	0	0	8	9
Orbite Paupière	0	0	9	0	0	1	10
Pédiatrie	9	0	0	1	0	1	11

⁴ Les internes (praticiens en formation spécialisée) ne sont pas pris en compte dans ce nombre.

⁵ Définition d'une filière proposée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1998 : « Une filière peut être de santé ou de soins. Une filière est une description de trajectoires : elle peut être définie a posteriori ou a priori. Une filière définie a posteriori résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie a priori résulte soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire. Les éléments de caractérisation d'une filière sont : les "lieux de passage", la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau, le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés ».

Rétine	9	2	0	0	21	0	32
Strabologie	4	0	0	0	0	5	9
Uvéite Inflammation	0	4	0	0	0	0	4

Tableau n°2 : Répartition des médecins par filière d'ophtalmologie de l'HFAR

La répartition des médecins experts dans une ou plusieurs filières est propre à chaque service. Dans chacun d'eux, des ophtalmologues sont spécialisés dans la pathologie de la cataracte, dont les consultations représentent une source importante de recrutement de patients en chirurgie. Certains services comptent des médecins dans plusieurs filières tandis que d'autres sont affectés à une seule spécialité. Cette transversalité rend complexe l'identification du champ de compétences des médecins et l'organisation qui en découle. En effet, une logique d'hyperspécialisation, bien que plus adaptée aux besoins de santé, nécessite une gestion des flux optimale et une coordination des équipes tout au long du parcours des patients. Cela implique une organisation interservices et interprofessionnels structurée.

La gestion des flux de patients implique la mise en œuvre, par le personnel, d'un contrôle étroit, notamment par le biais de la programmation des rendez-vous par les secrétariats. Ces derniers sont gérés par deux coordinatrices administratives, en charge de la planification et de la supervision des six équipes qui répondent aux besoins spécifiques de leur service. Les secrétaires⁶, à équidistance entre les domaines administratif et médical, sont également sous l'autorité fonctionnelle des médecins, autour desquels leur travail s'articule et permet la prise en charge médico-administrative des patients. A l'HFAR, les secrétaires médicales d'ophtalmologie travaillent en « back-office », c'est-à-dire qu'elles ne sont pas en contact direct avec les patients, et s'occupent principalement de la gestion de leur dossier, de la saisie des comptes rendus, et des reports ou rajouts de rendez-vous. Ce sont, d'autre part, les secrétaires administratives qui accueillent les patients en « front-office » et qui se chargent de programmer la majorité des rendez-vous. Celles-ci sont positionnées sur les différents lieux de consultation, sous l'autorité hiérarchique de leur responsable de site, et répondent directement aux demandes des médecins sur place. Vient alors le défi de la coopération entre les différents acteurs de cette organisation. Historiquement, la relation « enchantée » entre la secrétaire et son patron, comme l'explique la sociologue Josiane Pinto (1990), est « irréductible à la sphère des relations professionnelles ordinaires », et cela s'explique encore aujourd'hui. En effet, plusieurs mémoires professionnels (Cauchois, 2017 et Langlais, 2007) relatent l'évolution du métier

⁶ *Compte tenu de la féminisation totale des secrétaires (médicales et administratives) des services d'ophtalmologie de l'HFAR, nous utiliserons dans ce mémoire le féminin pour désigner les secrétaires.*

de secrétaire à l'hôpital et la persistance du binôme formé par la secrétaire et le médecin. Ici, plusieurs secrétaires sont rattachées à plusieurs médecins d'un même service. Et bien que, sur les sites de consultations, l'organisation des équipes est supervisée par des responsables administratifs, nous pourrions nous demander qui des médecins ou des responsables, si un choix devait se faire, les secrétaires suivraient. Pour identifier les interactions des différentes équipes intervenant lors des consultations, la suite de ce mémoire détaillera le fonctionnement des plateaux techniques d'ophtalmologie.

1.2.2 Les plateaux de consultations, lieux de rencontre des différents professionnels avec les patients

Dans le cadre de l'activité externe, les consultations d'ophtalmologie ont lieu à l'hôpital mais également dans d'autres établissements de l'HFAR. En effet, la prise en charge surspécialisée des pathologies ophtalmologiques des patients est réalisée sur le site principal de l'hôpital et son annexe Laumière. Les consultations de dépistage et de suivi de premier niveau, quant à elles, sont proposées au sein de deux centres de proximité, les centres de santé Edmond de Rothschild (CEDR) Jaurès et Bauchat-Nation. Ces quatre entités géographiques forment quatre plateaux techniques à part entière, équipés de salles de consultations et de box d'explorations fonctionnelles où sont réalisés les examens complémentaires.

Au sein de ces quatre plateaux de consultations, travaillent conjointement divers acteurs de la prise en charge des patients, qui interviennent à différents moments de leur parcours. Au bureau d'accueil, les secrétaires administratives en « front-office » s'occupent de la création des dossiers et de la gestion des droits sociaux des patients. En « back-office », les agents de la même équipe gèrent les demandes de rendez-vous reçues par mail et par appel téléphonique. Ensuite, interviennent les équipes paramédicales, orthoptistes et optométristes, qui prennent en charge les patients pour la réalisation de leurs examens complémentaires⁷ en amont de la consultation. Les médecins réalisent par la suite la consultation médicale et remettent aux patients les documents nécessaires à leur suivi (ordonnance, délai avant le prochain rendez-vous, examens souhaités, adressage vers un autre praticien, etc.). Enfin, ils sont amenés à se rediriger vers le bureau où les secrétaires

⁷ La majorité des consultations d'ophtalmologie nécessite un ou plusieurs examens complémentaires réalisés par des professionnels paramédicaux orthoptistes, ou optométristes, en fonction de l'examen à pratiquer. Les principaux actes d'exploration fonctionnelle sont les suivants : vision binoculaire, tomographie à cohérence optique (OCT), fond d'œil, topographie, champ visuel, rétinophotographie, injection intra-vitréenne (IVT), exploration des flux lacrymaux, motricité oculaire, biométrie.

administratives programment les nouveaux rendez-vous. Le tableau ci-dessous répertorie le nombre de professionnels parmi les différentes équipes des plateaux.

Plateaux de consultations	Nombre de secrétaires administratives	Nombre de médecins	Nombre d'orthoptistes et d'optométristes
Site principal de l'hôpital	13	104 médecins / 6 services	80 orthoptistes et 16 optométristes
Annexe Laumière	6		
CEDR Jaurès	7		
CEDR Bauchat-Nation	4		

Tableau n°3 : Organisation des quatre plateaux de consultations d'ophtalmologie de l'HFAR

Le fonctionnement des consultations repose donc sur plusieurs équipes et sur différents professionnels, qui n'ont pas tous le même fonctionnement et qui ne relèvent pas de la même direction. Cette pluridisciplinarité, en plus d'une organisation éclatée sur différents sites, rend d'autant plus complexe la coordination de ces acteurs et la lisibilité des multiples parcours patients, filière de soins dépendants, en consultations. Le schéma ci-dessous illustre, de manière simplifiée et sous forme de processus, les étapes du parcours patient et les différents acteurs intervenant à chacune d'entre-elles.

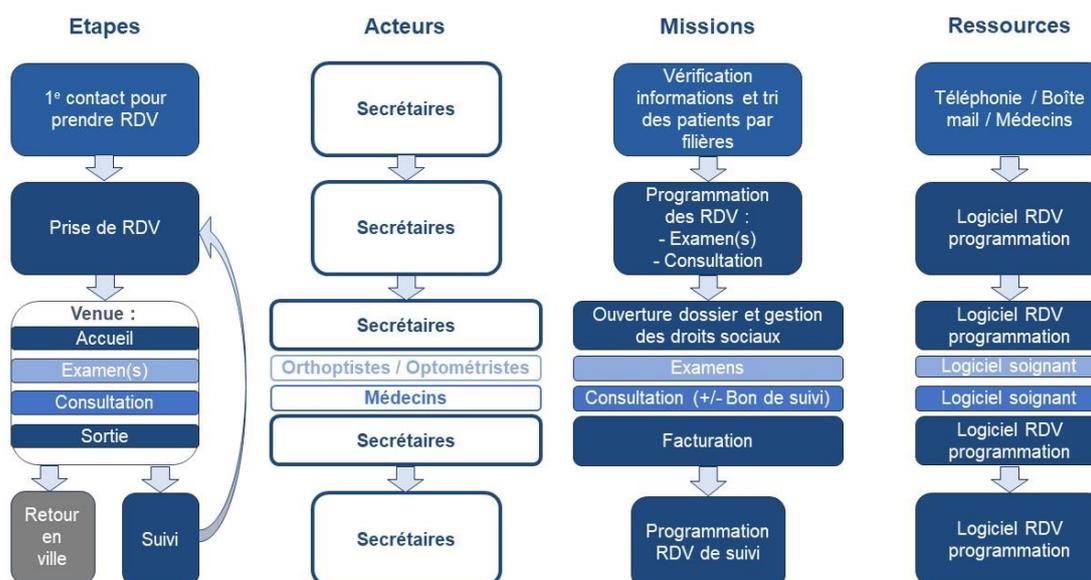


Figure n°1 : Processus des consultations externes d'ophtalmologie de l'HFAR

A cette complexité s'ajoute l'augmentation du nombre de consultations d'ophtalmologie, qui entraîne avec elle l'augmentation du nombre d'examen complémentaires et, par conséquent, un important flux de patients. Réalisé à partir du rapport de gestion de 2022 de l'HFAR, le tableau ci-dessous représente le nombre d'actes codés ainsi que le nombre de venues externes enregistrées.

Nombre d'actes codés			Nombre de venues externes			Ratio actes par venue	
2021	2022	↗	2021	2022	↗	2021	2022
280 811	408 386	45,7%	114 460	150 206	31,2%	2,45	2,72

Tableau n°4 : Activité externe d'ophtalmologie de l'HFAR entre 2021 et 2022

Entre 2021 et 2022, le nombre de patients admis en venue externe pour des consultations d'ophtalmologie a augmenté de 31% et le nombre d'actes codés de près de 46%. Le ratio du nombre d'actes codés par venue a également augmenté, ce qui va dans le sens d'une croissance générale de l'activité externe d'ophtalmologie. On peut considérer que pour une même venue, près de trois actes seront codés, et plusieurs acteurs seront mobilisés. Lors de sa consultation, le patient sera vu par un médecin mais également par un ou plusieurs orthoptistes ou optométristes qui réaliseront les explorations. Ces différents actes feront l'objet de plusieurs rendez-vous programmés en amont par les secrétaires administratives.

1.2.3 Des dysfonctionnements observés dans le processus des consultations...

L'organisation générale des consultations a soulevé une problématique commune aux différents acteurs : la gestion du flux de patients. Plusieurs causes à cette problématique ont été identifiées. Tout d'abord, les neuf filières d'ophtalmologie présentées dans le tableau 2 ne sont pas bien identifiées et sont mal isolées. Lors de la prise de rendez-vous, les patients ne sont pas toujours dirigés dans la bonne spécialité et vers le bon praticien. Par exemple, un patient adressé par un praticien extérieur pour un avis concernant sa pathologie du glaucome devra être vu par un médecin spécialiste du glaucome. Cependant, il n'existe pas, à ce jour, de document répertoriant les spécialités de chaque médecin de l'HFAR, ni de procédure regroupant les modalités de prise en charge par les différents services, ce qui rend difficile la programmation des rendez-vous par les secrétariats. D'autre part, une fois que le patient aura été suivi pour sa pathologie et que son état ne nécessitera plus une prise en charge hyperspécialisée, celui-ci devra être renvoyé vers son ophtalmologue de ville. Si ces entrées et sorties ne sont pas bien contrôlées, cela génère un débordement de patients par filière et par médecins et un nombre de rendez-vous

important à programmer. Les demandes de rendez-vous de consultations grandissantes, celles d'examens complémentaires aussi, tandis que l'offre est de plus en plus difficile à proposer. D'autre part, les urgences et les demandes de dernière minute, comme les reports de rendez-vous, contraignent d'autant plus les secrétariats. Enfin, cette hausse des consultations consomme un grand nombre d'examens complémentaires, souvent simultanément, ce qui impacte considérablement les équipes paramédicales dont les ressources en personnel et en matériel ne peuvent pas endosser un tel flux.

1.2.4 ... qui impactent à la fois le travail des équipes et la satisfaction des patients

Pour toutes ces raisons, la gestion des flux en consultations externes n'est finalement pas optimale et engendre une désorganisation. Le quotidien des équipes est marqué par une pression permanente du côté des secrétariats qui portent le poids de la programmation des rendez-vous. D'un autre côté, les équipes soignantes sont débordées et travaillent de manière dégradée. Les plages de consultations des médecins⁸, paramétrées pour recevoir un nombre défini de rendez-vous, ne sont plus adaptées à la réalité. Par exemple, au lieu de recevoir 20 patients par demi-journée, comme cela est prévu initialement, certains praticiens réalisent finalement 35 consultations. La plupart du temps, toutes ces venues ont bien été programmées en amont, mais des rendez-vous ont été pris au-delà du nombre maximum de consultations prévues. Cette situation, devenue de plus en plus courante, s'explique par une forte demande de rendez-vous à programmer dans un court délai que les secrétaires tentent, tant bien que mal, de bien positionner. En effet, les médecins n'ayant pas toujours connaissance de leur planning, et voulant faire au mieux pour le suivi de leurs patients, prescrivent des rendez-vous sur des périodes où le remplissage de leurs consultations est déjà atteint. Les secrétaires sont alors amenées à devoir rajouter des rendez-vous pour répondre à la demande des médecins, sans pouvoir prendre la responsabilité, seules, de repositionner le rendez-vous à une date ultérieure. Par conséquent, la demande d'examens complémentaires augmente aussi et les rendez-vous, devant être positionnés en amont de la consultation médicale, sont d'autant plus complexe à programmer. De la même façon, les rendez-vous sont rajoutés et dépassent la capacité de prise en charge par les équipes paramédicales, essouffées, devant réaliser les examens sur des machines en simultané. Les médecins diminuent alors le temps qu'ils passent avec chaque patient pour pouvoir absorber le flux et suivre le rythme imposé par cette « cascade » de rendez-vous. Finalement, au cœur de tout ce système, les patients sont

⁸ A l'HFAR, les plages de consultations sont paramétrées par une équipe en charge du paramétrage des plannings sur le logiciel de programmation des rendez-vous. Un nombre de consultations (d'une durée définie) prédétermine le créneau horaire de la plage. Ce paramétrage est nominatif, c'est-à-dire que chaque médecin a un paramétrage propre adapté à ses consultations.

directement affectés. Les délais avant de pouvoir consulter se rallongent et leurs rendez-vous sont parfois reportés. Pour éviter l'afflux sur les plateaux, les secrétaires se voient proposer aux patients de venir en deux fois, en programmant leur rendez-vous de consultation séparément des rendez-vous d'examens complémentaires, ce qui les contraint à se déplacer doublement. Sur place, avant d'être reçus par les différents professionnels, les patients passent différents temps en salle d'attente et ce pendant de longs moments. S'ils parlent entre eux, ils se rendent compte que les autres patients présents attendent également et qu'ils ont souvent des heures de rendez-vous très rapprochées. D'un point de vue général, l'image de l'hôpital est impactée et ses ressources humaines sont épuisées.

2 Le projet de réorganisation des consultations mené par la Direction des opérations

Face à ce constat, et pour tenter de soulager les équipes tout en fluidifiant le parcours des patients, un projet de réorganisation des consultations externes d'ophtalmologie a débuté en janvier 2023. Pour optimiser le flux de patients, le projet porte d'abord sur plusieurs éléments techniques à travailler, dont le contexte nous amène vers différents aspects organisationnels à penser.

2.1 Un projet aux objectifs d'abord opérationnels

Fin 2022, lors d'une conférence annuelle réunissant les chefs de services et praticiens du département d'ophtalmologie, les cadres orthoptistes et optométristes, ainsi que la direction générale et les directions supports, trois services ont fait remonter un mécontentement général au niveau des consultations externes. La DOP s'est alors vue confiée l'ambitieux projet de réorganiser complètement les consultations, tout en optimisant les activités de l'établissement. A l'HFAR, la Direction des opérations et de la performance est constituée d'une équipe de pilotes de projet opérationnel aux profils d'ingénieurs. Pourvoyeurs de méthodes d'amélioration de l'efficacité, leur défi est de conjuguer la nécessité d'une rationalisation et d'une optimisation dans le contexte de complexité de l'hôpital avec la prise en compte du rôle prépondérant du facteur humain dans l'organisation.

2.1.1 Le cadrage du projet

Initié en janvier 2023 avec l'arrivée d'une nouvelle cheffe de projet sur le périmètre des parcours externes d'ophtalmologie, plusieurs objectifs ont été formalisés pour le cadrage du projet. La priorité était avant tout de redéfinir et d'organiser les neuf filières, en identifiant des médecins « référents de filière » pour chacune d'elles et pour chaque service en n'omettant pas l'organisation propre aux chefs de ceux-là. Une fois le processus des filières bien défini et les différents parcours patients établis, l'objectif général de ce projet est de faciliter la prise de rendez-vous, en passant par la mise en place de procédures à suivre par les secrétariats. Conjointement à cela, il sera nécessaire de pouvoir suivre le flux des filières afin d'éviter les débordements, et d'analyser l'impact sur les plateaux techniques.

Pour ce faire, l'équipe projet est constituée de deux chefs de projet de la DOP, dont l'une d'eux est en charge du pilotage du projet, ainsi que des acteurs-terrain suivants : un médecin référent faisant l'intermédiaire avec les chefs de service, les référents de filières et l'ensemble des médecins du DO ; quatre responsables administratives des plateaux techniques ; une cadre optométriste et une orthoptiste référente rattachée à mi-temps à la DOP ; une cadre optométriste ; deux coordinatrices des secrétariats médicaux d'ophtalmologie. En tant qu'apprentie à la DOP et ayant pour sujet d'analyse cette réorganisation, je fais également partie de l'équipe et travaille notamment en binôme avec la pilote du projet que j'épaulé dans sa récente prise de fonction. Enfin, le projet est supervisé hiérarchiquement par le directeur des opérations et par l'un des deux directeurs généraux adjoints de l'HFAR, qui suivent de près l'atteinte des objectifs énoncés.

Après avoir présenté le vaste périmètre dans lequel s'insère l'équipe projet de la restructuration des neuf filières d'ophtalmologie, il est important d'identifier l'ensemble des parties prenantes de celui-ci. Définies dans la théorie des parties prenantes comme « tout groupe d'individus ou tout individu qui peut affecter ou être affecté par la réalisation des objectifs organisationnels » par Freeman en 1984 ou encore comme « groupes sans le support desquels l'organisation cesserait d'exister » par Müllenbach en 2003, leurs membres doivent être reconnus et pris en compte dans l'élaboration du projet avant de pouvoir être mobilisés. Ainsi, le schéma suivant présente les différentes parties prenantes du projet de réorganisation des consultations d'ophtalmologie de l'HFAR.

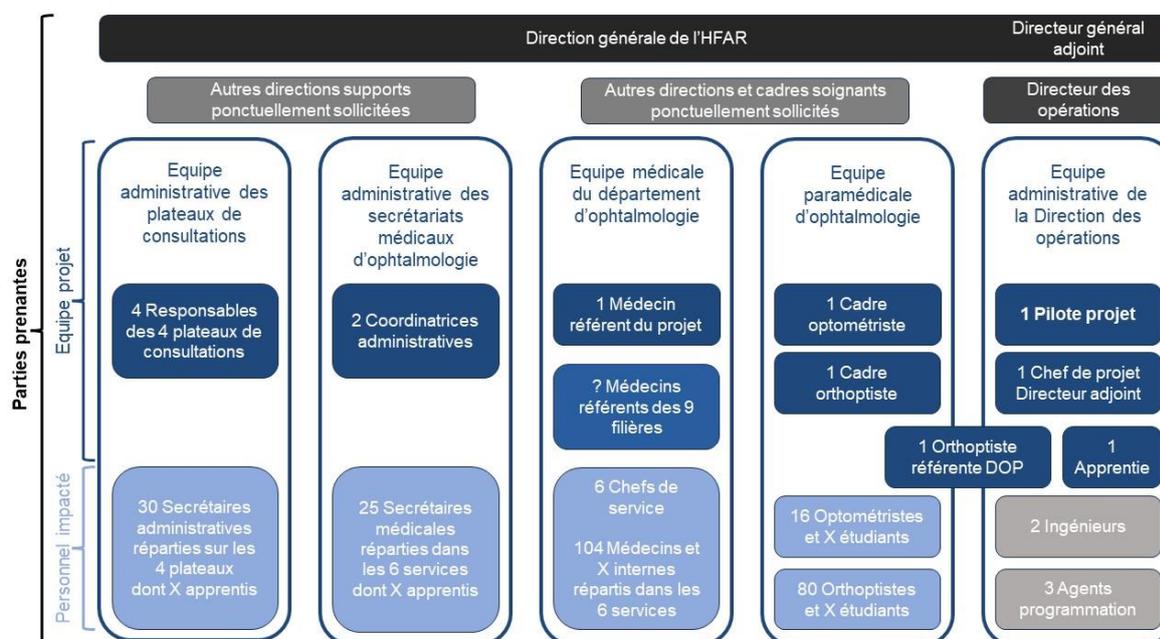


Figure n°2 : Parties prenantes du projet de réorganisation des consultations de l'HFAR

2.1.2 La conduite du projet

La réorganisation des consultations externes d'ophtalmologie se construit sur quatre phases distinctes et parfois concomitantes, rappelant les objectifs généraux énoncés plus haut. Le premier travail consiste à formaliser le parcours patient dans chacune des neuf filières, avec l'aide des référents médicaux, en précisant les différentes modalités d'entrée et de sortie des patients du circuit. D'autre part, un important travail d'échange avec chaque médecin est mené, afin de revoir le paramétrage informatique de leurs plages de consultations sur le logiciel de programmation des rendez-vous. Il s'agit notamment de définir avec eux la volumétrie de rendez-vous souhaitée, sur plusieurs plages horaires déterminées, et de modifier le paramétrage pour qu'il soit plus adapté à leur activité réelle. La seconde phase consiste en l'élaboration d'outils permettant de suivre et d'analyser l'impact des flux sur les plateaux techniques. Grâce à ces outils et à la prise en compte de divers indicateurs, la phase trois du projet s'inscrit sur toute sa durée et correspond au suivi qualitatif et quantitatif du remplissage des consultations. Elle consiste, respectivement, à identifier et comprendre les erreurs observées lors de la programmation des rendez-vous, et, à d'identifier les débordements grâce à des seuils définis préalablement. De ces constats découlent ensuite des actions à mener pour améliorer la qualité de la prise de rendez-vous et anticiper le lissage⁹ d'éventuelles consultations. Enfin la dernière phase, plus organisationnelle, correspond à la rédaction et à la diffusion de nouvelles règles de programmation des rendez-vous auprès des secrétariats, qui permettront finalement de limiter les débordements. Ces différentes phases, toutes imbriquées, constituent les étapes préalables à la mise en place concrète de la réorganisation sur toutes ses dimensions. Pour atteindre ces objectifs, l'équipe projet se réunit hebdomadairement lors d'un « conseil de consultations » qui regroupe les professionnels présentés précédemment, à l'exception des médecins référents des neuf filières, car ne sont pas encore tous identifiés. Pour les représenter, le médecin référent du projet est présent chaque semaine et joue le rôle d'intermédiaire entre l'équipe projet et les praticiens, passant toujours par les chefs de service sans l'accord desquels aucune révision de l'organisation médicale ne peut être appliquée. Du côté des secrétariats administratifs et médicaux, les responsables des plateaux de consultation et les coordinatrices des secrétariats d'ophtalmologie, ont la responsabilité de faire appliquer par leurs équipes les corrections approuvées lors du conseil de consultation. La suite de ce mémoire s'intéressera spécifiquement à la mobilisation des professionnels « impactés » par la réorganisation en interrogeant la conduite du changement.

⁹ *Le lissage des consultations consiste à identifier des dates de consultations où le nombre de patients attendus est peu élevé, afin de reporter les rendez-vous initiaux où ce nombre est déjà important. Cela permet de soulager les équipes en limitant les débordements et l'impact prévisible sur les plateaux techniques.*

2.2 Une réorganisation qui s'inscrit dans un processus de changement

La présentation du projet dans son contexte a montré l'enjeu de la réorganisation que représente la gestion des flux de patients, par la mise en œuvre, notamment, de nouvelles actions permettant de fluidifier les parcours externes d'ophtalmologie, de la programmation des rendez-vous à la venue en consultation. Implicitement, cette finalité implique des changements organisationnels pour les équipes-terrain, que ce soit le personnel soignant (médecins, orthoptistes et optométristes) et administratif (secrétaires). Il convient alors de s'intéresser de plus près aux grands concepts tentant d'expliquer ce phénomène.

2.2.1 Les cadres théoriques permettant d'étudier les changements organisationnels

Van de Ven et Poole (1995) définissent le changement organisationnel sous une approche dynamique comme « l'observation empirique d'une différence de forme, de qualité ou d'état, d'une entité organisationnelle à travers le temps ». Pour tenter d'expliquer comment et pourquoi une organisation se transforme, les auteurs décrivent quatre grandes théories du processus de changement, le terme « processus » faisant référence à la progression d'évènements, au sein d'une organisation existante, au fil du temps. Ces théories peuvent être distinguées selon deux dimensions : soit l'unité d'analyse, selon qu'on la considère en une (unique) ou plusieurs (multiple) entités, soit le mode de changement opéré, prescrit (évolution prévisible où les acteurs clés prennent les décisions) ou construit (évolution non prévisible car laissant une marge de manœuvre aux acteurs). Le tableau suivant représente les quatre théories de manière simplifiée, à partir de la matrice « Process Theories of Organizational Development and Change » de Van de Ven et Poole disponible en annexe (Annexe n°1).

Caractéristiques du changement		Mode	
		Prescrit	Construit
Unité	Multiple	Théorie de l'évolution	Théorie dialectique
	Unique	Théorie du cycle de vie	Théorie téléologique

Tableau n°5 : Théories du processus de développement et de changement organisationnel adaptées de Van de Ven et Poole (1995)

Finalement, les processus de changement ont lieu à différents niveaux organisationnels, incluant l'individu, le groupe, l'organisation, ou encore des ensembles d'organisations, qui peuvent être imbriqués et créer un système hiérarchique. Ainsi, l'étude des changements peut concerner, d'une part, le développement interne de l'organisation étudiée, en examinant ses fondements historiques d'adaptation et de reproduction, et d'autre part, les relations entre différentes organisations afin de percevoir les mécanismes de compétition, de coopération, et autres formes d'interactions. Le changement organisationnel tel que nous l'abordons dans le cadre du projet de réorganisation des consultations d'ophtalmologie de l'HFAR pourrait être rapproché au processus dit du « cycle de vie » au cours duquel l'organisation répond activement à son propre besoin de changement pour permettre la poursuite naturelle de sa croissance. Le contexte et les facteurs externes peuvent influencer le changement mais dans une moindre mesure car le processus est régi par une logique, des règles ou des programmes déterminés par les acteurs qui l'ont initié. L'évolution suit alors un enchaînement d'étapes cumulatives et liées entre elles par cette logique commune, selon une trajectoire les amenant à un état final préfiguré.

Toujours dans une approche dynamique et explicative du changement, Lewin (1951) s'intéresse, quant à lui, à la dimension psycho-sociale du fonctionnement des organisations en insistant notamment sur la forme cognitive des routines organisationnelles et sur les mécanismes d'apprentissages. Il aborde le processus de changement de manière séquentielle, en définissant trois étapes : la prise de conscience (ou dégel), la mise en mouvement de l'organisation (ou mouvement) et la stabilisation de la nouvelle organisation (ou regel). Durant la phase de dégel, l'équilibre existant est remis en cause et le besoin de changement émerge. L'étape suivante représente la période de transition durant laquelle un ensemble de comportements acceptables et acceptés sont initiés. Cela amène les acteurs à évoluer vers un nouveau mode de fonctionnement organisationnel qui sera institutionnalisé durant la dernière phase dite de stabilisation (Pesqueux, 2015). Le projet de réorganisation des consultations de l'HFAR, pourrait se situer, au moment de l'écriture de ce mémoire, dans la phase de mouvement où certaines modifications organisationnelles se discutent et se mettent en place. D'autre part, les travaux de Lewin portent sur les groupes d'individus vus comme des ensembles, en accordant une grande importance au contexte dans lesquels ils agissent et aux représentations qu'ils se font des situations qu'ils vivent. Cette vision, rappelant davantage le processus de changement « téléologique » de Van de Ven et Poole, se concentre sur les conditions préalables à la réalisation de l'objectif final. Ainsi, pour Lewin, l'organisation représente un ensemble d'individus interdépendants pouvant générer, par une influence conjointe, des forces susceptibles de provoquer des évolutions et des changements, dans l'atteinte d'un but commun.

Enfin, Lewin introduit la notion de résistance au changement, pouvant s'observer lors de la perte des habitudes et l'incompréhension des raisons du changement par les membres de du groupe concerné. Il convient alors de s'intéresser plus précisément à leurs perceptions et de dialoguer avec eux au sujet des modalités d'application du changement. Coch et French (1948) avaient d'ailleurs évoqué la notion de résistance au changement en la présentant comme une combinaison de réactions à la fois individuelles et collectives. Ils ont alors proposé l'idée que les membres de l'organisation accepteraient mieux le changement s'ils participent à sa conception (Pesqueux, 2015). A l'instar de Kotter (1995), Lotfi et al. (2010) recommandent, en ce sens, la formation d'une forte coalition des individus capables de rassembler les différents acteurs pour accomplir le résultat désiré. Cela s'inscrit dans une vision du processus de changement considérée comme nécessaire mais qui doit cependant être communiquée.

Les travaux de ces différents auteurs, et de bien d'autres, ont inspiré ceux qui s'intéressent de plus près aux changements organisationnels en milieu hospitalier. Parmi eux, on retrouve notamment Mintzberg (2001) qui présente l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle dominée par son centre opérationnel où les acteurs disposent du pouvoir central. Dans ce type de configuration, où la spécialisation horizontale est importante et où les regroupements se font par fonction, la planification et le contrôle sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans la partie administrative (Makhloufi et al., 2012). La coexistence de hiérarchies parallèles et la nature des différents rapports de pouvoirs, imbriqués dans une organisation complexe à forte diversité, ne peuvent pas être sans conséquence sur le processus de conduite du changement. Celle-ci induit dans un projet hospitalier, tel que la réorganisation des consultations d'ophtalmologie étudiée ici, doit être approprié aux particularités de ce secteur.

2.2.2 L'exemple d'une recherche-intervention conduite au sein d'un service d'ophtalmologie

Une étude a d'ailleurs été menée par Merdinguer-Rumpler et Nobre (« *Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?* », 2011) au sein d'une organisation qui rappelle celle sujet de ce mémoire. C'est dans un service de consultations externes d'ophtalmologie d'un CHU qu'ils ont conduit une recherche-intervention ayant pour objectif d'analyser en profondeur les différents aspects du processus de changement dans un contexte témoignant des difficultés. Suite à la mise en œuvre par les chercheurs d'un diagnostic dysfonctionnel à partir d'entretiens, suivi d'un accompagnement méthodologique visant la définition d'un plan d'action à partir de groupes de travail, les résultats du terrain ont permis

de mettre en évidence plusieurs éléments. L'analyse rétrospective de la recherche-intervention a montré en premier lieu la succession de plusieurs étapes dans le processus de changement qui ont ensuite été rapprochées à la littérature. Bien que l'approche explicative de la dynamique du changement en trois phases de Lewin ait servi de trajectoire de base, c'est l'approche plus normative de Bullock et Batten (1985) qui a été retenue pour construire la recherche-intervention. Ces derniers ont développé un modèle intégrateur¹⁰ en quatre phases qui s'attache à la définition et la planification des différentes étapes nécessaires au processus de changement dit planifié, permettant de proposer une clé de lecture pour analyser ses différentes dimensions. L'approche de Lewin répondant à un « pourquoi » et celle de Bullock et Batten à un « comment ». Le tableau ci-dessous représente la superposition des étapes du processus de changement de Lewin et de Bullock et Batten proposée par Merdinguer-Rumpler et Nobre.

Approche de Lewin	Dégel		Mouvement			Regel
Approche de Bullock et Batten	Exploration	Planification		Mise en œuvre		Intégration
Résultats de Merdinguer-Rumpler et Nobre	Prise de conscience individuelle	Prise de conscience collective	Créativité participative dirigée	Décision collégiale	Mise en œuvre	Non étudié

Tableau n°6 : Comparaison des différentes étapes du changement adaptée de Merdinguer-Rumpler et Nobre (2011)

Finalement, la recherche-intervention a mis en évidence l'importance d'une prise de conscience de la nécessité du changement, à la fois individuelle mais aussi collective. Cette première phase devrait alors être suivie d'une période de créativité participante dirigée, intégrant les multiples savoir-faire et les diverses compétences présents à l'hôpital pour permettre ensuite une prise de décision collégiale, en impliquant les différents acteurs concernés. Pour les chercheurs, cette phase de mise en œuvre ne peut débuter que lorsque le travail d'acceptation collective aura été pleinement réalisé : « Aucune instance hiérarchique n'est en mesure d'imposer à elle seule une solution pour une mise en œuvre effective ». Cette étude donne l'exemple d'une conduite de changement où le rôle de tous les acteurs, qu'ils soient initiateurs ou impactés, est reconnu et considéré. La prise de conscience des professionnels renvoie à la notion de perception du changement jouant un

¹⁰ Le modèle de Bullock et Batten est dit « intégrateur » car il s'inspire de trente autres modèles de la littérature.

rôle très important dans l'acceptation et l'adhésion à celui-ci. Elle engage une vision commune de la situation permettant aux acteurs de mettre l'organisation sous tension. De plus, l'élaboration d'une liste d'actions par les membres des groupes de travail permet l'expression de tous les acteurs tout en tenant compte de leurs différentes représentations afin de rendre plus accessibles les solutions retenues. La prise de décision se fait alors dans une démarche collégiale, sous la supervision d'un groupe de pilotage qui se saisit de l'ensemble des propositions développées. Cela témoigne de la complexité des rapports de pouvoir au sein de l'hôpital qui impose d'impliquer les différents acteurs afin de garantir une mise en œuvre effective des décisions prises. La conduite du changement peut ainsi se concevoir tel un processus dynamique et collaboratif qui intègre une dimension profonde de concertation, voire de négociation des actions relatives à un projet. Cette concertation, basée sur la communication, permet de structurer le processus de changement.

La revue de littérature, explorant divers concepts, approches et dimensions du changement, vu comme un processus à conduire, et avant tout perçu puis vécu par de multiples acteurs, montre l'importance d'un accompagnement au sein des organisations. L'hôpital, par sa grande complexité, n'échappe pas à la nécessité de celui-ci et aux difficultés de sa mise en œuvre sur le terrain. A la fois observatrice et actrice d'un projet de réorganisation, dont l'objet principal porte sur la mise en œuvre opérationnelle des changements à travers le prisme d'une gestion performante des flux de patients, j'ai souhaité interroger les acteurs du projet afin de comprendre comment ce processus de changement était conduit et d'estimer la plus-value d'un accompagnement au changement. Pour répondre à cette question de recherche, j'ai formulé plusieurs questions intermédiaires qui sont les suivantes : En quoi la réorganisation des consultations d'ophtalmologie a-t-elle un impact sur les professionnels concernés ? Quelle est leur perception du projet en cours et des évolutions souhaitées ? Enfin, comment l'équipe porteuse du projet pourrait-elle mobiliser ces professionnels afin de les impliquer pleinement dans le processus de changement ?

3 Matériel et méthodes

Pour répondre à ces questions, j'ai mené une étude qualitative inductive entre janvier et août 2023 dans le cadre de ma participation au projet de réorganisation des consultations d'ophtalmologie mené par la Direction des opérations de l'HFAR. Pour cela, je m'appuie sur plusieurs temps d'observation de réunions et neuf entretiens semi-dirigés, auprès de divers professionnels distingués par le rôle qu'ils incarnent dans le processus de réorganisation. Les membres de l'équipe projet, ou les professionnels « porteurs du projet » interviewés sont : la cheffe du projet, le directeur adjoint de la Direction des opérations, l'orthoptiste référente, l'une des quatre responsables de plateau de consultations et le médecin référent du projet. Sous un autre regard de la réorganisation, le personnel « impacté par le projet » avec qui j'ai pu échanger sont quatre secrétaires administratives des différents plateaux de consultations. Les personnels soignants également impactés par le changement (médecins, orthoptistes, optométristes), n'ont pas été interrogés car leur mode de travail n'avait pas encore évolué au moment de l'étude.

Lors des entretiens, je me suis intéressée au point de vue des différents acteurs à travers quatre grands thèmes de mon guide d'entretien (Annexe n°2) que j'ai adapté en fonction du groupe de professionnels rencontré. Le premier sujet abordé était l'organisation initiale des consultations d'ophtalmologie ayant pour objectif de diagnostiquer le « problème » d'origine et quelles difficultés pouvaient rencontrer les professionnels sur le terrain. La deuxième thématique portait sur l'introduction de la réorganisation et le récit de son historique, en cherchant à identifier la manière dont le processus avait été communiqué et la façon dont celui-ci avait été perçu. Le troisième axe concernait la mise en œuvre du projet, à travers le recueil des attentes et des craintes des interviewés ainsi que leur ressenti des évolutions déjà mises en place. Enfin, les entretiens semi-dirigés se terminaient par un questionnaire sur la vision future de la réorganisation et sur les potentielles propositions qui pouvaient être envisagées. L'ensemble des interviews a été enregistré avec accord des professionnels puis retranscrit intégralement afin d'explorer le plus vraisemblablement possible leurs perceptions. Les entretiens anonymisés ont été analysés par codage, c'est-à-dire, en apposant des notes en marge de la transcription et en identifiant divers « unités de sens ». J'ai d'abord procédé à une lecture attentive des entretiens de manière verticale, pour ensuite les comparer horizontalement afin de relever des similitudes ou des différences, au sein de la même catégorie d'équipe d'une part, et entre les différentes équipes d'autre part. Confronter la perception du personnel porteur du projet avec celle du personnel impacté a permis de déceler des représentations parfois différentes que peuvent avoir les acteurs d'un même sujet.

Les observations de réunions, qui consistaient en la mise en œuvre hebdomadaire du conseil de consultations, la plupart du temps organisé à distance, ont permis d'appréhender le processus de changement à travers les interactions des membres de l'équipe projet. L'analyse s'est faite à l'aide d'une grille d'observation (Annexe n°3) à remplir lors des réunions et comportait quelques échanges non-exhaustifs retranscrits sur le moment. J'ai finalement réalisé un journal de bord contenant les différentes réunions observées et les conversations informelles partagées avec les acteurs pendant la période du projet.

4 Résultats

Neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre mai et juillet 2023, sur une période de trois mois, le temps de planifier les moments d'échange avec les différents acteurs. Chronologiquement, j'ai débuté les interviews avec les membres de l'équipe projet, afin de me saisir du processus initial de la réorganisation. Dans un second temps, et une fois que quelques changements dans la programmation des rendez-vous avaient été établis, je suis allée à la rencontre des secrétaires administratives postées à l'accueil des plateaux de consultations, sous la supervision de leurs responsables qui leur avaient annoncé ma venue. En moyenne, les échanges ont duré 33 minutes par entretien avec le personnel porteur du projet et 25 minutes avec le personnel impacté, les secrétaires ne pouvant pas s'absenter de leur poste trop longtemps. Le tableau ci-dessous recense les neuf interviews réalisées auprès des parties prenantes du projet.

	Numéro d'entretien ¹¹	Durée de l'entretien	Profil	Fonction et service	Ancienneté
Personnel porteur du projet	E1 PEP	18 min	Homme, trentaine	Chef de projet Directeur adjoint DOP	3 ans
	E2 PEP	33 min	Femme, trentaine	Cheffe de projet DOP (dont celui de réorganisation)	6 mois
	E3 PEP	46 min	Femme, trentaine	Orthoptiste référente DO / DOP	10 ans
	E4 PEP	24 min	Femme, trentaine	Responsable de plateau de consultations	2 ans
	E5 PEP	46 min	Homme, soixantaine	Médecin référent DO Directeur adjoint service B	13 ans
Personnel impacté	E6 PIP	27 min	Femme, trentaine	Secrétaire administrative Plateau de consultations	7 ans
	E7 PIP	31 min	Femme, trentaine	Secrétaire administrative Plateau de consultations	1 an
	E8 PIP	20 min	Femme, vingtaine	Secrétaire administrative Plateau de consultations	6 mois
	E9 PIP	23 min	Femme, vingtaine	Secrétaire administrative Plateau de consultations	1 an

Tableau n°7 : Récapitulatif des professionnels du projet de réorganisation des consultations d'ophtalmologie de l'HFAR interviewés entre mai et juillet 2023

¹¹ E : Entretien ; PEP : Personnel de l'équipe projet ; PIP : Personnel impacté par le projet.

Les observations concernent uniquement les membres de l'équipe projet, car ont été réalisées lors des réunions hebdomadaires du conseil de consultations. Celles-ci ont permis l'ajout du point de vue d'autres acteurs qui n'ont pas été interviewés comme les deux coordinatrices des secrétariats médicaux et les deux cadres paramédicales, l'une en charge de l'équipe d'orthoptistes et la seconde encadrant les optométristes, toutes deux ayant la responsabilité fonctionnelle de l'organisation des plateaux techniques. Il est pertinent de noter que les coordinatrices des secrétariats médicaux ont été intégrées tardivement au conseil de consultation, deux mois après le début des réunions.

D'autre part, des mouvements internes ont eu lieu au sein des différentes organisations sur la même période que celle du projet, impliquant d'importants changements qui ne feront pas l'objet d'une analyse directe dans ce mémoire, mais qui se doivent d'être connus. Suite au départ de la cadre supérieure du secteur des soins externes d'ophtalmologie, l'organisation de ce secteur a été revue pour former un ensemble constitué des quatre plateaux de consultations rassemblés en une unité propre. Cette unité est désormais coordonnée par une responsable administrative, anciennement responsable de l'un des centres externes dont le poste initial a été promu pour celui-ci. Au même moment, la responsable du plateau de consultations du site principal de l'hôpital a changé de service. L'équipe administrative de ce plateau se voit dorénavant être supervisée par une autre responsable, s'agissant de celle à la fois responsable de ce plateau central et également de toute l'unité. Enfin, l'équipe du centre externe est finalement coordonnée par une nouvelle responsable administrative recrutée pour ce poste. Ces remaniements se sont étalés sur une période allant de février à juillet 2023, rendant d'autant plus complexe la compréhension et l'adaptation à la réorganisation par les équipes.

L'analyse qui va suivre, basée sur les entretiens semi-dirigés et les observations de réunions, retrace la mise en œuvre du projet en interrogeant les acteurs sur leur perception de la réorganisation. Pour cela, nous feront le lien entre les différents professionnels interviewés, en superposant les propos des membres de l'équipe projet (PEP) et ceux du personnel impacté (PIP). Cette étude portera en premier lieu sur l'organisation initiale des consultations vécue et perçue par les deux catégories de professionnels. Puis, sera mise en lumière la représentation qu'ils ont du projet, en interrogeant tout d'abord leur connaissance de celui-ci, leur opinion et leur avis, ainsi que l'implication qu'ils ont dans la réorganisation. L'impact du changement sera ensuite appréhendé à travers le ressenti des équipes concernant les actions déjà mises en place et leur perception des évolutions, en comparaison avec le besoin initial. Finalement, les attentes et les pistes d'amélioration évoquées pendant ces échanges nous permettront de proposer différents moyens de mobilisation.

4.1 Comment les professionnels perçoivent-ils l'organisation actuelle ?

Pour être en mesure d'appréhender l'impact que pourrait avoir le projet de réorganisation des consultations d'ophtalmologie, il m'a semblé pertinent de recueillir le ressenti des professionnels interviewés, afin d'étudier leur prise de conscience de la nécessité du changement comme l'ont fait Merdinguer-Rumpler et Nobre dans leur recherche-intervention (2011).

Pour les secrétariats, la programmation des rendez-vous sur les plateaux de consultations semble ne pas être une tâche aisée en période de forte activité. Trois secrétaires évoquent la problématique des débordements qui les contraignent à devoir « surbooker » :

« On est tout le temps sollicitées. » ; « Il y a beaucoup de choses qui s'accumulent et c'est très compliqué. » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

« La prise de rendez-vous en soit est assez simple, c'est juste qu'on manque de créneaux. » ; « Parfois c'était un peu la panique quand il n'y avait plus aucune place. » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

« On surbooke de temps en temps mais il faut qu'on demande à [Prénom de la responsable administrative] parce que sinon ça devient ingérable et très compliqué. Normalement on ne dépasse pas un certain nombre sinon ça n'est plus possible. » (E8 PIP – Secrétaire administrative)

La complexité organisationnelle engendrée par les multiples services et spécialités d'ophtalmologie se ressent particulièrement au niveau de la programmation des consultations :

« C'est difficile de ne pas surbooker car on n'est pas amenées à savoir si c'est de la cornée, si c'est de la cataracte, si c'est de la rétine, si c'est un rendez-vous post-opératoire, on ne sait pas. » ; « Chaque médecin a sa façon de faire. On ne peut pas s'adapter à tous les médecins. Et chaque service a sa façon de faire aussi. Chaque cas est différent, c'est trop compliqué. » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

Du côté de l'équipe projet, le médecin référent apporte également son point de vue sur l'organisation des consultations qui est dispersée sur différents sites géographiques :

« On [les ophtalmologues] est tellement éclatés, on est tellement le nez dans le guidon qu'il n'y a plus ce sentiment d'équipe, en tout cas dans les consultations. » (E5 PEP – Médecin référent)

Comme ce dernier propos le montre, un autre aspect de l'organisation a pu être soulevé lors des entretiens, il s'agit notamment de la relation entre les différents professionnels, passant par le sentiment d'appartenance à une équipe :

« Pour avoir une équipe il faut avoir du temps d'équipe, et il n'y en a pas. Les médecins vont, viennent, et maintenant, en plus, ne restent pas... et nous, on n'a plus d'équipes, on n'a plus de services en tant que tels, on a une somme de singularité d'individus mais qui ne font plus équipe. Il n'y a plus d'équipe avec les secrétaires, il n'y a plus de choses en commun. » (E5 PEP – Médecin référent)

Du côté médical, les professionnels, représentés dans une moindre mesure par ce médecin référent, semblent impactés par le manque de cohésion entre les soignants mais également avec le personnel administratif :

« Et c'est un peu la même chose avec les secrétaires, on ne les connaît pas, et comme c'est désorganisé, on ne les aime pas parce que pour nous c'est elles les responsables alors qu'il ne s'agit pas que d'elles. » ; « La seule chose qui irait déjà mieux c'est si vraiment elles [les secrétaires] avaient plus d'interaction avec nous. » (E5 PEP – Médecin référent)

Son discours révèle une sorte de « désenchantement » du binôme secrétaire-médecin. Leur relation n'est pas celle décrite par Josiane Pinto (1990) dans son ouvrage car il n'y a plus les mêmes interactions sur le terrain. De plus, les professionnels semblent reporter la responsabilité du débordement des flux sur les secrétaires, ce qui peut compromettre les relations qu'ils entretiennent avec elles et amplifier le sentiment de ne plus faire équipe.

Également dans le cadre des relations interprofessionnelles, l'une des secrétaires insiste sur un problème de communication entre les différents acteurs :

« Il y a un gros problème de communication. » ; « C'est un gros problème la communication, un énorme problème car il n'y en a pas. » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

Ce manque de communication peut s'avérer néfaste pour l'organisation et expliquer certaines des difficultés rencontrées. Une meilleure communication permettrait de fluidifier les relations et de favoriser l'esprit d'équipe. Cela serait également être favorable à l'élaboration du projet de réorganisation.

Les trois autres secrétaires semblent avoir une vision différente et plus positive des rapports qu'elles entretiennent avec les médecins sur les plateaux de consultations :

« Certains médecins viennent nous aider pour expliquer aux patients que, comme il n'y a pas de place, leur prochain rendez-vous peut attendre tant de temps. » (E7 PIP – Secrétaire administrative)

« Ils [les médecins] nous disent de faire comme on peut, s'il y a une place qui se libère tant mieux, sinon, on ne peut pas faire grand-chose (...) ils font ce qu'ils peuvent aussi de leur côté je pense. » (E8 PIP – Secrétaire administrative)

« C'est assez cool parce qu'on est tous dans le même bateau finalement donc c'est de l'entraide. » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

Les secrétaires interviewées, insistent sur la notion de collaboration et présentent les médecins comme un soutien sur lesquels elles peuvent s'appuyer en cas de difficulté. Cette vision ne semble pourtant pas faire l'unanimité lorsque le sujet de la reconnaissance des difficultés de leur travail est abordé :

« Ils [les médecins] ne se rendent pas compte parce qu'ils ne le pratiquent pas. Ils se disent que c'est simple de donner un rendez-vous, mais ils ne voient pas tout ce qu'il y a derrière surtout, quand il y a des examens qui se rajoutent. » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

« Souvent c'est compliqué, parce que les médecins se rendent moins compte des plannings je pense. » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

« Les médecins ne connaissent pas les plannings et du coup ils demandent des rendez-vous dans une semaine ou des rendez-vous assez urgents. » (E8 PIP – Secrétaire administrative)

On observe dans ce type de situation, où un médecin prescrit un rendez-vous de suivi à un patient en fin de consultation, avec un délai à respecter pour la programmation, une incompatibilité entre la demande et sa réalisabilité pratique. D'après les secrétaires, les médecins ne semblent pas avoir conscience du nombre de consultations déjà planifiés sur leurs plannings, ce qui engendre des demandes de rendez-vous qui ne pourront pas être programmés, ou qui devront être rajoutés. Un paradoxe apparaît alors entre la perception du médecin référent, rapportant que la désorganisation est souvent reprochée aux secrétaires, qui, quant à elles, se doivent d'honorer les demandes des médecins en se souciant de l'intérêt des patients :

« On essaie de faire au mieux pour que les patients soient satisfaits et aient une réponse assez rapidement. » (E8 PIP – Secrétaire administrative)

« On essaie toujours de trouver un arrangement. » ; « Malheureusement quand on ne peut pas, on ne peut pas. » (E7 PIP – Secrétaire administrative)

Du côté de l'équipe projet, deux professionnelles rappellent la complexité de l'organisation en lien avec le circuit des rendez-vous :

« Je suis consciente que c'est déjà trop compliqué, même en interne les gens sont perdus, surtout ceux des centres externes qui n'ont pas affaire aux médecins de la Fondation. » ; « C'est toutes ces petites particularités qui font la complexité de la prise de rendez-vous. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultations)

« C'est vrai que d'avoir le double poste ça me fait me rendre compte à quel point tout est lié. » ; « Lorsque je suis allée, secrétariat par secrétariat, et qu'on m'a fait comprendre que certains médecins avaient telle ou telle habitude, j'ai senti que ça allait être problématique pour la programmation. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

Les porteurs du projet montrent aussi la perception qu'ils ont des difficultés rencontrées par les professionnels de terrain et de la façon dont les différentes équipes ont alerté du problème :

« On avait beaucoup de retour des ophtalmologues et des orthoptistes que les consultations débordaient et que ça ne marchait plus avec des rajouts, des patients qui n'ont pas de place, etc. » ; « De temps en temps il y avait un médecin qui tirait la sonnette d'alarme. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

« C'est quelque chose qui a été constaté, pas par une personne, mais par l'ensemble des parties prenantes du parcours. » ; « C'est vraiment l'ensemble des acteurs terrain qui font remonter ce dysfonctionnement. » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« Toutes ces petites choses ont fait qu'effectivement il y a eu un ras le bol général. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultations)

Il semble y avoir une prise de conscience générale du dysfonctionnement de l'organisation, pouvant générer un sentiment de besoin de changement.

Finalement, le médecin référent relate la façon dont les médecins ont rapporté cette problématique lors d'une réunion des chefs de services d'ophtalmologie :

« C'est pendant une réunion de direction très houleuse en septembre 2022, qu'on a fait remonter à la direction que c'était un sacré bazar l'organisation des consultations, que ça épuisait les secrétaires qui démissionnaient, que ça fichait un bazar avec des gens qui faisaient l'inverse de ce qu'on leur demandait, plus personne ne maîtrisait quoi que ce soit et n'était au courant de rien (...) et que tout ça démotivait tout le monde. » (E5 PEP – Médecin référent)

Historiquement, dans le processus de mise en place du projet, c'est cette remontée des médecins auprès de la Direction générale, et certainement les démissions concomitantes, qui a permis une prise de conscience des directions hiérarchiques de l'hôpital. L'équipe de la Direction des opérations s'est alors saisie du projet, elle-même consciente que l'organisation est à revoir :

« C'est ce grognement un peu général qui a grossi et qui a fait qu'on s'est dit qu'il y avait quelque chose à faire. » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« Ça avait été mis de côté depuis longtemps et il y a vraiment tout à refaire. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

« On se rend compte que dans l'organisation des consultations il y a un problème dans la performance. » ; « Donc maintenant il faut se dire "ok c'est le bazar" et chercher comment remettre de l'ordre dans tout ça. C'est compliqué car c'est un peu comme une grosse pelote de laine où tout est lié. On a un besoin énorme mais, comment faire les choses c'est compliqué. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

A travers le regard opérationnel des ingénieurs de la direction du même nom, le projet de réorganisation se perçoit à la fois comme un besoin organisationnel ayant pour but de soulager les équipes, mais également comme un besoin de performance rappelant celui de la gestion optimale des flux de patients :

« On essaie de réorganiser l'ensemble des consultations d'ophtalmo pour faire en sorte que ce soit plus efficient, qu'il y ait moins de déchets et plus de qualité et pour qu'in fine, on ne se retrouve plus avec des patients qui n'ont rien à faire sur certaines consultations. » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« Je pense que c'est une situation qui est assez propre au monde hospitalier où historiquement il n'y a pas forcément de chapeau organisationnel, ni quelqu'un qui réfléchit à comment on optimise tout ça. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

Ce point de vue pourrait alors ne pas être partagé par celui du personnel soignant...

« En consultations, en services d'ophtalmo, il n'y a plus l'humain c'est du technique. » (E5 PEP – Médecin référent)

Cette première analyse a permis d'établir un état des lieux de l'organisation initiale, qui a révélé bien des difficultés sur les plateaux de consultations, en partie expliquées par la complexité de l'organisation mais également décrites comme résultant d'un manque d'interaction et de coopération entre les acteurs. Pour certains, même l'absence d'une équipe interprofessionnelle, est la source du problème. Ce point de vue ne peut tout de même pas être pris pour généralité et révèle cependant des différences de perceptions entre les acteurs. Le besoin de réorganisation semble être partagé, ce qui laisse penser, à ce niveau de réflexion, que sa mise en place pourrait bien se dérouler.

4.2 Quelle représentation les acteurs ont-ils du projet de réorganisation ?

Pour tenter de d'analyser le bon déroulement du projet de réorganisation, j'ai souhaité interroger les acteurs sur la représentation qu'ils en ont et sur les circonstances de son introduction.

Les membres de l'équipe projet m'ont d'abord fait part de leur rôle dans la réorganisation et la façon dont ils se positionnent par rapport à sa mise en œuvre :

« *Etant donné que le projet est piloté par [Prénom de la cheffe de projet en charge du projet en question] qui est arrivée récemment, mon rôle est de l'aider à lancer le projet et de la suivre et la soutenir sur ce poste.* » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« *On voit que toutes les consultations débordent, la première chose à faire est de regarder ce qui déborde : ce les consultations de filières, puis, de les réorganiser et les structurer. Ma mission principale c'est celle-ci.* » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« *On m'a informé quasiment dès le début parce que je suis un peu la référente du circuit des rendez-vous, notamment en ophtalmologie, donc je connais les spécificités pour chacune des filières.* » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultations)

Toujours au sein de l'équipe projet, les professionnels de la catégorie des soignants décrivent à leur tour la place qu'ils occupent au sein de la réorganisation :

« *Je pense que ma place est importante dans cette réorganisation-là car j'ai les deux cotés et je vais avoir des retours terrains.* » ; « *Je discute souvent avec eux [les orthoptistes], je parle souvent avec mes collègues qui me racontent comment ça se passe.* » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

« *Pour moi, tout mon boulot c'est les consultations et qu'elles fonctionnent bien.* » ; « *Je n'ai pas assez de temps pour faire ce que j'aimerais faire. Du coup je sens que je ne peux pas m'investir autant qu'il faudrait.* » (E5 PEP – Médecin référent)

Chacun semble trouver sa place et connaître son rôle dans la mise en œuvre du projet qui apparaît sous le signe de la coopération.

Au moment de la réalisation des entretiens avec l'équipe administrative des consultations, en juin 2023, le projet ne leur avait pas encore été communiqué. Certaines évolutions étaient déjà mises en place mais cela s'était fait de manière informelle. Quelques secrétaires, dont celle interviewée en E7, avaient été sollicitées pour tester un logigramme portant sur des nouvelles « consignes » à suivre pour programmer les rendez-vous en fonction des différentes filières. L'objectif était de faire valider et réajuster cet outil par les équipes afin d'élaborer ensuite une procédure officielle à diffuser. Lors des entretiens, j'ai rappelé le contexte aux secrétaires et leur ai demandé comment le projet avait été abordé de leur côté :

« *On en a parlé le jour où on a été convoquées dans le bureau pour tester les règles de prise de rendez-vous. Et par la suite [Prénom de la responsable administrative]*

est venue nous raconter brièvement que le projet n'était pas encore mis en place. »

(E7 PIP – Secrétaire administrative)

« On ne nous en a pas trop parlé. » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

« Je n'ai pas eu cette info encore. Peut-être que mes collègues l'ont eu, moi pas. »

(E6 PIP – Secrétaire administrative)

Seule la secrétaire qui a participé au test du logigramme était au courant du projet, qui lui avait été annoncé à posteriori. Les trois autres professionnelles ne semblaient pas être au courant du travail en cours et l'une d'entre elles n'en avait pas du tout connaissance.

Sous un autre angle, les membres de l'équipe projet débattent lors des réunions au sujet des actions de correction à demander aux secrétaires concernant la programmation des rendez-vous afin d'éviter les débordements. Chaque semaine, les responsables de plateaux de consultations évoquent les difficultés que leurs agents ont fait remonter. Des solutions sont proposées puis décidées de manière collégiale par les membres présents :

Encadré n°1 : Un malaise observé quant à la place donnée aux secrétaires dans le projet

Il est question de changer les pratiques de programmation des secrétaires, en réponse à un problème récurrent soulevé par les responsables de l'équipe projet. La responsable administrative d'un des centres externes a énoncé : « Ce n'est pas possible, ça sera trop mal vécu. ». Le chef de projet DOP qui anime la réunion a répondu : « Ce n'est pas grave si c'est pas possible c'était juste pour savoir. ». Le reste de l'équipe est restée silencieuse. (Extrait, Journal de terrain du 04/04/2023)

Au fil des réunions, la question d'impliquer les secrétaires aux mesures de réorganisation concernant la programmation des rendez-vous s'est posée à plusieurs reprises. Il s'agit de la première réunion où plusieurs membres de l'équipe projet ont proposé de convier deux secrétaires « expertes » d'un service d'ophtalmologie au sujet d'une problématique rencontrée dans leur service. (Extrait, Journal de terrain du 11/04/2023)

Bien que certaines secrétaires aient participé à l'évaluation du logigramme, elles ne sont pas concertées pour la mise en place des actions donnant suite aux difficultés qu'elles ont fait remonter. Cela passe à la fois par les responsables de plateaux et par les coordinatrices des secrétariats, faisant l'intermédiaire entre les agents et l'équipe projet.

Au cours des interviews, j'ai alors demandé aux porteurs du projet s'ils pensaient que les professionnels de terrain étaient au courant de la réorganisation en cours et ce que cela impliquait. Voici en premier lieu leurs réponses concernant les équipes de secrétariats :

« Ah non non non pas du tout, ah non, elles ne sont pas au courant. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultation)

« C'est sûr qu'elles ne s'en rendent pas compte [évoque le projet]. Après elles sont tellement nombreuses et je ne pense pas qu'il faille communiquer trop tôt parce que ça risque de générer plus de questions qu'autre chose ou bien des discussions qui n'ont pas trop lieu d'être. C'est très dépendant des personnes en fait, pour les médecins je pense qu'il faut communiquer. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« Non, non, elles ne savent probablement pas. On a du mal, l'information ne descend pas de la direction au DO, du DO aux services et ni même au sein des services. L'organisation actuelle éclatée rend les choses encore plus difficiles. Et on ne parle même pas des internes et des assistants. » (E5 PEP – Médecin référent)

A travers ces propos, la non-connaissance du projet par les secrétariats n'est pas discutée, c'est un fait. Cependant, les professionnels tentent de l'expliquer par la complexité de l'organisation qui freine la diffusion des informations. D'autre part, la notion de temporalité renvoie au processus même du changement qui se met en place selon une succession d'étapes. Ces étapes doivent être respectées, et, dans le cas étudié, l'intérêt de communiquer apparaît différent selon la phase du projet en lien avec la catégorie de professionnels concernés.

En second lieu, la même question s'est posée au sujet des ophtalmologues, sollicités pendant le projet par l'équipe de la DOP pour revoir le paramétrage de leurs consultations en lien avec la réorganisation par filières :

« Il y a au moins la structure du projet qui a été mise en place, et les différents référents de filières qui ont clairement connaissance du projet. Ensuite, est-ce qu'ils l'ont communiqué à leurs collègues, est-ce qu'ils ont commencé à en discuter pour prendre la température et récolter leur avis, ça je ne sais pas. » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« Je pense qu'il n'y a pas eu de communication officielle coté médecins, secrétariats, etc., ça se fait plutôt au cas par cas. » ; « Les médecins ne savent pas trop ce qui est du projet ou pas, ce qui est fait ou ce qui n'est pas fait. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« Je pense qu'effectivement les gens ne se rendent pas trop compte de ce qui est en train de se faire. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

Les enquêtés sont unanimes, selon eux, les professionnels de terrain n'ont pas, ou très peu, été informés du lancement de ce projet. Evoquant encore des difficultés de

communication et de diffusion de l'information, cela peut devenir problématique lorsque de réels changements seront initiés.

Comment les professionnels peuvent-ils adhérer à une réorganisation dont ils n'ont pas connaissance ? Et comment pourraient-ils ensuite se mobiliser ?

La suite de l'analyse des entretiens permet de restituer les avis, attentes et craintes des professionnels concernés à propos du projet. Pour les porteurs du projet, il s'agit d'abord d'exprimer les risques pouvant s'envisager dans la mise en œuvre opérationnelle de la réorganisation :

« Le fait d'aller changer les choses et réorganiser mieux, tout le monde est d'accord je pense. Par contre, filière par filière, on le voit, le sujet est plus de réussir à se mettre d'accord sur comment est-ce qu'on veut organiser les choses clairement. » ; « Le risque c'est, typiquement, qu'il n'y ait pas adhésion par les médecins des différentes filières. » ; « Le défi sera la pérennité du projet dans le temps. » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« Je pense que, comme ce sont des choses qui sont compliquées à mettre en place, qui prennent du temps, qui perdurent dans le temps, il y a un risque quand même de perte de motivation et d'adhésion des différents acteurs. » ; « Je pense que les risques sont d'embarquer tous les acteurs et de les motiver. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« Il y a toute la complexité de faire en sorte que les médecins adhèrent au projet notamment par filière parce que chaque médecin a sa particularité, a sa spécificité. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultation)

« On sent bien que le futur n'est pas tant les services mais plutôt les filières à mon avis, sauf que la transition entre les deux modes est très difficile donc il faut pouvoir organiser en fonction des deux pour l'instant. » (E5 PEP – Médecin référent)

Selon eux, le défi de cette réorganisation repose sur l'adhésion des acteurs, en particulier les médecins. Pour cela, la communication d'informations à propos du changement semble également essentielle pour une mise en œuvre positivement perçue. Les explications fournies permettront ainsi d'augmenter l'implication et l'intérêt du projet par les professionnels.

L'équipe a néanmoins soulevé une opportunité de ce projet que représente le moyen de structurer l'organisation :

« J'étais soulagé qu'on prenne conscience du problème et qu'on mette des moyens humains pour les résoudre et mieux coordonner. » ; « Ça nous permettrait d'arriver à une sorte de parcours patient filialisé et homogène quel que soit le service pour faciliter toute l'organisation. » (E5 PEP – Médecin référent)

« Le but du conseil de consultations est d'avoir une instance qui permet de régulièrement piloter le truc. » ; « C'est important qu'il y ait des représentants médicaux pour nous aider là-dessus. » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

Pour les secrétaires qui ne sont pas encore totalement impactées, les entretiens ont permis de recueillir leur avis sur l'élaboration des nouvelles règles de programmation :

« Si ça ne tenait qu'à moi je changerais directement pour les nouvelles règles mais c'est à voir après par la suite comment les filles derrière vont pouvoir gérer le taux de demandes. » ; « Ça sera vraiment plus simple pour nous. » (E7 PIP – Secrétaire administrative)

« C'est une bonne chose de réorganiser et d'essayer de trouver des solutions. » ; « Je pense qu'il faut avoir certaines indications et certaines obligations. » (E8 PIP – Secrétaire administrative)

Dans ce groupe, les avis semblent converger en faveur de la réorganisation. Les secrétaires voient d'ailleurs leur implication dans le test du logigramme comme une façon de les intégrer au projet et une manière pour elles de diffuser l'information :

« Je trouve que c'est une bonne idée d'avoir testé les règles de prise de rendez-vous sur des personnes qui sont directement en poste. Ça nous met un peu dans le projet, même si derrière on n'est pas forcément là. Au moins on peut tester et voir ce qui ne va pas et vous dire "en fait non ça ça ne va pas et il faudrait peut-être le changer". Et après en parler avec l'équipe je trouve que c'est plutôt cool. » (E7 PIP – Secrétaire administrative)

« L'arbre décisionnel c'est assez simple pour être compris et puis on peut l'avoir à coté de nous, c'est ça aussi qui est pratique. » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

« Le logigramme peut aider si on a un trou de mémoire et qu'on veut vérifier. Mais notre problème majeur c'est de caler des examens avec la consultation, c'est vraiment ça. » ; « C'est bien pour les personnes qui viennent d'arriver, les nouvelles venues mais pour nous en étant à l'accueil c'est pas ça qu'il nous faut. » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

Pourtant en accord avec le principe du logigramme qui les orientera dans la programmation des rendez-vous, l'une des secrétaires, ayant la plus grande ancienneté, relève le fait que ce n'est pas le besoin prioritaire pour elle et que cette méthode ne résoudra pas la problématique des débordements.

Cette seconde partie d'analyse, questionnant les représentations que se font les acteurs du projet, renforce la frontière entre les professionnels porteurs du projet et ceux impactés. A cette étape de la réorganisation, au moment où ont été réalisés les entretiens, les changements ne sont pas perçus par les secrétaires qui n'avaient pas toutes été informées

du projet. Bien que leur participation à l'évaluation d'un module visant à simplifier la programmation des rendez-vous ai montré une forme d'intégration aux prises de décisions, l'équipe projet n'est pas tout-à-fait prête à communiquer l'information. Les craintes portent plutôt sur l'adhésion des acteurs à la réorganisation, et leur mobilisation future.

4.3 Quel impact la mise en œuvre du changement a-t-il sur les différents membres du personnel ?

Finalement, nous pouvons nous demander quels peuvent être les impacts déjà perçus par les professionnels à cette étape du processus.

Du côté des secrétariats, quelques actions leur ont été demandées afin de limiter les débordements en attendant la diffusion des nouvelles procédures de programmation. Les agents m'ont fait part de leur ressenti dans ce cas précis :

« *On avance, mais ce n'est pas encore ça.* » ; « *Ça ne va pas se faire du jour au lendemain et ça ne va pas se ressentir sur les consultations du jour au lendemain.* » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

« *C'est vrai que ça va prendre un peu de temps à se mettre en place.* » ; « *C'est un peu brouillon pour le moment.* » ; « *On tourne en rond mais peut être qu'un jour...* » ; « *Dans certains mails qu'on reçoit c'est un peu brouillon car pas toute l'équipe n'a eu l'information.* » (E7 PIP – Secrétaire administrative)

« *Au final ces derniers temps il n'y a pas eu trop de changements je trouve.* » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

« *Alors là pour le moment on n'a pas eu de changement par rapport aux demandes des médecins. Après voilà c'est quelque chose qui se met en place. C'est tout un travail.* » (E8 PIP – Secrétaire administrative)

Les secrétaires ne perçoivent pas encore de changement et évoquent la durée nécessaire à sa mise en place. Dans leur discours, elles semblent attendre de voir les véritables évolutions. Il en est de même du côté de l'équipe projet qui relate le fait que celui-ci prend du temps à s'installer :

« *On le voit bien, ça met un petit peu de temps à se mettre en place.* » (E1 PEP – Chef de projet DOP)

« *C'est un peu une bataille à long terme.* » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« *Il y a eu des petites répercussions, en fait c'est plein de petites actions qu'on a identifiées et qu'on a tout de suite menées. Après il y a des choses où je me dis qu'on ne les a pas encore faites alors qu'on aurait peut-être pu les faire.* » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

« De mon point de vue il n'y a pas encore d'évolution mesurable concrètement pour nous. » ; « Honnêtement pour l'instant on ne voit pas trop de résultats. On est à mon avis toujours dans la phase préparatoire. » ; « Il y a un début d'ébauche, ça rassure les équipes de savoir que ça réfléchi, il y a une remontée des problèmes, mais pour l'instant à mon avis on est toujours en train d'éteindre des incendies mais on n'a aucune stratégie claire sur le long terme pour bien mener le projet. » (E5 PEP – Médecin référent)

Du côté médical, le référent soulève également le fait que les équipes soient rassurées de savoir qu'un travail de fond est en train d'être réalisé. Pour autant, il considère que le projet est encore dans sa phase de cadrage, et que les seules actions effectuées ne répondent qu'à des besoins à court terme.

D'autre part, lors des réunions du conseil de consultations, les membres de l'équipe projet sont soucieux de l'avancement du projet et semblent s'impatienter :

Encadré n°2 : Des tensions visibles autour de l'évolution du projet

Depuis quelques semaines, des tensions se font ressentir du côté de l'équipe optométriste à cause du flux important de patients pour les rendez-vous d'exams complémentaires. La cadre prend la parole pendant la réunion pour rapporter les nombreuses difficultés du terrain. Elle questionne la cheffe de projet de la DOP sur les évolutions en cours : *« Est-ce qu'on a un peu avancé sur la filière cornée ? » ; « Tu pourras me montrer quand ce sera fait ? »*. La cheffe de projet répond : *« C'est en cours, je sais qu'on te dit ça depuis un certain temps, mais ça avance doucement. »* (Extrait, Journal de terrain du 25/04/2023)

L'orthoptiste référente du projet apporte de son côté le retour de terrain qu'elle a de ses collègues :

« C'est quelque chose qui est difficile à comprendre au niveau des médecins ou même des orthoptistes. Lorsqu'on les informe en réunion que ça va changer et qu'en fait ils ne ressentent pas tout de suite le changement, ils ont du mal, ils se disent qu'en fait la réunion n'a servi à rien. Il faut qu'ils soient un peu patients et petit à petit ils vont le ressentir. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

Ces témoignages montrent qu'il est difficile pour les professionnels de terrain de se rendre compte du travail de fond réalisé par l'équipe projet. Des moyens de communiquer aux équipes sur les évolutions et progrès réalisés pourraient faciliter cette reconnaissance. Cela pourrait ensuite permettre de les mobiliser.

La problématique se pose également pour les membres de l'équipe projet. Bien qu'ils participent aux discussions et aux prises de décision, leur implication conditionne également le bon déroulement du projet :

« Je pense que les différents acteurs lors des réunions parfois ont du mal à croire au projet et par conséquent à s'investir et se dire qu'ils vont donner les moyens pour que la DOP puisse travailler et avancer sur ce projet. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

Néanmoins, elle semble satisfaite de la cohésion qui s'est renforcée grâce à la réunion des acteurs porteurs du projet lors des conseils hebdomadaires :

« Je trouve qu'en cinq mois on a quand même réussi à fédérer un petit groupe de personnes, pas tous, mais on commence à avoir un petit noyau et une manière de faire qui s'installe. » ; « On est quand même assez bien lancés là-dessus mais il faut qu'on continue à ne pas lâcher justement cette motivation et implication des différents acteurs, pour moi c'est vraiment le sujet principal. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

Pour les différents professionnels, les représentations sont doubles. A la fois conscients que la réorganisation va prendre du temps à se mettre en place et à être perçue sur le terrain, ils semblent tout de même peu satisfaits de la durée dont certaines actions prennent pour être réalisées. Sur les plateaux de consultations, les principaux acteurs ne voient pas d'amélioration et cela peut à nouveau être un frein à la progression efficace du projet, rappelant d'autant plus la nécessité d'adhésion et d'intégration des professionnels par le biais de l'information et de la communication.

Bien que la mobilisation des médecins semble être une crainte partagée des membres du projet, leur investissement ne semble pas aussi impactant pour la gestion du flux de patients que celui des secrétaires :

« Pour les secrétaires, c'est plutôt vers elles que repose à mon avis la possibilité d'amélioration réelle. » (E5 PEP – Médecin référent)

« Je pense qu'il n'y aura pas réellement d'améliorations tant que les règles de rendez-vous ne seront pas partagées. Il faut le diffuser pour réellement voir s'il y a un impact positif. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultation)

« Pour que ça se passe il faudrait leur donner le nouveau process, faire en sorte qu'elles ne s'appuient plus l'ancien process mais uniquement le nouveau. La difficulté va être qu'elles respectent ce process sans avoir leurs anciennes habitudes qui reprennent le dessus. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

Le projet de réorganisation repose énormément sur l'amélioration de la programmation des rendez-vous par les secrétariats, devenant la condition préalable au changement. Il semble alors nécessaire, pour les mobiliser, de les accompagner tout au long de la réorganisation.

4.4 De quelle façon les professionnels pourraient-ils se mobiliser pour être d'avantage impliqués ?

La dernière partie des résultats présente finalement les attentes des différents acteurs et la façon dont ils envisagent concrètement la mise en œuvre des changements. Pour conclure, une oreille attentive sera prêtée aux propositions apportées par les professionnels à la fin de leurs entretiens.

Les membres de l'équipe projet m'ont d'abord fait part de leur ressenti concernant le lancement de la réorganisation :

« On aurait pu communiquer peut-être de façon très courte pour qu'ils se sentent un peu acteurs car, je pense que, s'ils ne se sentent pas acteurs, c'est aussi parce qu'ils ne sont pas forcément impliqués dans les discussions et dans le cadrage. »
(E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« Je pense que discuter ensemble pour un projet futur permet de mettre en avant des choses beaucoup plus proches qu'on peut régler et qu'on peut améliorer au fur et à mesure. Juste en discutant ensemble ça débloque et ça facilite le travail. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

Les deux professionnelles s'interrogent sur la façon dont les évolutions ont été introduites auprès des professionnels impactés. Elles reconnaissent l'importance de la communication entre les équipes pour le maintien de relations constructives permettant de mettre en place des actions plus efficaces comme celles portant sur la programmation :

« On a beaucoup travaillé en amont sur les règles de prise de rendez-vous. Et c'est vrai que la partie transmission et communication sera hyper importante et il faudra à mon avis insister sur l'objectif et les conséquences (...) Expliquer vraiment toutes les répercussions des conséquences de chaque acte et de chaque décisions prises. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

Finalement, si les agents ne comprennent pas les raisons des changements appliqués, le projet ne s'appliquera pas aussi efficacement que souhaité.

Pour donner suite à ces perspectives, j'ai évoqué à nouveau l'intégration des secrétaires aux réunions du conseil de consultations. Le responsable de plateau de consultation

évoque le fait qu'il serait compliqué de les détacher de leur poste durant leurs heures de travail sans que ça n'impacte le service :

« Ça risque d'être vraiment difficile parce que ce sont des agents qui sont en front-office et on ne peut pas les mobiliser. Si on les mobilise le problème c'est qu'au niveau des enregistrements patients elles vont être en souffrance et ça impacterait directement le flux. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultation)

Néanmoins, l'orthoptiste référente soutient, selon elle, la pertinence d'avoir des représentantes parmi les secrétaires :

« Je pense que ça serait effectivement pertinent d'avoir une secrétaire et pas que leurs référentes. » ; « Je pense que ça serait pas mal d'avoir de temps en temps une secrétaire de chaque service qui assiste au conseil, même si à certains moments les sujets ne les concernent pas, mais ça pourrait être intéressant. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

L'idée que chaque catégorie de professionnels puisse être représentée semble être partagée de certains porteurs du projet :

« Peut-être que s'il y a une seule personne dédiée, peut-être qu'on pourra lui faire confiance et qu'elle pourra faire ce genre de chose, sans abuser, ce qui actuellement n'est pas possible en fait avec trop d'acteurs. » (E3 PEP – Orthoptiste référente)

Durant les conseils de consultations, la responsable administrative de l'ensemble des sites soutient cette même idée concernant les secrétaires, permettant à la fois de les intégrer, mais également de mobiliser leur savoir-faire et leurs compétences au profit des évolutions souhaitées :

Encadré n°3 : Une question laissée en suspend

Cette réunion a lieu à une période où l'équipe s'interroge sur les moyens de diffusion des nouvelles procédures aux secrétariats. N'étant pas encore au clair sur les spécificités de chaque filière, la responsable propose de revoir à nouveau les modalités de programmation des rendez-vous avec des secrétaires expérimentées : *« Je pense qu'on devrait peut-être s'arrêter sur cette méthodologie commune et l'adapter grâce à leur [les secrétaires] expertise car elles pourraient nous apprendre beaucoup de choses. » ; « Est-ce qu'on ne pourrait pas aller dans chaque service trouver des personnes ressources et leur dire qu'après elles seront pilotes ? »*. Trois membres du conseil de consultation ont répondu positivement, les trois autres membres présents se sont abstenus. (Extrait, Journal de terrain du 13/07/2023)

Du côté des médecins, les « référents de filière » censés les représenter pour chaque spécialité dans chacun des services, ne sont pas clairement identifiés et ne semblent pas tous aussi rigoureux dans le partage d'informations :

« Ça serait bien d'avoir, pour chaque filière, quelqu'un qui soit leader un peu et qui puisse communiquer coté médical, qui ait vraiment un pied terrain on va dire et qui arrive à montrer le côté positif des choses. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« C'est bien de prendre quelqu'un qui représente les professionnels et qui soit bien vu aussi, pourquoi pas qu'il y ait aussi un coté hiérarchique. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

Face à ces difficultés de communication auprès de l'équipe médicale, pourtant sollicitée et concertée avant chaque décision, la notion d'autorité hiérarchique apparaît comme une potentielle solution :

« Il n'y a pas un vrai responsable qui s'occupe que de ça, de toutes les consultations, et qui a un niveau suffisamment haut de la hiérarchie pour qu'il soit écouté entendu et respecté. » ; « Il faut un vrai grand chef, un patron, qui soit respecté, qui soit assez haut hiérarchiquement pour que tout le monde comprenne que ce qu'il dit il faut le faire. » (E5 PEP – Médecin référent)

Le médecin référent, ayant l'habitude de fonctionner sous un modèle organisationnel ordonnée propose également d'imposer les changements :

« La manière dont s'est fait ça n'aide pas. Il faudrait vraiment avoir un directeur qui ait une vision globale de là où il faut aller et qui dise "Non vous n'avez pas le choix ça n'est pas comme ça que ça marche". » (E5 PEP – Médecin référent)

Ce point de vue n'est pas partagé par la cheffe de projet qui reste sur sa position en exprimant la volonté d'accompagner les acteurs au changer sans tenter de les diriger :

« Je pense que dans le changement il faut communiquer, motiver les personnes, et la motivation ça passe aussi par l'explication de pourquoi il faut le faire, quelles sont les conséquences, etc. Et il ne faut pas être directifs en fait. Il faut faire attention aux secrétaires, de ne pas leur dire "Il faut faire ça", enfin in fine on sera un peu obligés. Mais dans l'idéal il faudrait leur expliquer. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

Elle rappelle toutefois la complexité de tout projet qui oblige parfois à imposer des décisions, comme il sera sûrement le cas dans la réorganisation des consultations.

Pour conclure ces résultats, la fin des entretiens avait pour objectif de laisser libre cours à l'imagination des personnes interviewées afin qu'ils émettent eux-mêmes des propositions au sujet de la réorganisation. Pour les membres de l'équipe projet, l'une idées portait encore une fois sur la communication :

« Ce qu'on pourrait faire, en amont de ce changement serait de présenter les micro-actions déjà réalisées. Ça serait une manière de montrer le positif. Et après une fois que les gens auront vu qu'il y a des petites actions positives, je pense qu'ils s'intéresseront de plus en plus et qu'ils seront plus aptes et volontaires à s'impliquer dans le changement. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

D'autres propositions ont été faites concernant la formation des acteurs, à la fois pour qu'ils puissent mieux intégrer les changements organisationnels qui seront appliqués, mais également pour permettre aux futurs professionnels de s'approprier directement les nouvelles conduites à tenir :

« Je verrais bien une petite formation qui soit faite à toutes les personnes concernées. » (E2 PEP – Cheffe de projet DOP)

« En fait il n'y a pas de boucle nouvel arrivant pour les secrétaires. C'est quelque chose qu'il faudrait peut-être envisager, une petite formation, parce qu'elles sont directement mises dans le bain mais il n'existe pas de réelle procédure d'accueil des secrétaires. » (E4 PEP – Responsable de plateau de consultation)

Représentantes des professionnels de terrain dans cette étude, les secrétaires soutiennent également la pertinence des formations :

« Faire des formations serait bien, avec des documents supports assez simples qui reprendraient des exemples de cas, je pense que ça serait plus concret et plus simple. » (E9 PIP – Secrétaire administrative)

Elles semblent, d'une manière égale, soucieuses de la reconnaissance de leur travail par les autres professions, mais également par les secrétaires des différents services qui n'ont pas forcément connaissance des multiples spécificités de leur poste :

« Je suis pour travailler en équipe et mélanger les services, comme ça chacun peut donner son avis et chacun verrait comment chaque service travaille. Ça nous permettrait d'échanger. » ; « Ça serait bien d'avoir plus de cohésion d'équipe et que les services communiquent. » (E6 PIP – Secrétaire administrative)

« Si on pouvait faire une journée de "vis ma vie", une journée chacune dans un plateau différent, pour se concerter et expliquer comment ça se passe dans chaque service. » (E7 PIP – Secrétaire administrative)

5 Discussion

L'analyse critique de cette étude portera dans un premier temps sur la comparaison des résultats au cadre théorique et, dans un second temps, sur les limites pratiques de sa mise en œuvre.

5.1 La confrontation des résultats à la littérature

La comparaison du déroulement du processus de changement dans le cadre de la réorganisation étudiée avec les approches présentées dans la partie 2.2 de ce mémoire, conduit à plusieurs constats.

Le premier constat n'est pas évident. La transposition de la réorganisation à la matrice de Van de Ven et Poole (1995) ne semble pas s'arrêter spécifiquement sur l'un des quatre processus théoriques de changement organisationnel proposés. Pour rappel, ces processus sont distingués par les auteurs en fonction de deux caractéristiques du changement organisationnel étudié, à savoir, l'unité d'analyse (unique ou multiple), et le mode de changement opéré (prescrit ou construit). L'organisation des consultations d'ophtalmologie de l'HFAR peut être considérée à la fois comme unique et comme multiple. Dans le premier cas, l'unité serait constituée d'un groupe réunissant divers professionnels, travaillant dans un but commun, et formant une même équipe. Dans la seconde situation, l'unité serait composée de multiples sous-organisations, travaillant individuellement, et étant exposés différemment au changement. Initialement, la réorganisation des consultations avait été présentée comme mobilisant une organisation unique et de façon prescrite. Ces deux éléments rappelaient un processus de changement s'intégrant dans un « cycle de vie » caractérisé par son déroulement naturellement tracé et peu influencé par les facteurs externes. Les résultats de l'étude ont révélé des difficultés de coopération entre les différents acteurs du projet, reconsidérant l'entité analysée comme multiple. A travers cette représentation, le changement peut, dans certains cas, être perçu comme prescrit ou bien comme construit. D'une part, la concertation avec les médecins dans la réorganisation de leurs consultations s'apparenterait à un modèle construit renvoyant au processus dit « dialectique ». Celui-ci présente le changement en termes d'oppositions et de confrontations, pouvant s'expliquer par une complexité engendrée par les multiples organisations, en référence aux différents services d'ophtalmologie du projet étudié. D'autre part, la faible intégration des secrétaires aux échanges et prises de décision se rapprocherait davantage du modèle prescrit et rappelant cette fois-ci le processus de

changement de la « théorie de l'évolution ». Celle-ci explique le changement comme intervenu à l'issue d'un processus de sélection des formes les plus efficaces d'organisation. Finalement, ces processus ne semblent pas hermétiques et peuvent être mobilisés conjointement pour mieux comprendre les particularités du changement étudié. Quoiqu'il en soit, les résultats ne coïncident pas avec les caractéristiques d'un changement dit « téléologique », rappelant une unité unique et un mode de réorganisation construit, pourtant souvent rattaché à la dynamique proposée par Lewin (1951).

Le processus de changement de ce dernier présente trois étapes successives qui sont : la prise de conscience, la mise en mouvement et la stabilisation de la nouvelle organisation. Dans le projet de changement étudié, la réorganisation pourrait se situer au début de la seconde phase, durant laquelle les modifications organisationnelles se mettent en place progressivement. Cependant, les résultats ont soulevé diverses formes de difficultés ralentissant la mise en mouvement. L'approche normative de Merdinguer-Rumpler et Nobre (2011) nous permet d'aborder plus précisément les étapes, qui, selon leur recherche-intervention, offrent des solutions aux problématiques de coopération interprofessionnelle souvent rencontrées à l'hôpital, comme c'est le cas dans la réorganisation étudiée. Les quatre phases décrites par les auteurs peuvent se voir comme quatre conditions favorables au bon déroulement du processus. Ces étapes, devant se réaliser de manière consécutive, sont la prise de conscience de la nécessité de changement, la créativité participante dirigée, la décision collégiale et la mise en œuvre du changement doivent se réaliser de manière consécutive. Pour tenter d'estimer la plus-value d'un accompagnement à la réorganisation entreprise à l'HFAR, nous pouvons interpréter les résultats dans le but de vérifier si les trois conditions préalables à la phase de mise en œuvre du changement sont observées. Pour débiter, les entretiens avec les acteurs rencontrés ont permis la formalisation des dysfonctionnements de l'organisation initiale des consultations et le diagnostic d'une forme de prise de conscience relative. En effet, le manque d'interaction et de communication entre les professionnels, participant à la faible reconnaissance des difficultés de chacun, rend cette prise de conscience plus individuelle que collective. Le besoin de réorganisation semble pourtant partagé, ce qui nous permet tout de même de passer à l'analyse de l'étape de mise en mouvement. Cette dernière, pour permettre la mise en œuvre du changement, doit passer par une phase de créativité participative dirigée précédant nécessairement celle de décision collégiale. Le travail préalable de créativité participative dirigée est effectué, dans la recherche-intervention de Merdinguer-Rumpler et Nobre, à partir de groupes de travail constitués de tous les acteurs du service. Celui-ci permettant l'expression de propositions par les professionnels impliqués. Les propositions retenues à l'issue de cette réflexion sont ensuite étudiées par un groupe de pilotage puis exploitées dans la définition d'un plan d'actions qui sera formalisé par une prise de décision collégiale. Dans la

réorganisation étudiée à l'HFAR, le groupe présenté comme « l'équipe projet » semble davantage s'apparenter à un groupe de pilotage qu'à un groupe de travail, car celui-ci est uniquement composé de membres des directions hiérarchiques. Les professionnels présentés comme « impactés par le projet », ne sont pas, dans cette étude, intégrés dans un groupe travail et semblent être sollicités après réunion de l'équipe projet dans un contexte particulier. Par exemple, le travail de réflexion autour du logigramme à suivre pour la programmation des rendez-vous, a été réalisé par les membres de l'équipe projet puis testé à posteriori avec quelques secrétaires. Ce travail, pourtant initié au début du projet, ne s'est pas inscrit dans une phase de créativité participative dirigée, et n'a ensuite pas été formalisé par une phase de décision collégiale. Au moment de la restitution de ce mémoire, celui-ci n'a pas abouti. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les conditions préalables à la mise œuvre du changement n'aient pas été respectées. Finalement, les changements apparaissent comme, pas encore, et pas assez perçus par les professionnels du terrain, pouvant entraîner une incompréhension et une impatience des acteurs concernés.

A la lumière de ces résultats, nous pouvons dire que la réorganisation conduite par la Direction des opérations de l'HFAR ne s'inscrit pas totalement dans le processus de changement recommandé par Merdinguer-Rumpler et Nobre. Les difficultés observées dans la mise en œuvre de ce projet apparaissent comme résultant d'un manque de coopération et de coordination entre les différentes équipes, principalement expliqué par un défaut de communication et d'intégration des acteurs. Ainsi, nous pouvons estimer qu'un accompagnement au changement, dans un contexte organisationnel complexe tel que celui décrit dans cette étude, apporterait une plus-value qui permettrait d'inscrire le processus dans une dynamique participative intégrant une dimension de concertation basée sur l'inclusion et la communication interprofessionnelles.

5.2 Les limites méthodologiques de l'étude

Bien que l'analyse des résultats ait pu mettre en évidence les divers constats confrontés à la littérature dans la partie précédente, ce présent travail n'est pas sans limites. Un premier biais paraît possible concernant les discours récoltés parmi les secrétaires. En effet, il apparaît que la majorité des secrétaires interviewées aient une opinion positive du projet de réorganisation. Ces résultats pourraient s'interpréter, en regard de la direction à laquelle je suis rattachée en tant qu'apprentie, comme aillant pu être orientés afin d'éviter toute répercussion sur les interviewées. Un autre biais pourrait s'envisager compte-tenu de la période de collecte des données, ayant eu lieu à un seul moment du processus de changement, s'avérant précoce par rapport aux impacts observés. Une étude longitudinale, impliquant la réalisation d'entretiens et l'observation de réunions tout au long de la réorganisation, aurait permis de mieux appréhender la perception des évolutions par les différents professionnels. Enfin, le choix d'opter pour une méthode de recherche qualitative rend naturellement plus difficile la généralisation. C'est pourquoi cette étude mériterait d'être reconduite avec d'autres professionnels impactés par la réorganisation, comme les médecins, une fois les changements appliqués de leur côté, ce qui permettrait de recueillir les perceptions d'une plus large catégorie de professionnels. Toujours est-il que la réalisation d'une étude dans le cadre de ce mémoire, portant sur un projet auquel j'ai pu participer de très près, a initié un questionnement sur l'organisation, offrant une réflexion dans le champ de la recherche sur les services et le management en santé, et laissant place à une évolution des pratiques.

6 Pistes d'amélioration

En guise de préconisations, les résultats de cette étude pourraient être utilisés au bénéfice de la mise en œuvre du projet et de tous les acteurs concernés. La constitution de groupes de travail, rassemblant les professionnels de terrain tels que les secrétaires et les médecins pourrait donner lieu à une créativité participative dirigée et rétablir la communication entre les différents personnels hospitaliers. Si nous reconnaissons la plus-value d'un accompagnement au changement, il serait peut-être pertinent de confier cette mission à des professionnels spécialisés dans ce domaine, n'ayant pas à gérer à la fois l'optimisation des flux de patients et le management d'équipes.

Conclusion

Ce travail de recherche est issu d'une volonté d'étudier un projet au premier abord opérationnel et qui implique finalement de multiples dimensions organisationnelles. Les résultats rapportés à la littérature ont prouvé la plus-value que pourrait apporter un accompagnement au changement dans le cadre de la transformation étudiée. En effet, le projet de réorganisation des consultations externes d'ophtalmologie entrepris par la Direction des opérations de l'HFAR nécessiterait d'impliquer les acteurs dans un processus collaboratif qui intègre une dimension profonde de concertation passant principalement par la communication. La poursuite de ce projet dans le futur reste incertaine et sa complexité réside en grande partie dans la multiplicité des acteurs qu'elle implique. Le défi sera alors de réussir à coopérer et de faire évoluer la réorganisation sur la durée en instituant une démarche d'accompagnement au changement.

Bibliographie

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2019) - "Chiffres clés de l'activité externe."

<https://www.atih.sante.fr/activite-externe>

Article L.6161-5 - Code de la santé publique - Légifrance.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929197

Autissier, D. et Metais-Wiersch, E. (2018) - "Du Changement à la Transformation." -

Question(s) de management, 21(2), 45-54.

<https://doi.org/10.3917/qdm.182.0045>

Bareil, C. (2019) - "Accompagner pour changer. Le succès d'une transformation." - Gestion,

44(4), 54-59.

<https://doi.org/10.3917/riges.444.0054>

Beck, C. (2016) - "Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier."

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01320270/document>

Benedetto-Meyer, M. et Willemez, L. (2017) - "Vous prendrez en charge le côté humain du projet." - Paradoxes et malentendus de l'accompagnement des changements en

entreprise. Savoir/Agir, 40(2), 45-52.

<https://doi.org/10.3917/sava.040.0045>

Bubien, Y., Baron, A. et Thomas, A. (2017) - "Le changement." - Gestions Hospitalières.

<https://gestions-hospitalieres.fr/le-changement/>

Cauchois, L. (2017) - "La transformation des secrétariats médicaux hospitaliers : concilier

l'industrialisation du processus avec la personnalisation du service."

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2017/edh/cauchois%20louis.pdf>

- Club Développement Durable des Etablissements Publics et Entreprises Publiques (2013)
- "Guide du dialogue avec les parties prenantes"
https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/CDDEP_Guide%20du%20dialogue%20avec%20les%20parties%20prenantes.pdf
- Costin, M. (2010) - "Logistique hospitalière, un outil du management. Le cas des hôpitaux français et moldaves." - *Humanisme et Entreprise*, 299(4), 29-48.
<https://doi.org/10.3917/hume.299.0029>
- Eckenschwiller, M., Wodociag, S. et Mercier, S. (2022) - "La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux." - *Management & Avenir*, 131(5), 15-38.
<https://doi.org/10.3917/mav.131.0015>
- Fortineau, V., Roussel, L., Lamouri, S., Eckerlein, G., Curatolo, N. et Rieutord, A. (2017) - "Le management des flux hospitaliers basé sur les parcours patient."
https://www.researchgate.net/profile/Virginie-Fortineau/publication/321973634_Le_management_des_flux_hospitaliers_base_sur_les_parcours_patient/links/5a3bb75d0f7e9ba14e463651/Le-management-des-flux-hospitaliers-base-sur-les-parcours-patient.pdf
- Havard, C. (2015) - "L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ?" - *@GRH*, 16(3), 91-125.
<https://doi.org/10.3917/grh.153.0091>
- Hôpital Fondation Adolphe de Rothschild (2022) - "Rapport de gestion."
<https://www.calameo.com/hopitalfondationrothschild/read/00643575746c70041e944>
- Hussain, S. T., Lei, S., Akram, T., Haider, M. J., Hussain, S. H. et Ali, M. (2018) - "Kurt Lewin's change model: A critical review of the role of leadership and employee involvement in organizational change." - *Journal of Innovation & Knowledge*, 3(3), 123-127.
<https://doi.org/10.1016/j.jik.2016.07.002>

- Janiczek, M., d'Hoore, W. et Vas, A. (2012) - "Comprendre la justice organisationnelle en contexte de changement : une étude exploratoire en milieu hospitalier." - Question(s) de management, 0(1), 97-115.
<https://doi.org/10.3917/qdm.121.0097>
- Langlais, F. (2008) - "Secrétariat médical au CHU de NANTES : enjeux et perspectives d'une réorganisation." <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/edh/langlais.pdf>
- Lotfi, B., Garrot, T. et Benchekroun, B. (2010) - "Modélisation des perceptions des acteurs pour réussir la conduite du changement : cas de l'hôpital." <https://hal.science/hal-00480025>
- Makhloufi, I., Saadi, J., Hiki, L. E. et El Hassani, A. (2012) - "Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid." - Santé Publique, 24(6), 573-585.
<https://doi.org/10.3917/spub.126.0573>
- Merdinger-Rumpler, C. et Nobre, T. (2011) - "Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?" - Gestion 2000, 28(3), 51-66.
<https://doi.org/10.3917/g2000.283.0051>
- Messner, L. et Helen, S. (2018) - "Le programme HôP." - Gestions hospitalières. <https://gestions-hospitalieres.fr/le-programme-hop/>
- Mullenbach, A. (2007) - "L'apport de la théorie des parties prenantes à la modélisation de la responsabilité sociétale des entreprises." - La Revue des Sciences de Gestion, 223(1), 109-120.
<https://doi.org/10.3917/rsg.223.0109>
- Nobre, T. (2014) - "Directeur des opérations : en avoir ou pas à l'hôpital ?" - Gestions hospitalières. <https://gestions-hospitalieres.fr/dossier/directeur-des-operations-en-avoir-ou-pas-a-lhopital/>

- Nobre, T. et Merdinguer-Rumpler, C. (2011) - "Pilotage des changements Architecturaux et changement organisationnel : le cas du déménagement d'un service de consultation externe au sein d'un nouvel hôpital." - Cairn.info.
<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales1-2011-4-page-154.htm?contenu=article>
- Parneix, N. (2010) - "L'optimisation des consultations." - Gestions hospitalières.
<https://gestions-hospitalieres.fr/optimisation-des-consultations/>
- Pesqueux, Y. (2015) - "Du changement organisationnel."
<https://shs.hal.science/halshs-01235164>
- Pinto, J. (1990) - "Une relation enchantée" - Persée, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 84 pp. 32-48.
https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1990_num_84_1_2948
- Schlesser, J. C. (2020) - "La gestion par processus : outil pour le manager hospitalier Cas d'un projet de regroupement hospitalier." - Projectics / Proyética / Projectique, Hors Série(HS), 33-60.
<https://doi.org/10.3917/proj.hs01.0033>
- Schimdt, T., Misse, C., Lussiez, C. et Calmes, G. (2017) - "Conduite du changement et pilotage de l'innovation." - Gestions hospitalières.
<https://gestions-hospitalieres.fr/conduite-changement-pilotage-de-linnovation/>
- Sécurité sociale (2019) - " Les actes et consultations externes à l'hôpital : une activité à intégrer à la définition de l'offre de soins" - RALFSS, chapitre VII - Cours des comptes.
<https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-07-actes-consultations-externes-hopital.pdf>
- Tavarin, C. (2022) - "La dynamique participative." - Gestions Hospitalières.
<https://gestions-hospitalieres.fr/la-dynamique-participative/>

- Van de Ven, A. et Poole, M. (1995) - "Explaining Development and Change in Organizations" - Academy of Management Review. https://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Organizational_Learning_and_Change/Ven_de_Ven_Pool_Explaining_Development_and_Change_in_Orgs.pdf
- Van Meeren, B. et Decaillet, F. (2020) - "La gestion des flux patients." - Gestions hospitalières. <https://gestions-hospitalieres.fr/la-gestion-des-flux-patients/>
- Wieser, P. (2014) - "De l'utilité d'un directeur des opérations à l'hôpital." - Gestions hospitalières. <https://gestions-hospitalieres.fr/de-lutilite-dun-directeur-des-operations-a-lhopital/>

Liste des annexes

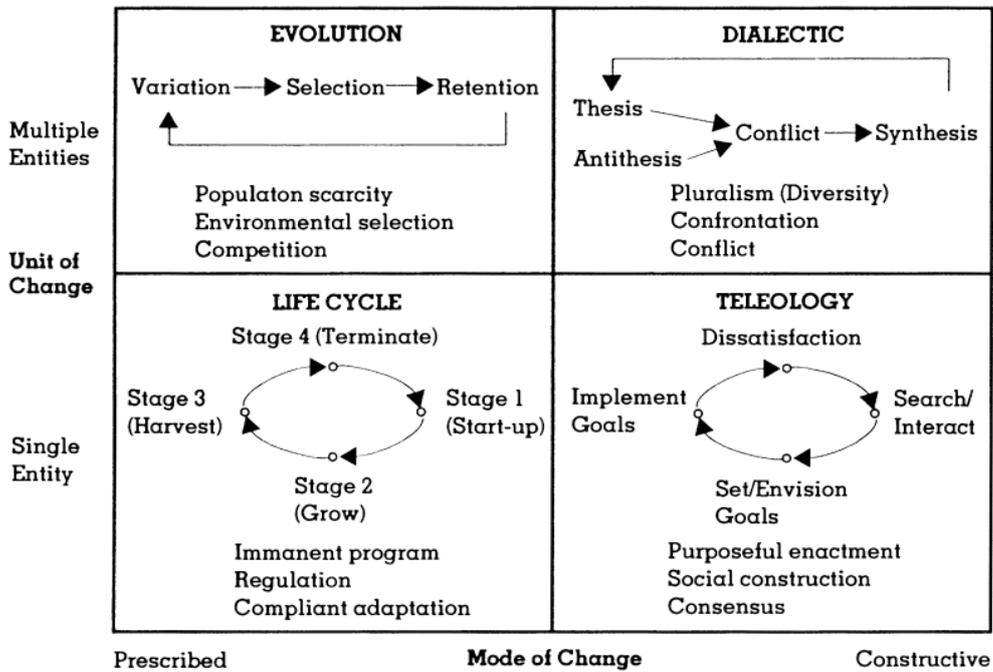
Annexe n°1 : Théories du processus de développement et de changement organisationnel de Van de Ven et Poole (1995)

Annexe n°2 : Guide d'entretien semi-dirigé

Annexe n°3 : Grille d'observation

Annexe n°1 : Théories du processus de développement et de changement organisationnel de Van de Ven et Poole (1995)¹²

**Figure 1
Process Theories of Organizational Development and Change^a**



^a Arrows on lines represent likely sequences among events, not causation between events.

¹² « Explaining Development and Change in Organizations » (Van de Ven et Poole, 1995), page 520.

Annexe n°2 : Guide d'entretien semi-dirigé

Destinataires de l'entretien :

Professionnels impliqués dans le processus de réorganisation des consultations externes d'ophtalmologie :

- Porteurs du projet de réorganisation = équipe projet
- Impactés par le projet de réorganisation = équipe terrain

Objectif de l'entretien :

Echanger avec les différents professionnels sur leur perception de l'organisation actuelle des consultations (rôle et difficultés rencontrées), leur implication dans la réorganisation, leurs craintes et leurs attentes ainsi que leur vision de l'évolution à venir

Profil	
Genre / Tranche d'âge / Fonction / Service / Ancienneté dans le poste	
Thème I : L'organisation actuelle des consultations externes d'ophtalmologie	
- Rôle précis dans l'organisation actuelle des consultations → Quel est votre rôle dans l'organisation des consultations d'ophtalmologie ?	
Professionnels porteurs du projet de réorganisation	Professionnels impactés par le projet de réorganisation
- Identification du problème d'origine → Depuis quand le « problème » a-t-il été identifié → En quoi ça pose problème ? → Pour qui ça pose problème ? → Qui a alerté sur ce problème ? Comment le problème est remonté à la DOP ?	- Problématiques rencontrées → Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer / ou que vous observez ? → Depuis quand ? - Actions mises en place face à ces difficultés → Quand vous avez des difficultés, que faites-vous ? (Évoquer les choses mises en place de façon informelle) - Prise en compte de ces difficultés → Est-ce que vous avez l'impression que les autres professionnels se rendent compte des difficultés auxquelles vous devez faire face ?
Thème II : L'avant-projet de réorganisation	
Professionnels porteurs du projet de réorganisation	Professionnels impactés par le projet de réorganisation
- Processus du projet → Comment le processus de réorganisation a-t-il été enclenché ? → Quels choix ont été faits ? → Est-ce qu'il y a d'autres possibilités que ce projet, d'autres choses qui ont été écartées ?	- Point de départ du projet → Comment est-ce que la mise en place de ce projet (et plus particulièrement, le travail autour des nouvelles règles de prise de rdv) vous a-t-elle été communiqué ?

<ul style="list-style-type: none"> - Intentionnalité du changement <ul style="list-style-type: none"> → Comment est-ce que vous percevez ce besoin de réorganisation ? → Quels sont les risques de ce projet ? Quelles sont les opportunités ? → Quelles sont vos attentes dans ce projet ? - Communication du projet <ul style="list-style-type: none"> → Comment la mise en place du projet a-t-elle été communiquée ? 	<ul style="list-style-type: none"> → Comment l'avez-vous appris ? → Comment l'avez-vous pris ?
--	--

Thème III : La mise en place du projet de réorganisation (en cours)

Professionnels porteurs du projet de réorganisation	Professionnels impactés par le projet de réorganisation
<ul style="list-style-type: none"> - Perception globale de la mise en place du projet <ul style="list-style-type: none"> → Que pensez-vous de ce projet ? Est-ce que vous êtes en phase ? → Comment ressentez-vous votre implication dans la réorganisation ? → Est-ce que vous avez l'impression que les autres professionnels se rendent compte des difficultés auxquelles vous devez faire face ? - Vécu du changement <ul style="list-style-type: none"> → Comment percevez-vous ces changements ? → Avez-vous des attentes, des craintes concernant les changements ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Perception globale de la mise en place du projet <ul style="list-style-type: none"> → Que pensez-vous de ce projet ? Est-ce que vous êtes en phase ? → Comment ressentez-vous votre implication dans la réorganisation ? <ul style="list-style-type: none"> → Est-ce que vous avez pu faire remonter des propositions ? - Vécu du changement <ul style="list-style-type: none"> → Comment percevez-vous ces changements ? → Avez-vous des attentes, des craintes concernant les changements ?

Thème IV : Vision de l'évolution et attentes

<ul style="list-style-type: none"> - Propositions <ul style="list-style-type: none"> → Selon vous, qu'est-ce qui pourrait aider pour que cette réorganisation se passe au mieux ? → Qu'est-ce qui pourrait compliquer les choses ? - Autres <ul style="list-style-type: none"> → Avez-vous des idées ou propositions ?

Annexe n°3 : Grille d'observation

Grille d'observation des réunions	Notes personnelles
Date, lieu	
Quel est l'ordre du jour ? Qui l'a fixé ?	
Quelqu'un préside la réunion ? Quelqu'un anime la réunion ? Si oui, qui ?	
Qui participe ?	
Dans quel lieu est organisée la réunion ? Comment la salle est-elle organisée spatialement ?	Faire un schéma
Quels sont les sujets abordés / débattus au cours de la réunion ?	
Qui prend la parole ?	Quantifier
Le temps des interventions est-il limité d'une manière formelle ou informelle ?	
Quel est le contenu des interventions ? Quels arguments s'affrontent ?	Retranscrire
Il y a une méthode de travail ? Des outils ? Qui choisit cette méthode de travail ?	
Quels sont les résultats de la réunion sur le contenu des projets débattus ? Le projet est-il modifié, à la marge ou en profondeur ? Fait-il l'objet d'adaptations au cours de la réunion, ou après ?	
A qui est envoyé le compte-rendu ? Quelles sont les réactions ?	
Eventuellement d'autres items sur le contenu et la prise de parole	
Quelles thématiques suscitent l'intérêt ou le désintérêt des participants ? Certains points sont écartés ? Par qui ? Pourquoi ?	
Qui propose les sujets abordés ? L'émergence de sujets vient-elle de l'équipe projet ou du personnel impacté ?	
Sur quels éléments du projet de réorganisation des consultations porte la discussion ? Certains points sont-ils écartés de la discussion ? Par qui ? Pourquoi ?	
Comment les participants justifient-ils leurs propositions ? Prennent-ils le temps de les justifier (avec une volonté de bien se faire comprendre, en répétant ou en reformulant certains arguments) ?	
Certains acteurs incitent-ils à se déplacer vers l'intérêt général ? Qui sont-ils ?	
Tout le monde peut-il s'exprimer au cours de la réunion ?	
L'atmosphère est-elle calme, bon enfant, animée, agitée, tendue ? La logique est-elle plus de confrontation ou de travail en commun ? D'où viennent les éventuelles tensions (de la part de qui, sur quels sujets) ?	
Finalement, les différents acteurs parviennent-ils à se comprendre : parlent-ils le même langage ou sont-ils sur des registres de parole différents voire inconciliables ? Recherchent-ils à défendre leur intérêt (individuel ou d'une association) ou à mutualiser leurs expériences et leurs connaissances ? Des difficultés de compréhension subsistent-elles ?	

VIDAL

Pauline

Septembre 2023

Master 2 AMOS-Paris

Réorganiser les consultations d'ophtalmologie pour optimiser les flux de patients au sein d'un ESPIC : Une étude sous le prisme de l'accompagnement au changement

Résumé :

Avec la complexification des prises en charge médicales et la multiplication des acteurs du système hospitalier, le pilotage des flux de patients devient un enjeu prioritaire. Les actes et consultations externes des établissements de santé, en nette augmentation avec le vieillissement de la population et l'extension des maladies chroniques et polypathologiques, impliquent une organisation rigoureuse permettant d'offrir aux patients une prise en charge sécurisée et de qualité. La gestion des flux lors de ces consultations nécessite la coordination et la coopération des équipes intervenant aux différentes étapes du parcours patient. Quand celle-ci n'est pas optimale, les organisations peuvent être amenées à se questionner, à se repositionner et peut-être même à se transformer. La gestion des flux devient alors l'affaire de différents acteurs, aux compétences diverses et variées, devant s'accorder ensemble pour mener à bien les évolutions souhaitées. La présente étude a pour ambition d'analyser un projet de réorganisation des consultations externes d'ophtalmologie mené par la Direction des opérations d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif. Pour ce faire, la méthodologie repose sur une approche qualitative basée sur la réalisation de neuf entretiens semi-dirigés entre mai et juillet 2023 ainsi que sur la tenue d'un journal de terrain rédigé lors de plusieurs observations de réunions. Deux catégories de professionnels sont distinguées par le rôle que ceux-là incarnent dans le processus de réorganisation : les « porteurs du projet » et le personnel « impacté par le projet », cette dernière catégorie étant intégralement composée de secrétaires. Les résultats de l'enquête, obtenus à partir d'un codage qualitatif des données collectées, sont confrontés à la littérature afin d'estimer la plus-value d'un accompagnement au changement dans le cadre de la mise en œuvre du projet de réorganisation étudié.

Mots clés :

Réorganisation ; Conduite du changement ; Gestion de projet ; Flux de patients ; Optimisation ; Consultations externes ; Ophtalmologie ; Hôpital ; Secrétariats

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.