Directeur d'Hôpital

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

La mutualisation et l'optimisation de l'organisation du plateau de consultations du Centre Hospitalier Edmond GARCIN d'Aubagne : vers un modèle de performance et d'efficience

Guillaume PERRIN

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à la cheffe d'établissement, Stéphanie LUQUET, pour m'avoir accueilli au sein du Centre Hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne et pour m'avoir considéré comme un membre à part entière au sein de l'équipe de Direction. Son soutien constant et sa confiance m'ont permis de m'intégrer pleinement dans cet environnement et de mener à bien mes missions.

Je remercie chaleureusement Urielle DESALBRES pour son accompagnement attentif tout au long de cette période. Sa confiance renouvelée, ses conseils avisés, sa bonne humeur et sa bienveillance ont été précieux pour me permettre d'appréhender avec sérénité les responsabilités de mon futur métier de directeur d'hôpital. Elle a su créer un environnement de travail enrichissant et formateur. Au-delà de son rôle de maître de stage, j'ai trouvé en elle une personne avec qui j'ai pu nouer une complicité professionnelle des plus enrichissantes.

Mes remerciements s'adressent également à l'ensemble de l'équipe de Direction, qui m'a accueilli comme un collègue et m'a confié des projets d'importance, alignés avec les enjeux stratégiques de mon stage. Leur bienveillance et leur collaboration m'ont offert l'opportunité de contribuer de manière significative aux objectifs de l'établissement.

Je souhaite aussi remercier tous les professionnels qui, lors de mes deux périodes de stage, ont généreusement partagé leur temps, leur expertise et leurs expériences. Leur engagement quotidien, pour améliorer le service rendu aux patients, a été un exemple concret du professionnalisme et de la dévotion que nécessite ce métier. Un remerciement particulier aux personnes qui ont répondu à mes nombreuses interrogations et avec qui j'ai eu le plaisir de collaborer sur différents dossiers.

Ces moments d'échanges et de travail collaboratif ont non seulement enrichi mon parcours professionnel, mais ont également renforcé ma conviction sur l'importance de l'engagement collectif au service des usagers.

Sommaire

Introduction 3
1 Analyse de l'organisation actuelle et opportunités de transformation du plateau de consultations du CHEG 6
1.1 Diagnostic d'une organisation conventionnelle et partiellement centralisée du plateau de consultations 6
1.1.1 Une structure organisationnelle marquée par la centralisation partielle et le cloisonnement disciplinaire 6
1.1.2 Atouts et limites d'un fonctionnement conventionnel en quête d'optimisation 8
1.2 Perception des professionnels : Un consensus sur les améliorations nécessaires 15
1.2.1 Des attentes convergentes autour de la mutualisation des ressources et de l'efficacité des processus 15
1.2.2 La satisfaction des usagers face à un plateau de consultations en transition 18
2 Modèles de mutualisation des salles de consultations 19
2.1 Benchmark des modèles existant ailleurs 19
2.1.1 Étude de modèles de mutualisation : Approches et retours d'expérience 19
2.1.2 Analyse comparative des différents modèles pour une recherche performance organisationnelle accrue au CHEG 22
2.2 Proposition d'une mutualisation optimisée des consultations : opportunités, défis et facteurs clés d'une transformation réussie 24
2.2.1 Évaluation SWOT du projet de mutualisation des consultations 24
2.2.2 Les facteurs clés de succès et les écueils à éviter pour réussir la transformation 26
3 Proposition de réorganisation et calendrier de mise en œuvre 29
3.1 Vers une réorganisation optimale : Plan stratégique pour le plateau de consultations 29
3.1.1 Un nouveau modèle organisationnel pour le CHEG : Rationalisation et performance 29

3.1.2 Planification et ressources pour une mise en œuvre progressive et maîtrisée 35

3.2 Stratégie de communication et de formation : Mobiliser et accompagner les équipes 37

3.2.1 Adapter l'infrastructure hospitalière de demain à la nouvelle organisation du CHEG 37

3.2.2 Intégration du nouveau modèle dans la future infrastructure hospitalière prévue pour 2031.....39

Conclusion.....42

Bibliographie.....43

Liste des annexes..... I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ACE : Actes et Consultations Externes

ACH : Adjoint des Cadres Hospitaliers

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

BE : Bureau des Entrées

BRAS : Bureau de Régulation, d'Arbitrage et de Suivi

CH : Centre Hospitalier

CHEG : Centre Hospitalier Edmond Garcin d'Aubagne

DAF : Direction des Affaires Financières

DAG : Direction des Affaires Générales

DG : Direction Générale

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRMN : Direction des Ressources Matérielles et du Numérique

ELSA : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ETP : Equivalent Temps Plein

GAM : Gestion Administrative des Malades

HDJ : Hospitalisation De Jour

IDE : Infirmière/Infirmier Diplômé(e) d'Etat

PM : Personnel Médical

PNH : Projet Nouvel Hôpital

RDC : Rez-De-Chaussée

RDV : Rendez-Vous

RTC : Retraitement Comptable

SDO : Surface Dans Œuvre

SWOT : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TROS : Temps Réel d'Occupation des Salles

TVO : Temps de Vacation Offert

UPAC : Unité de Programmation de l’Activité de Consultation

UPARAC : Unité de Programmation d'Accueil et de Régulation de l'Activité Chirurgicale

Introduction

Les Actes et Consultations Externes (ACE) constituent une partie des recettes d'un établissement de santé estimée en moyenne à 10 à 15%. Au-delà de leur apport financier immédiat, les ACE jouent un rôle crucial dans le recrutement de la patientèle pour des séjours d'hospitalisation, générant ainsi des recettes à plus forte valeur ajoutée. En ce sens, le plateau de consultations incarne une vitrine essentielle pour un établissement public de santé, servant de point de contact initial et d'interface entre les patients et les professionnels de santé.

Le présent mémoire porte sur la réorganisation et la mutualisation du plateau de consultations au Centre Hospitalier Edmond Garcin (CHEG) d'Aubagne, visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles. La mutualisation, en regroupant les salles de consultations et les fonctions associées, a pour objectif d'accroître l'efficacité opérationnelle, d'améliorer la qualité des soins et de répondre aux enjeux de développement stratégique de l'établissement.

Le plateau de consultations regroupe l'ensemble des salles où se déroulent les consultations médicales. Les ACE, au sens strict, comprennent l'ensemble des prestations référencées dans la Nomenclature générale des actes professionnels pour les consultations, la biologie, les soins infirmiers et leurs éventuelles majorations. Elles incluent également les actes techniques médicaux et chirurgicaux définis par la Classification commune des actes médicaux et les Forfaits techniques de radiologie. Cependant, dans le cadre de cette étude, les ACE d'imagerie seront exclus, car relèvent du plateau d'imagerie distinct. L'analyse se concentrera exclusivement sur le plateau de consultations du CHEG.

Sur le plan personnel et professionnel, les projets de réorganisation représentent une opportunité stimulante. Ils impliquent une démarche d'optimisation et d'efficience nécessitant une créativité managériale et la capacité à fédérer un collectif autour d'objectifs communs pour atteindre un but partagé de tous les professionnels : l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers, et plus particulièrement l'amélioration de la qualité des soins.

En 2023, le CHEG a valorisé 55 831 actes et consultations externes. Une activité en augmentation de 4,1 % par rapport à 2022, retrouvant ainsi des niveaux comparables à 2019. Pourtant, cette dynamique de croissance s'accompagne d'une sous-utilisation des locaux et de l'impératif d'une meilleure allocation des ressources. En effet, le CHEG, doit optimiser l'occupation des espaces et développer l'activité médicale afin de tenir ses

engagements pris avec auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre du Projet Nouvel Hôpital (PNH). Depuis 2023, le CHEG est engagé dans un plan d'efficience visant à optimiser les processus et à valoriser le développement de l'activité.
D'une part, sur le versant « Développement d'activité » : la fiche « Optimisation du processus de facturation et valorisation du développement de l'activité » prévoit une action « Augmentation des files actives en consultations/actes externes », avec des gains nets attendus de plus de 400 000 € à horizon 2033. En termes de volume d'activité, le CHEG s'est engagé à faire augmenter son activité progressivement pour atteindre environ 70 000 ACE en 2030.
D'autre part, sur le versant « Réduction des dépenses », le CHEG s'est engagé à regrouper dans un même lieu 15 secrétaires médicales affectées sur l'activité de consultations externes, dont une partie dispersée dans les étages. De plus, l'établissement s'est engagé à réduire ces effectifs de 6 Equivalents Temps Plein (ETP) dont 3 avant l'ouverture du Nouvel Hôpital (non-remplacement de départs à la retraite) et 3 après 2030. Les impacts financiers sur l'exploitation de cette opération devraient représenter un gain de 160 500 €.

Par ailleurs, le plan d'efficience fait état d'un soutien au développement de l'activité chirurgicale. Le projet médical du CHEG met un accent particulier sur le développement de ce type d'activité, en particulier sur les spécialités d'orthopédie, d'urologie et de bariatrie pour lesquelles sont également fixées des objectifs de volume et de recettes. Le développement de l'activité de consultation est l'un des moyens efficaces de parvenir à l'atteinte de ces objectifs.

La mutualisation des salles de consultation répond à cette nécessité en permettant une utilisation plus rationnelle des espaces disponibles qui sont aujourd'hui sous-utilisés et limités. L'objectif est de développer l'activité médicale tout en répondant aux attentes des usagers et des professionnels de santé. De nombreux établissements de santé sont en transition vers des modèles de mutualisation des consultations, délaissant l'organisation traditionnelle d'une salle par médecin au profit d'une gestion partagée des ressources. Ces nouvelles organisations ont démontré leur efficience et constituent une source d'inspiration pour le CHEG.

Le projet de mutualisation du plateau de consultations du CHEG s'inscrit dans plusieurs enjeux majeurs :
Premièrement, en réduisant les temps d'attente et en rendant plus efficace la coordination des soins, le projet vise à améliorer la qualité des soins et à augmenter la satisfaction des patients.

Deuxièmement, la mutualisation des salles permettra une utilisation plus efficace des infrastructures existantes, réduisant ainsi les périodes d'inactivité des salles de consultation.
Troisièmement, en amorçant cette réorganisation dès maintenant, le CHEG pourra préparer les professionnels et les patients au changement en testant et en ajustant les nouvelles pratiques avant le déménagement dans les nouveaux locaux. Ainsi, la transition sera facilitée.
Enfin, l'optimisation des salles et des ressources humaines doit également permettre de réaliser des économies significatives, qui pourront être réinvesties dans l'amélioration des soins.

Au-delà de la nécessité d'apporter à court terme davantage de performance au plateau de consultations, la mutualisation de l'utilisation des salles permettra de préparer les professionnels et les patients à s'approprier un nouveau mode de fonctionnement qui doit s'intégrer dans la future infrastructure hospitalière prévue pour 2031. Ce changement progressif assurera ainsi une transition harmonieuse vers l'infrastructure du nouvel hôpital.

La question centrale de ce mémoire est : quelle organisation mettre en place au CHEG afin d'optimiser l'utilisation de son plateau de consultations et afin de préparer efficacement le modèle de la future infrastructure prévue pour 2031 ?

Pour répondre à cette problématique, le mémoire s'articulera autour de trois axes principaux :

1. L'analyse de l'organisation actuelle des consultations au CHEG : cette section dressera un état des lieux de l'organisation actuelle, des performances et des dysfonctionnements identifiés.
2. L'étude des modèles de mutualisation : un benchmark des modèles existants ou en cours de réflexion dans d'autres hôpitaux permettra de dégager des pratiques optimales et d'analyser leur pertinence pour le CHEG.
3. La proposition d'une organisation optimisée : une proposition détaillée d'une nouvelle organisation mutualisée sera présentée, accompagnée des stratégies de gestion du changement nécessaires à sa mise en œuvre.

1 Analyse de l'organisation actuelle et opportunités de transformation du plateau de consultations du CHEG

1.1 Diagnostic d'une organisation conventionnelle et partiellement centralisée du plateau de consultations

1.1.1 Une structure organisationnelle marquée par la centralisation partielle et le cloisonnement disciplinaire

L'organisation des consultations au CHEG repose sur une structuration conventionnelle où chaque spécialité médicale dispose de salles de consultation attitrées de manière fixe. Cette méthode, bien que stable, montre ses limites en termes de flexibilité et d'optimisation des ressources. En effet, chaque médecin dispose de sa propre salle de consultation, laquelle reste inoccupée lorsqu'elle n'est pas utilisée par le praticien attitré. Cela signifie que toute absence imprévue d'un médecin, qu'elle soit due à des congés, des formations ou des urgences médicales, résulte en une salle de consultation qui peut être inoccupée pour la durée de l'absence si un médecin de la même discipline ne le remplace pas. Par ailleurs, les salles sont souvent réservées à des spécialités spécifiques, limitant ainsi la possibilité d'une utilisation polyvalente des locaux. Cette rigidité organisationnelle pose des défis en termes de réactivité et d'adaptabilité face aux fluctuations de la demande de soins.

L'activité de consultation est réalisée sur les 5 étages du CHEG. Par cohérence selon les parcours patients, elle est proposée en lien avec le service d'hospitalisation. Sinon, elle est proposée au Rez-de-chaussée (RDC) de l'établissement, où un plateau de consultations regroupe le reste des disciplines. Au total, environ 57 locaux sont dédiés à ce type d'activité, dont la Surface dans œuvre (SDO), définit par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation comme « la surface intérieure d'un bâtiment nécessaire au fonctionnement d'une activité » s'élève à 2 051 mètres carrés (Annexe 1 : Locaux dédiés à l'activité de consultations et soins externes du CHEG au sein de la structure actuelle). Cela concerne 25 spécialités.

Au RDC, le plateau de consultations est centralisé et regroupe environ 35 salles de consultations/soins externes. La répartition initiale des salles par médecin a été décidée en 2019. Cette répartition et le calendrier d'occupation des salles qui en découle, avec des créneaux horaires rigides, n'ont pas été révisés depuis 3 ans hormis lorsqu'il est nécessaire d'intégrer un nouveau médecin consultant. Sur ce plateau, de manière exceptionnelle, en période d'absence du praticien qui consulte, des salles sont utilisées par d'autres spécialités que celle attitrée pour aider temporairement d'autres disciplines qui n'ont pas de

locaux attribués ou pour développer davantage l'activité de consultation. C'est le cas notamment pour les consultations diététiques qui ont lieu, paradoxalement, à la cafétéria de l'établissement. Cette situation engendre une sous-utilisation significative des espaces disponibles.

Aux autres étages, du R+1 au R+4, les salles de consultations sont attribuées selon les disciplines et aucune mutualisation n'est effective. Cela limite ainsi l'optimisation de l'occupation de ces locaux lorsque les médecins sont absents et qu'un remplaçant n'y réalise pas d'activité de consultation.

L'organisation fonctionnelle des secrétariats médicaux est supervisée par une Adjointe des cadres hospitaliers (ACH) rattachée à la Direction des affaires financières (DAF), assistée de trois référentes. Concernant l'organisation fonctionnelle du personnel soignant, un cadre supérieur de santé supervise les Infirmières/Infirmiers diplômé(e)s d'Etat (IDE), uniquement sur le plateau de consultations situé au RDC, assisté d'une IDE référente. Ces référentes, bien que n'ayant pas de lien hiérarchique formel avec les autres secrétaires, jouent un rôle clé dans la gestion quotidienne des équipes, notamment dans la gestion des remplacements et la répartition des tâches. Elles sont également en charge de l'élaboration des plannings de leurs collègues de travail qui doivent être en adéquation avec le temps de présence médicale. Le cadre supérieur de pôle et la coordinatrice des secrétariats valident les plannings et sont en charge de déployer les nouvelles activités (proposition d'attribution d'une salle, évaluation des besoins en matériel et équipements, ouverture des accès aux logiciels métiers, etc.).

Une plateforme d'appels complète cette organisation et s'ajoute au standard dont la gestion relève d'une autre direction fonctionnelle. Les secrétaires qui y sont affectées sont rattachées au service du secrétariat médical. Leur périmètre d'action concerne les disciplines situées au RDC avec des exceptions qui les emmènent à transférer les appels vers les secrétariats concernés si besoin. C'est notamment le cas de la pédiatrie, la gastro-entérologie, la pneumologie, la médecine interne, le service d'hygiène-infectiologie et la dermatologie. Au sein de cette plateforme d'appels, il existe une distinction dans les secteurs gérés par les agents qui y sont affectées. Sur les 3 agents qui y sont rattachés, l'une d'elles gère les appels dédiés aux services gynécologie et obstétrique. Lorsqu'elle est absente, les appels sont alors renvoyés vers les secrétariats de ces services. Par ailleurs, au sein de la communauté médicale, aucun médecin n'est identifié comme étant le référent de l'activité de consultation.

Dans son parcours de consultation, le patient est amené à interagir des professionnels de plusieurs secteurs : les secrétaires du plateau de consultations, les secrétaires des services de soins situés aux étages, les secrétaires de la plateforme d'appels, les IDE, les agents administratifs du bureau des entrées (BE), les médecins.
Leurs activités sont identiques qu'elles soient réalisées dans le cadre de l'activité libérale ou publique (sauf à de rares exceptions). Elles sont distinctes selon leur nature, mais se recoupent parfois. (Annexe 2 : Recueil des activités par métier et par secteur d'affectation).

Au titre de l'année 2023, l'ETP rémunéré moyen des personnels infirmiers et de secrétariat médical dédiés à cette activité s'élève respectivement à 25,62 et à 16,23. Cet effectif représentait une dépense totale de 2 244 344 € en personnel pour la même année.

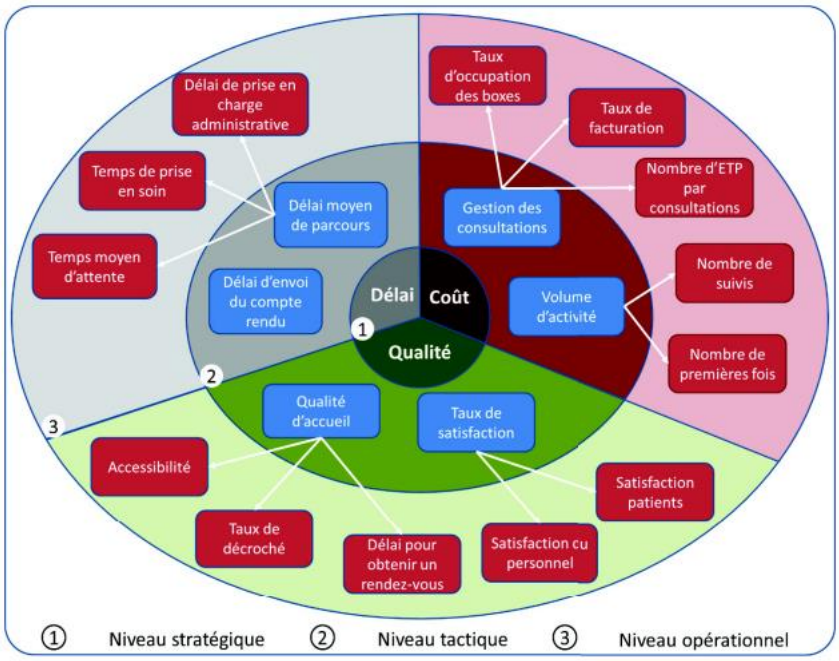
Les outils numériques employés par les professionnels dans le cadre du parcours de consultation :

- Frappe : Zenidoc® pour la dictée numérique et la reconnaissance vocale ; Lifen® pour l'envoi sécurisé de documents médicaux par voie postale et électronique.
- Prescription : Axigate® (DPI)
- Programmation des Rendez-Vous (RDV) : Eplanning® ; Doctolib® ; Axigate® (DPI) ; Xplore® (Imagerie)
- Gestion Administrative des Malades (GAM) : Pastel®
- Archivage : Tempo®
- Gestion documentaire : BlueKango®

Avec la perspective de la construction d'un nouvel hôpital dont la livraison est prévue pour janvier 2031, le CHEG a l'opportunité de repenser son organisation dès à présent afin de préparer au mieux cette transition. Le projet de mutualisation des salles de consultation vise à optimiser l'utilisation des espaces, améliorer la qualité des soins et anticiper les évolutions futures de la structure.

1.1.2 Atouts et limites d'un fonctionnement conventionnel en quête d'optimisation

Pour **évaluer la performance** de l'activité de consultation du CHEG, des outils issus de la littérature peuvent être utilisés, comme celui élaboré ci-dessous par Charles BECK dans sa thèse « Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier », soutenue en 2016 :



Globalement, le volume de l'activité de consultation est en croissance depuis 2021 et la sortie de la crise COVID-19. En 2023, l'établissement a enregistré 55 831 CE, soit +4,10 % par rapport au niveau de 2022. Sur ce type d'activité, le CHEG a retrouvé un niveau d'activité comparable à celui de 2019. A M6 (Juin) 2024, le nombre de venues en consultations externes est en légère baisse en comparaison de la même période sur 2023. En effet, la hausse du nombre de venues sur le pôle chirurgie ne permet pas de compenser complètement la baisse du nombre de venues constatée sur le pôle médecine. (Annexe 3 : Evolution du nombre de venues en consultations à M6 répartis par pôle et par année).

Cette activité a généré des recettes à hauteur de 8 385 777 € en 2023, soit une part de 9 % des recettes totales (Annexe 4 : Part de l'activité des ACE dans les recettes totales du CHEG par année).

Plus particulièrement, l'étude de la performance par discipline éclaire sur les différences du nombre moyen de consultation réalisées par jour travaillé (Annexe 5 : Evolution annuelle du nombre moyen de consultations par jour travaillé par discipline). Celles-ci s'expliquent principalement par les particularités propres à chacune d'elles et également par la nécessité pour les médecins de consacrer davantage de temps au diagnostic et à l'information au patient pour les pathologies les plus graves et/ou selon la capacité du public reçu à recevoir les soins et à comprendre les informations délivrées par le médecin lors de l'ACE. Néanmoins, il demeure possible d'étudier l'évolution chronologique du nombre moyen de consultations réalisées par discipline. Cela permet de mettre en lumière les disciplines qui évoluent à la hausse ou à la baisse en mettant en rapport le nombre total de consultations sur l'année sur le nombre de jours travaillés sur la période. Au CHEG, cette analyse permet

d'une part de relever que certaines disciplines apportent une certaine dynamique à la hausse. C'est notamment le cas de l'ophtalmologie (+6,09 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021), de la dermato-vénérologie (+2,80 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021) ou encore de la cardiologie (+2,01 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021). D'autre part, cette analyse permet également de constater une baisse du nombre moyen de patients consultés par jour. C'est notamment le cas de l'urologie (-2,02 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021), de la chirurgie orthopédique et traumatologie (-1,57 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021) et de la chirurgie orale (-1,5 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021). Des graphiques de courbes lissées, qui permet de réduire les irrégularités et singularités périodiques, illustrent visuellement ce phénomène. (Annexe 6 : Exemples d'évolution lissée du nombre moyen de consultations par jour travaillé de 2 disciplines (2021-2024). En outre, la médecine généraliste-vaccination (-20,95 patients consultés / jour en moyenne par rapport à 2021) est exclue de l'analyse en raison d'une forte baisse qui s'explique principalement par la sortie de crise Covid-19. Néanmoins, la productivité des professionnels est à modérer au regard du volume de RDV non honorés que connaît le CHEG. Evoqué comme un principe qui aurait pu être mis en place à partir du 1er janvier 2025, l'application d'une pénalité financière de cinq euros sanctionnant le patient qui ne s'est pas présenté et qui n'a pas prévenu moins de 24 heures avant son RDV reste incertaine. Au CHEG, sur le trimestre mai, juin, juillet 2024, le taux de RDV non honorés était de 5,9 %. Les défections sur les RDV pris en ligne (4,5 %) sont plus faibles que celles liées aux RDV pris par le secrétariat (6,3 %).

Pour aller plus loin dans cette démarche, il est également possible d'étudier la performance par médecin sur les secteurs en baisse. L'objectif de cette démarche ne serait pas de pointer des pratiques professionnelles, mais d'y voir un signal d'une organisation qui serait susceptible d'être améliorée afin de libérer du temps médical et de réduire leur charge dédiée aux activités administratives lorsque c'est possible. Cette démarche apparaît essentielle dans la mesure où découle le potentiel recrutement d'une patientèle éligible à un séjour hospitalier, de médecine ou de chirurgie découle de cette activité de consultation. Il en résulte ainsi de plus grandes probabilités pour le patient d'être traité avant l'aggravation possible de son état de santé, et à l'établissement de santé de développer son activité et accroître ses recettes.

Deux autres indicateurs permettent également d'étudier le temps d'occupation des locaux dédiés à l'activité de consultation et de mettre ainsi en miroir le temps de vacation offert (TVO) et le temps réel d'occupation des salles (TROS). Sur la base du planning fixé, un calcul sur un échantillon de 12 disciplines qui occupent 10 salles de consultations éclaire

sur l'étendue de la sous-occupation des salles. (Annexe 7 : TVO hebdomadaire théorique du plateau de consultations du RDC par discipline (2024) et Annexe 8 : TVO hebdomadaire théorique du plateau de consultations du RDC par salle (2024)). Considérant que l'amplitude horaire d'ouverture d'une salle est de 50 heures par semaine (de 8 h à 18 h du lundi au vendredi), sur les 10 salles étudiées et les 12 disciplines médicales qui y sont rattachées, le TROS moyen total est de 41,85%. Ces salles de consultations sont donc inoccupées 58,15% du temps, soit plus de 290 heures par semaine.
De plus, même si le temps paramédical a récemment été synchronisé avec le temps médical pour couvrir davantage de temps de vacation, (passage d'un temps de travail quotidien de 7h30 à 9h), il n'en demeure pas moins qu'un écueil persiste. En effet, la pause méridienne entre 12h00 et 14h00 entraîne un arrêt des consultations par les médecins et par conséquent celui des IDE. Ce temps d'arrêt est aujourd'hui utilisé par les IDE pour préparer les salles, mais demeure sous-utilisé.

Ces indicateurs de gestion des salles de consultations révèlent qu'au moins une partie des locaux disponibles sont largement sous-utilisés. Ce résultat découle notamment de la rigidité des créneaux horaires, ce qui limite la capacité d'adaptation aux variations de la demande et entraîne des périodes de forte et faible activité non équilibrées, ainsi que de l'absence de mutualisation des salles qui permettrait de redistribuer les consultations à d'autres praticiens ou d'utiliser les salles inoccupées par d'autres spécialités.

Un autre indicateur qui a été étudié dans le cadre de cette étude de performance et le taux d'appels décrochés. Le résultat apporte une indication sur la facilité de prendre un RDV en consultation pour un patient. Lorsqu'un appel n'est pas décroché et traité ou transféré vers le secrétariat du service concerné par les secrétaires de la plateforme d'appels, alors c'est un risque qui se présente de perdre de vue le patient qui se tournera possiblement vers un autre producteur de soins. Sur une période de 6 mois, de mars à août 2023, une étude a été réalisée sur le suivi des appels entrants à la plateforme d'appels (Annexe 9 : Enquête de suivi des appels entrants à la plateforme d'appels de Mars à Août 2023). Il en ressort que, sur environ 34 000 appels entrants, moins de 22 000 ont été traités, soit un taux de 64 %. Sur la période étudiée, ce sont donc plus de 12 000 appels pour des prises de RDV en consultation qui n'ont pas été traités et possiblement autant de programmations de RDV perdues, dont une partie aurait pu donner lieu à de l'activité d'hospitalisation. La visite de certification par les experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé en Juin 2024 a été l'occasion de relever cet écueil qui a été identifié comme un point à améliorer. Selon l'encadrement et la Direction, l'une des raisons de ce volume d'appels perdus par la plateforme d'appels est le nombre insuffisant de ressources humaines affectées sur ce secteur.

Enfin, un troisième indicateur de performance a pu être étudié sur la période de stage. Il concerne la satisfaction des usagers. Pour l'évaluer, une enquête a été menée sur la période du 8 au 19 juillet 2024. Un questionnaire a été remis aux patients se rendant en consultation par l'agent de l'accueil général sur cette période (Annexe 10 : Questionnaires de satisfaction patients – Juillet 2024). 323 questionnaires ont été retournés et analysés (Annexe 11 : Résultats de l'enquête de satisfaction patients – Juillet 2024). Globalement, il ressort de cette enquête que :

- La zone de recrutement des patients s'étend jusqu'à 17 km et 20 minutes de transport (Annexe 12 : Zone de recrutement des patients se rendant en consultation au CHEG – Juillet 2024) avec plus le quart des patients qui sont domiciliés à Aubagne.
- Plus d'un quart des patients sont âgés de 71 ans, ce qui signifie qu'un accès facilité à l'établissement doit leur être proposé afin de les « fidéliser » et de réduire leur effort pour bénéficier de soins au CHEG.
- Plus de 40 % ont obtenus un RDV en téléphonant au secrétariat. Ce qui signifie que c'est un moyen qui est privilégié par les patients et qu'une réponse de qualité doit être apporté pour répondre à la demande.
- Environ 85 % des patients se sont déjà rendus en consultation au CHEG. Une part significative de l'activité repose sur une patientèle qui y a déjà vécu une expérience.
- Les patients sont très largement satisfaits de la facilité de la prise de RDV, de la date qui leur a été proposée, du délai d'attente lors de l'enregistrement au BE, de l'utilisation de la borne d'enregistrement, de la qualité de l'information donnée pour l'orientation, du délai d'attente pour l'enregistrement au secrétariat des consultations, de la qualité de la signalétique et de la qualité de l'environnement de la salle d'attente.
- La majorité des usagers estiment qu'ils n'ont pas pu stationner facilement pour accéder à l'établissement. Cela s'explique par l'absence d'un parking dédié. Seul un parking géré par un opérateur privé est localisé à proximité du CHEG. Néanmoins, son utilisation par les patients reste contraignante, car le nombre de place est limité et que son accès est payant.
- Une majorité de patients n'a pas utilisé la borne d'enregistrement dédiée aux préadmissions. Cela indique que leur admission s'est donc déroulée auprès d'un agent administratif du BE et qu'un délai d'attente en a découlé.
- 40 % des répondants ont constaté du retard entre l'heure du RDV et leur heure de passage dont plus de la moitié ont attendu plus de 15 minutes supplémentaires avant d'être pris en charge.

Par ailleurs, l'analyse de ces résultats est à nuancer au regard de la part des patients qui ont consulté l'une des disciplines localisées au RDC (32 %). De plus, un quart des répondants se sont rendus au CHEG dans le cadre d'un examen d'imagerie.

Au cours de l'étude, des **écueils** ont été relevés dans l'organisation actuelle du plateau de consultations du CHEG. Ils sont de plusieurs ordres et s'ajoutent à ceux relevés précédemment.

En premier lieu, son pilotage et sa coordination est complexe. En effet, son pilotage rencontre une double problématique. D'une part, la Direction n'est pas en mesure de piloter de manière éclairée en raison de l'indisponibilité d'indicateurs en routine. A ce jour, il n'existe pas d'exploitation de données de l'activité qui soient connues et partager. En effet, la fiabilité accordées aux Retraitements Comptables (RTC) demeure faible en raison de son lien à un fichier structure non concordant avec les affectations d'UF. C'est particulièrement vrai pour les dépenses de Personnel Médical (PM) car aucune dépense pour cette catégorie de personnels n'est affectée sur les UF de consultations. Le suivi de l'évolution des coûts ainsi que l'évaluation de la performance financière de cette activité n'est pas complet et oblige la Direction à prendre des décisions sur la base d'informations partielles pour orienter la stratégie de l'établissement.
D'autre part, le pilotage de l'organisation actuelle manque d'une assise médicale pour représenter ce corps, animer des groupes de réflexion sur ce type d'activité et entraîner la communauté médicale vers davantage de performance et de projection sur l'avenir.
A l'inverse, les acteurs de coordination se révèlent trop nombreux. Leur multiplication complexifie et rigidifie l'organisation. En effet, pour le plateau de consultations du RDC sont ainsi identifiés une référente IDE et un cadre supérieur de santé du pôle pour le versant soignant d'une part, et une référente des secrétaires de ce secteur ainsi que la coordinatrice des secrétariats médicaux d'autre part. En termes de coordination, 4 acteurs sont donc mobilisés, avec des activités qui se recoupent parfois, mais qui obligent à bien communiquer pour ne pas générer de désorganisation. La sollicitation de médecins pour obtenir leurs périodes de congés annuels afin d'en tenir compte dans l'élaboration des plannings et pour paramétrer ces périodes d'absence dans le logiciel de prise de RDV illustre cette nécessité de bien communiquer entre les coordinateurs.

En second lieu, l'architecture actuelle de l'établissement est fortement contraignante. S'agissant d'un bâtiment ancien, il ne correspond plus aux besoins actuels. Les locaux utilisés dans le cadre de l'activité de consultation sont exigus et limités en nombre. Par ailleurs, aucun recensement des locaux n'ayant été récemment réalisé et aucun suivi n'étant dressé, la Direction ne dispose d'aucune visibilité sur les locaux qui sont

actuellement occupés ou disponibles. Cette situation a déjà pu entraîner une occupation sauvage de locaux par un médecin, sans que la Direction n'ait été informée de la disponibilité du local occupée auparavant alors que celui-ci aurait pu faire l'objet d'une utilisation autre.

En dernier lieu, la complexité de l'organisation qui allonge le parcours patient et génère une multiplication des temps d'attente pour les usagers. Pour se rendre à une consultation classique située au plateau de consultations, le patient par plusieurs étapes, dont autant de points d'attente avant chacune d'elles :

Prise de RDV par la centrale d'appels / secrétariat du service → Accueil/admission au BE → Enregistrement/orientation par secrétariat → Prise en charge médicale par le médecin → Récupération des documents de sortie/programmation nouveau RDV au secrétariat → Régularisation du reste à charge au BE le cas échéant.

Cette complexité peut générer de l'insatisfaction chez les usagers lorsque les délais d'attente se prolongent et peuvent également être source d'anxiété lorsqu'elles sont accentuées par du retard.

Aussi, la redondance de tâches exécutées chez les secrétaires et rallongement de la durée de traitement des appels : les secrétaires affectées à la plateforme d'appels sont dédiées à la prise de RDV et à la planification des reports sur certaines spécialités localisées au RDC. Néanmoins, pour certaines spécialités, ou pour une pathologie spécifique d'une spécialité gérée, ces secrétaires renvoient les appels au secrétariat du service. Un commun accord informel est établi sur ce point. De même, lorsque les patients appellent directement le secrétariat du service de consultation pour une prise de RDV ou pour un report, celles-ci ne vont pas renvoyer les appels vers la plateforme d'appel afin d'éviter un routage qui ferait patienter l'interlocuteur. Finalement, cette division des tâches sur certaines spécialités et sur certaines pathologies et de nature à être contre-productive.

Ces problématiques, qui impactent la performance globale de l'activité de consultation du CHEG et dans une moindre mesure l'augmentation de l'activité d'hospitalisation qui pourrait en découler, soulignent la nécessité de repenser l'organisation en place pour améliorer l'efficacité, la flexibilité et la satisfaction des patients. La mutualisation des salles de consultation apparaît comme une solution prometteuse pour répondre à ces défis.

1.2 Perception des professionnels : Un consensus sur les améliorations nécessaires

1.2.1 Des attentes convergentes autour de la mutualisation des ressources et de l'efficacité des processus

Les entretiens réalisés avec différents acteurs internes au CHEG ont permis de recueillir des perceptions variées et éclairantes sur l'organisation actuelle des consultations et les perspectives de mutualisation des salles.

Ces entretiens ont été menés sur la base d'une grille de questions élaborées en amont (Annexe 13 : Grilles d'entretiens des professionnels cadres et référents du plateau de consultations). Il en ressort principalement de ces entretiens :

La coordinatrice des secrétariats médicaux (depuis octobre 2023) et du BE, Madame K., a indiqué la nécessité d'accorder une énergie importante concernant la gestion des ressources humaines et l'organisation des consultations. Elle a souligné les défis liés à la gestion des plannings et au manque de flexibilité dans l'organisation actuelle, notamment en ce qui concerne la coordination entre les différents services, la gestion des absences imprévues et la gestion des flux qui pourrait être simplifiée par la réduction du nombre de points d'attente. Elle estime que l'encadrement de ce service est énergivore en raison de sa récente affectation sur ces responsabilités. Selon elle, la mutualisation des salles de consultation pourrait offrir une meilleure réactivité et une utilisation plus efficiente des ressources, en particulier dans le contexte des absences médicales. Cependant, elle insiste sur l'importance d'accompagner le personnel dans cette transition, en particulier en termes de formation, pour éviter les perturbations et garantir une continuité des soins. Elle juge que davantage de missions pourraient être confiées à la référente des secrétaires rattachées au plateau de consultations, mais que davantage de temps consacré à son rôle doit lui être accordé.

La référente des secrétaires rattachées au plateau de consultations, du laboratoire, de l'imagerie et de la centrale d'appels, Madame B., juge que le temps qu'elle consacre à son rôle (0,2 ETP) est insuffisant pour garantir le rôle qui lui a été confié. Dans les faits, elle y consacre davantage de temps. Elle reconnaît que l'une des forces de ce secteur est la bonne communication entre les différents professionnels et que l'effectif autorisé est suffisant pour garantir le bon fonctionnement du service. En revanche, elle a exprimé des préoccupations concernant la gestion des RDV et la communication entre les services. Elle a indiqué que la rigidité actuelle des créneaux horaires complique souvent la planification des consultations et génère des retards. Elle évoque également un manque de visibilité sur

l'organisation en raison de la multiplicité des cadres et référents sur cette activité. Elle voit dans la mutualisation des salles une opportunité d'améliorer l'efficience et de simplifier la gestion des RDV, à condition de mettre en place des outils de réservation centralisés et accessibles. L'accompagnement au changement des secrétaires sera essentiel pour lever les résistances qui se profileraient et ainsi garantir le succès du projet.

Le cadre supérieur de santé du pôle, Monsieur N., souligne l'importance d'une meilleure gestion des salles de consultation pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles. Il a également insisté sur la nécessité de développer des outils de gestion plus performants pour coordonner les différents services. Selon lui, la mutualisation des salles permettrait non seulement de réduire les périodes d'inactivité des salles, mais aussi d'améliorer la réactivité du système face aux fluctuations de la demande. Il a également souligné que l'occupation des salles de consultations pourrait être davantage optimisée, notamment lorsque le médecin est au prévu au bloc opératoire sur la demi-journée identifiée. Il cite l'exemple de disciplines en particulier. Il évoque également des points de vigilance à garder à l'esprit en cas de mutualisation du plateau de consultations, en particulier concernant l'organisation des flux. En effet, les bureaux de consultations d'explorations de certaines disciplines doivent être flexible, car la réalisation d'examens cliniques tels que la nasofibroscopie se décide au dernier moment. La signalétique serait à adapter pour ne pas créer une perte de repère chez les patients.

L'IDE référente des consultations, Madame B., a mis en avant les difficultés liées à la coordination des différents services et à la gestion des absences imprévues des médecins. Elle a noté que la mutualisation pourrait permettre une meilleure flexibilité et une réallocation plus efficace des ressources en cas d'absences ou de pics de demande. Cependant, elle a également souligné l'importance d'un accompagnement adéquat du personnel pour garantir une transition en douceur vers le nouveau système. Elle juge qu'une meilleure circulation des informations relatives aux plannings des personnels médicaux (date d'arrivée de nouveaux médecins, temps de présence, périodes de congés) faciliterait la gestion des équipes et l'organisation du plateau de consultations. En effet, les incertitudes liées à ces éléments impactent l'organisation du travail des équipes ainsi que la répartition de la charge de travail et rendent difficile la validation des congés des IDE. Elle souligne que la logistique serait à revoir, notamment en matière de remise des clés qui permettent d'accéder aux salles de consultations. En effet, aujourd'hui, un médecin peut être le seul détenteur des clés permettant d'accéder à la salle de consultations qui lui est attribuée, ce qui ne permet pas de mutualiser son utilisation ni d'intervenir en cas d'urgence. La référente reconnaît que la référente des secrétaires médicales pourrait se charger de la responsabilité de cette logistique et de la programmation des vacations si son action est en

étroite collaboration avec elle. En effet, s'il y a des soins, elle est en mesure d'évaluer la charge et le temps de travail infirmier pour chaque type de consultation.

Le médecin consultant, Docteur A., a exprimé des critiques claires sur l'organisation actuelle du plateau de consultations. Il a noté plusieurs lacunes importantes, telles que l'absence de structuration dans la prise de RDV et une coordination des parcours patients perfectible. Actuellement, il n'y a pas de gradation ou d'orientation efficace, ce qui permet à tout patient de prendre RDV sans qu'un tri préalable ne soit effectué, menant à des consultations parfois peu utiles.
Il a également souligné le problème lié à la sous-occupation des salles de consultation, qui n'est pas optimale. Selon lui, la planification actuelle ne laisse pas suffisamment de marge pour les RDV non-programmés, ce qui peut entraîner des admissions aux urgences évitables. De plus, il a relevé un manque de synchronisation entre le temps médical et paramédical, ce qui peut obliger un médecin à s'adapter aux plannings des autres professionnels de santé ou à réaliser des soins paramédicaux.
En ce qui concerne la mutualisation des salles de consultation, le médecin se montre favorable, mais sous certaines conditions. Il préconise une mutualisation distincte pour les disciplines chirurgicales et médicales, car les profils de patients et les enjeux financiers diffèrent. Il a insisté sur le fait qu'une mauvaise gestion de la mutualisation pourrait entraîner des pertes de recettes potentielles, notamment pour les consultations de chirurgie, qui sont essentielles pour l'hospitalisation et l'activité du bloc opératoire.
Sur la question de la gouvernance, et notamment sur la proposition d'identifier un médecin référent de l'activité de consultation, il a d'abord été réticent à l'idée de créer un trinôme de gestion (médecin responsable, cadre supérieur de santé et référente des secrétariats), craignant une « usine à gaz ». Cependant, après réflexion, il a reconnu que ce modèle pourrait être bénéfique, à condition qu'il soit bien encadré et qu'il favorise la collaboration entre les médecins. Il a exprimé son intérêt pour le rôle de référent médical, mais avec une crainte que ce rôle soit mal compris ou mal soutenu.
Enfin, le médecin interrogé voit l'avenir dans le développement de la chirurgie ambulatoire, qu'il considère comme la vitrine de l'hôpital. Il insiste sur la nécessité de préparer le terrain pour l'arrivée du Nouvel Hôpital, en expérimentant dès maintenant de nouvelles organisations sur le site actuel.

En complément de ces entretiens, des échanges ont également été tenus avec les secrétaires affectées à la plateforme d'appels pour mieux cerner l'organisation de ce secteur, ainsi qu'avec le responsable du service informatique pour recenser les solutions existantes ainsi que les projets en cours.

Ces entretiens révèlent une reconnaissance générale des avantages potentiels de la mutualisation des salles de consultation, mais également des préoccupations concernant la mise en œuvre et la conduite du changement. Une planification minutieuse et un accompagnement rigoureux seront essentiels pour surmonter les défis identifiés et garantir une transition réussie vers le nouveau modèle.

1.2.2 La satisfaction des usagers face à un plateau de consultations en transition

Pour comprendre la perception des patients qui se rendent à une consultation au CHEG, une enquête de satisfaction a été menée pendant 2 semaines en juillet 2024. Elle révèle un ensemble de ressentis qui permettent de dresser un bilan globalement positif, tout en mettant en lumière des aspects nécessitant des améliorations.

Les 323 patients répondants expriment dans leur grande majorité une satisfaction notable quant à la qualité de l'accueil reçu lors de leur arrivée. Ils soulignent particulièrement l'attitude courtoise et la disponibilité du personnel hospitalier, ce qui contribue à une première impression favorable. La fluidité du processus d'enregistrement, que ce soit au BE ou au niveau des secrétariats de consultation, est également perçue positivement. La borne d'enregistrement, bien qu'encore peu utilisée, est jugée efficace par ceux qui les ont employées, renforçant ainsi l'image d'un établissement moderne et bien organisé.

Cependant, malgré ces points forts, certains aspects suscitent des préoccupations récurrentes parmi les patients. Le problème du stationnement émerge comme un sujet particulièrement sensible. Un grand nombre de patients rapportent des difficultés importantes pour se garer à proximité de l'hôpital, ce qui peut générer un stress avant même leur consultation. Cette problématique de stationnement, souvent évoquée dans les commentaires négatifs, semble être un frein majeur à l'amélioration de l'expérience globale des patients.

En ce qui concerne l'attente, les retards dans les consultations sont une autre source de mécontentement. Bien que plus de la moitié des patients jugent acceptable le délai d'attente, une proportion non-négligeable exprime une certaine frustration face aux retards observés, parfois jugés excessifs. Ces retards, souvent compris entre 15 et 45 minutes supplémentaires, peuvent affecter la perception globale du service et nuire à la satisfaction des patients.

Le confort des salles d'attente, bien qu'en général jugé suffisant, pourrait également bénéficier de quelques améliorations. Certains patients ont notamment mentionné des

conditions de chaleur inconfortables, ce qui peut altérer leur expérience en période estivale. De plus, la signalétique, particulièrement pour les personnes âgées, a été signalée comme un aspect à améliorer pour faciliter l'orientation au sein de l'hôpital.

Enfin, bien que minoritaires, certaines suggestions émises par les patients méritent d'être prises en compte pour renforcer l'offre de service. Des améliorations ont été proposées, telles que l'optimisation de la climatisation et une meilleure fonctionnalité de la borne d'enregistrement, illustrant ainsi un désir d'évolution continue pour mieux répondre aux attentes des usagers.

Dans l'ensemble, l'enquête reflète une satisfaction globale positive, mais elle met également en avant des axes d'amélioration qui, s'ils sont pris en compte, pourraient considérablement améliorer l'expérience patient au CHEG. Ces retours constituent des pistes précieuses pour orienter les futures actions de l'établissement dans le cadre de la réorganisation du plateau de consultations.

2 Modèles de mutualisation des salles de consultations

2.1 Benchmark des modèles existant ailleurs

2.1.1 Étude de modèles de mutualisation : Approches et retours d'expérience

Pour illustrer les différentes approches de mutualisation des salles de consultation, plusieurs établissements ayant mis en place des stratégies diverses en termes de gestion et d'organisation de leurs consultations ont été étudiés. Parmi eux, le Centre Hospitalier (CH) de B., le CH de M., et l'Hôpital du Pays S. (HPS) se distinguent par leurs pratiques spécifiques.

A) Centre Hospitalier B.

Le CH B. se positionne comme un modèle avancé dans la mutualisation des salles de consultation, une approche qui inspire la direction du CHEG, ayant nécessité près de huit ans de travail pour parvenir à sa pleine réalisation. Dès le début de la réflexion en 2013, les responsables de l'établissement ont adopté une approche progressive, permettant un rapatriement successif des secteurs et modules de consultation. Le processus s'est achevé avec l'intégration du dernier secteur en 2021. Ce rythme a permis d'assurer une transition en douceur, favorisant l'adaptation des équipes médicales et administratives à ces nouvelles pratiques. Cet établissement se caractérise par une organisation exemplaire où la mutualisation est presque totale. Les salles de consultation se situent géographiquement

au RDC de l'établissement, réparties de manière cohérente sur 3 modules selon les disciplines et le volume des flux. Elles sont attribuées par pôle ou secteur d'activité, permettant une utilisation flexible des espaces disponibles.

Un autre aspect notable du modèle du CH de B. est la présence d'une instance chargée de la régulation des vacations, de l'arbitrage des différends, ainsi que le suivi régulier de l'activité : le Bureau de Régulation, d'Arbitrage et de Suivi (BRAS). Cette instance, en lien direct avec les médecins, joue un rôle crucial dans la gestion des conflits potentiels et dans l'ajustement des pratiques en fonction des besoins. La signature d'une charte de fonctionnement par les médecins démontre également un engagement fort de l'équipe médicale envers cette organisation.

Cette approche flexible se traduit également par la pratique du surbooking (10 %) pour pallier les défections de patients. Concrètement, cette méthode consiste à prévoir un nombre de patients supérieur à la capacité normale de consultation, en tenant compte du fait qu'il est fréquent que certains patients ne se présentent pas à leur RDV. Le surbooking permet ainsi de maximiser l'utilisation des salles, en réduisant les périodes où celles-ci restent inoccupées.

Cette organisation est particulièrement efficace lorsqu'elle est associée à l'allongement des durées de consultation pour les premières venues. Ce choix stratégique est basé sur la reconnaissance du fait qu'une première consultation nécessite souvent plus de temps, afin de permettre un échange approfondi entre le patient et le praticien. En allongeant ces durées, le CH de B. garantit que les patients reçoivent l'attention nécessaire lors de leur premier contact avec le service, tout en optimisant l'efficacité des consultations ultérieures.

Contrairement à d'autres établissements où les secrétaires sont souvent assignées à une seule discipline, au CH de B., elles opèrent de manière polyvalente, couvrant l'ensemble des secteurs. Cette organisation est renforcée par la constitution de pools en front-office et en back-office, ce qui permet d'optimiser le flux des patients et d'assurer une meilleure coordination entre les équipes médicales et administratives. Ces pools sont au nombre de 3 dont chacun d'eux est dédié à un groupe d'activités spécifiques. Le pool « frappe » est chargé de la rédaction des comptes-rendus, des documents médicaux et autres. Le pool « accueil physique et admission » est en charge de l'orientation des patients, de leur admission administrative et de leur prise en charge à la sortie (remise des documents médicaux, programmation d'un nouveau RDV notamment). Le pool « programmation de RDV » qui est en charge de répondre aux appels téléphoniques et aux mails afin de programmer les RDV médicaux ainsi que les reports.

L’accompagnement des secrétaires médicales a également été un facteur déterminant dans la réussite de ce projet. La direction de l’hôpital a mis en place des formations spécifiques pour ces professionnelles, incluant l’élaboration de thésaurus médicaux pour chaque spécialité. Ces outils permettent aux secrétaires de répondre de manière pertinente aux appels téléphoniques, améliorant ainsi la qualité du service rendu aux patients. L’investissement dans la formation des secrétaires médicales a non seulement renforcé leur compétence, mais a aussi été essentiel pour assurer une gestion fluide et efficace des consultations.

En termes d’infrastructure, les salles de consultation du CH de B. ont toutes été standardisées, avec une surface supérieure à celle des anciennes salles occupées par les médecins. Cette standardisation, couplée à l’augmentation de l’espace, a constitué un argument majeur pour convaincre les praticiens d’adopter ce nouveau modèle. En offrant des conditions de travail améliorées, l’hôpital a pu faciliter l’acceptation du changement.

Cependant, malgré ses nombreux atouts, le modèle de B. présente certains points de fragilité. La transversalité des missions des secrétaires, qui doivent gérer les consultations pour plusieurs spécialités, peut entraîner une surcharge de travail, notamment en raison de l’augmentation du volume d’appels téléphoniques pour la prise de RDV. De plus, la sécurisation des recettes reste un sujet sur lequel une attention doit être portée. En effet, si un patient a un reste à charge après sa consultation, il doit se rendre au BE pour régulariser sa situation, après avoir récupéré ses documents médicaux au secrétariat. Ce processus peut être source de complications, et nécessite une attention particulière pour éviter tout manquement.

Malgré ces défis, l’organisation mise en place au CH de B. a permis une augmentation significative de l’activité de consultation, démontrant ainsi l’efficacité de ce modèle de mutualisation, tout en soulignant l’importance de l’accompagnement des équipes et de la gestion rigoureuse des ressources.

B) Centre Hospitalier de M.

Le CH de M. offre une perspective différente sur la mutualisation des salles de consultation. Ce centre, qui dispose d’un plateau de consultations s’étendant sur 10 000 m² répartis sur trois niveaux, a opté pour une organisation par pôle ou secteur, à l’exception des services de pédiatrie et de gynécologie / obstétrique. La mutualisation y est complète, avec une répartition flexible des vacations médicales.

À l'instar du CH de B., le CH de M. a mis en place une charte de fonctionnement signée par les médecins, ce qui favorise une gouvernance partagée et une coopération interdisciplinaire. De plus, l'établissement a constaté une augmentation de son activité depuis la mise en place de cette mutualisation, ce qui témoigne de l'efficacité de son modèle.

Cependant, le CH de M. rencontre des difficultés en termes d'espace disponible pour le développement de nouvelles disciplines. Cet écueil est expliqué en partie par le choix d'investir dans ce bâtiment, le « centre ambulatoire », des salles d'explorations, 22 places d'Hospitalisation de jour (HDJ) de médecine, une salle de prélèvement et une salle de radiologie conventionnelle qui permet d'éviter un recours au plateau technique. L'architecture du bâtiment constitue un autre frein à une expansion plus fluide des activités, ce qui peut limiter les opportunités de croissance à long terme.

C) Hôpital du Pays S. (HPS)

L'Hôpital du Pays S., avec ses 274 lits, se distingue par une organisation plus traditionnelle des salles de consultation, qui sont attribuées par médecin plutôt que par pôle ou secteur. Contrairement aux deux précédents établissements, le HPS n'a pas mis en place de véritable mutualisation des salles, ce qui entraîne une sous-occupation des espaces et une inertie dans l'attribution des vacations.

Un point particulier est la polyvalence limitée des secrétaires médicales au HPS, qui bien que capables de couvrir toutes les activités au sein de leur discipline de rattachement, ne sont pas ou peu mobilisées au-delà de celle-ci. Cela contraste fortement avec les modèles des CH de B. de M., où la polyvalence est un levier clé de l'organisation.

L'absence d'une charte de fonctionnement et le manque d'identification claire des référents médicaux par spécialité constituent également des faiblesses significatives dans l'organisation du HPS. De plus, l'architecture contraignante de l'établissement limite les possibilités d'évolution et de développement de nouvelles disciplines, un problème partagé avec le CH de M.

2.1.2 Analyse comparative des différents modèles pour une recherche performance organisationnelle accrue au CHEG

L'analyse comparative des différents modèles de mutualisation des salles de consultation, telle qu'elle a été mise en œuvre dans plusieurs établissements de santé, révèle des

dynamiques distinctes qui reflètent les contextes et les besoins propres à chaque hôpital. Cette diversité permet de mieux comprendre les forces et les limites de chaque approche, et d'en tirer des enseignements pour le CHEG, en s'appuyant notamment sur le modèle du CH de B., qui s'avère particulièrement pertinent.

Le CH de B. se distingue par une démarche progressive et méthodique, qui a permis d'intégrer progressivement les différents secteurs et modules de consultation sur une période de huit ans. Ce processus échelonné, débuté en 2013, a été crucial pour assurer une transition en douceur. L'approche adoptée a non seulement permis de mieux gérer le changement, en limitant les résistances et en facilitant l'adaptation des personnels, mais elle a aussi offert la possibilité d'ajuster la stratégie au fur et à mesure de son déploiement.

Le CH a investi dans la formation des secrétaires médicales, reconnaissant leur rôle crucial dans le succès de la mutualisation. L'élaboration de thésaurus médicaux, adaptés à chaque spécialité, a non seulement renforcé leurs compétences, mais a également permis d'améliorer la qualité de l'accueil et du service téléphonique. Cette approche montre l'importance de l'accompagnement des personnels administratifs dans la réussite d'un projet de cette envergure. Les salles de consultation, plus grandes et standardisées, ont également joué un rôle clé dans l'acceptation du nouveau modèle par les praticiens, offrant des conditions de travail améliorées qui ont facilité l'adoption de la mutualisation. Cependant, malgré ces réussites, certains points de fragilité subsistent, notamment en ce qui concerne la transversalité des missions des secrétaires et la fiabilisation du recouvrement des créances lorsqu'un patient n'est pas complètement couvert par un organisme de protection santé, ce qui nécessite une attention continue pour assurer la pérennité du modèle.

En comparaison, les autres établissements étudiés ont adopté des approches distinctes qui mettent en lumière d'autres aspects de la mutualisation. Par exemple, un autre CH a choisi une intégration plus rapide des différents services de consultation, cherchant à profiter d'un effet de levier en regroupant les compétences et les ressources dès les premières phases du projet. Cette approche, bien que plus ambitieuse, a rencontré des défis plus prononcés en termes d'acceptation du changement et d'adaptation des équipes. La résistance au changement, amplifiée par une intégration rapide, a parfois ralenti la mise en œuvre complète du projet, nécessitant des efforts supplémentaires en communication et en formation pour surmonter ces obstacles. Ce modèle montre les limites d'une approche « tout ou rien » dans un contexte de réorganisation complexe, et souligne l'importance d'une gestion du changement bien planifiée.

Ces différentes expériences mettent en lumière la diversité des approches possibles pour la mutualisation des salles de consultation, et montrent que chaque modèle a ses propres forces et faiblesses. Le modèle du CH de B., avec son approche progressive et son accent sur la formation et l'accompagnement des personnels, se distingue par sa capacité à combiner efficience et qualité de service, tout en gérant de manière proactive les défis liés à la mise en œuvre d'une telle réorganisation. En revanche, les modèles plus centralisés ou intégrés rapidement montrent les risques associés à une approche plus radicale, qui peut provoquer des résistances plus fortes ou des difficultés d'adaptation pour les personnels.

Pour le CHEG, s'inspirer du modèle de B. apparaît comme une option particulièrement pertinente, notamment en raison de la proximité des contextes organisationnels et culturels des deux établissements. En mettant l'accent sur une transition progressive, une formation adaptée des personnels, et une gestion attentive des défis spécifiques à la mutualisation, le CHEG pourrait non seulement réussir la réorganisation de son plateau de consultations, mais aussi poser les bases d'une amélioration continue de la qualité de ses services.

2.2 Proposition d'une mutualisation optimisée des consultations : opportunités, défis et facteurs clés d'une transformation réussie

2.2.1 Évaluation SWOT du projet de mutualisation des consultations

La mise en place d'un projet de mutualisation des salles de consultation au CHEG présente un ensemble de forces, de faiblesses, d'opportunités et de menaces qu'il est crucial d'analyser afin de garantir le succès de l'initiative. Cette analyse stratégique, souvent désignée sous l'acronyme SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), permet d'identifier les éléments internes et externes qui pourraient influencer la réussite du projet.

L'un des atouts majeurs du projet de mutualisation repose sur la flexibilité qu'il offre en termes de gestion des ressources. En centralisant la gestion des salles de consultation, le CHEG peut optimiser l'utilisation de ses infrastructures, réduisant ainsi les périodes d'inoccupation et améliorant l'efficacité opérationnelle. De plus, la mise en place d'une gouvernance partagée, inspirée du modèle du CH de B., permet une meilleure coordination entre les différents services, facilitant ainsi l'allocation des créneaux de consultation en fonction des besoins réels et objectifs sur la base d'indicateurs. Ce cadre de gouvernance renforce également la coopération interprofessionnelle, élément essentiel pour la réussite d'un tel projet. Enfin, l'intégration d'outils numériques pour la réservation des salles et la

programmation des vacations constituent d'autres points forts, offrant à la fois souplesse et accessibilité aux praticiens.

Toutefois, ce projet n'est pas exempt de défis. L'une des principales faiblesses réside dans la résistance au changement, un phénomène courant dans les projets de réorganisation. Les professionnels de santé, habitués à des modes de fonctionnement traditionnels, pourraient éprouver des réticences à adopter de nouvelles pratiques, notamment en ce qui concerne la mutualisation des ressources. De plus, la mise en place d'une gestion centralisée nécessite une communication claire et continue pour éviter les malentendus et garantir l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Un autre point faible pourrait être la polyvalence des secrétariats médicaux, qui pourrait s'avérer insuffisante face aux exigences accrues liées à la gestion centralisée des consultations. Les secrétaires rattachées à la plateforme d'appels sont particulièrement concernées. Le manque de formation et d'accompagnement dans ce contexte pourrait entraver la réussite du projet.

Le projet de mutualisation ouvre également la voie à de nombreuses opportunités. En améliorant la gestion des ressources, le CHEG pourrait accroître sa capacité à répondre à la demande croissante en consultations spécialisées, en développant des activités déjà présentes ou non, optimisant ainsi l'accès aux soins pour les patients. Par ricochet, le développement de l'activité de consultation entraînerait mécaniquement une augmentation de l'activité d'hospitalisations programmées. Par ailleurs, la mutualisation des salles pourrait favoriser l'innovation organisationnelle, notamment en permettant le développement de nouveaux services ou consultations interdisciplinaires. Cette approche pourrait également améliorer l'image de l'établissement, en le positionnant comme un hôpital moderne et performant, capable d'attirer de nouveaux praticiens et de fidéliser les patients. Enfin, la mutualisation pourrait générer des économies d'échelle significatives, en rationalisant l'utilisation des espaces et en réduisant les coûts associés aux doublons de ressources.

En dépit de ces opportunités, certaines menaces doivent être prises en compte. La principale réside dans le risque de saturation des salles de consultation, en particulier si la demande dépasse les prévisions initiales. De même, une augmentation de l'activité d'hospitalisations pourrait entraîner une montée en charge qu'il serait nécessaire de préparer pour éviter un dépassement des capacités. Aussi, une mauvaise gestion des plannings pourrait alors entraîner des retards, l'insatisfaction des patients et une dégradation de la qualité des soins. De plus, la complexité administrative liée à la gestion centralisée pourrait alourdir les processus, rendant le système moins réactif aux besoins immédiats des praticiens. De plus, le développement et la mise en place de la plateforme

de gestion centralisée, qui induit le déploiement d'outils informatiques ainsi que la formation continue du personnel, représentent des coûts initiaux significatifs. Enfin, des tensions interprofessionnelles pourraient émerger, notamment si certaines spécialités ou praticiens perçoivent une iniquité dans la répartition des créneaux de consultation.

Récapitulatif SWOT analysis de l'organisation cible

Forces	Faiblesses
Flexibilité et optimisation des ressources	Résistance au changement
Gouvernance partagée et coordination renforcée	Communication et adhésion des acteurs
Outils numériques pour la réservation et la programmation	Polyvalence et formation des secrétariats médicaux
Opportunités	**Menaces**
Amélioration de l'accès aux soins et innovation organisationnelle	Risque de saturation des salles de consultation
Positionnement de l'hôpital comme établissement moderne	Complexité administrative accrue
Économies d'échelle	Tensions interprofessionnelles

2.2.2 Les facteurs clés de succès et les écueils à éviter pour réussir la transformation

La réussite de la mutualisation des salles de consultation au CHEG repose sur une série de conditions préalables et de stratégies d'accompagnement, tout en étant exposée à des obstacles potentiels qu'il convient d'anticiper et de gérer avec solidité.

Pour que le projet de mutualisation puisse se dérouler avec succès, il est essentiel d'assurer un pilotage rigoureux et une coordination efficace des différentes parties prenantes. La mise en place d'une gouvernance claire, incarnée par un trinôme représentatif (cadre supérieur de santé, médecin coordonnateur, responsable des secrétariats / BE), sera cruciale pour garantir la cohésion et l'alignement des objectifs. Ce modèle de gouvernance, déjà expérimenté avec succès dans d'autres établissements comme le CH de B., a démontré sa capacité à maintenir un dialogue constant entre les différents acteurs, réduisant ainsi les risques de conflits d'intérêt et assurant une prise de décision rapide et éclairée. Un soutien affirmé de la direction sera indispensable pour impulser et légitimer le changement, ainsi que pour mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du projet.

Dans son intégration à la future structure prévue en 2031, l'organisation et l'architecture devront être modulables et adaptables au développement d'activités et à l'intégration de nouvelles activités. Le futur plateau de consultations devra être flexible pour favoriser le développement d'activité et satisfaire les demandes de nouvelles vacations ou d'augmentation des vacations de la part des médecins, lorsque c'est justifié, pour qu'ils conservent un intérêt à conserver ce modèle d'organisation.

De plus, la formation continue et l'accompagnement des équipes seront déterminants pour favoriser l'adhésion des personnels médicaux et administratifs. L'adaptation des compétences des secrétaires médicales, par exemple, est une condition sine qua non pour que celles-ci puissent évoluer vers un rôle plus polyvalent, alliant des missions de front-office et de back-office. Cette polyvalence sera d'autant plus nécessaire dans un contexte de gestion centralisée des consultations, où la flexibilité et l'efficacité sont indispensables.

Une autre condition clé de succès réside dans la communication interne. La diffusion d'informations claires, transparentes et régulières sur l'avancée du projet permettra de maintenir l'engagement des équipes et de désamorcer les éventuelles réticences. Un plan de communication bien structuré, assorti d'actions de sensibilisation et de réunions régulières, est indispensable pour éviter les incompréhensions et renforcer la confiance des professionnels dans ce nouveau modèle d'organisation.

Enfin, la correction du fichier structure et l'amélioration de la fiabilité du fichier de RTC est un prérequis à mettre en œuvre rapidement pour éclairer les décisions à prendre. Aussi, l'adoption d'outils numériques adaptés, notamment pour la programmation des vacations et la réservation des salles, représente un levier important pour fluidifier les processus et maximiser l'utilisation des ressources. Ces outils doivent être faciles d'accès et d'utilisation, tout en étant intégrés au système d'information existant pour assurer une gestion harmonieuse et sans rupture.

Malgré ces leviers de succès, plusieurs obstacles pourraient freiner la mise en œuvre du projet de mutualisation. Le premier d'entre eux est la résistance au changement, qui pourrait se manifester sous diverses formes, allant de l'inertie passive à l'opposition active de certains professionnels. Cette résistance est souvent nourrie par la crainte de perdre des prérogatives ou des habitudes bien ancrées. Pour y remédier, il est essentiel de déployer des actions de conduite du changement, en valorisant les avantages du nouveau modèle et en impliquant les professionnels dès les premières phases du projet.
Un autre obstacle réside dans la complexité de la gestion des plannings, qui pourrait engendrer des tensions entre les différentes spécialités ou équipes de soins. La

centralisation des réservations, si elle n’est pas correctement encadrée, pourrait donner lieu à des conflits d’usage des salles, surtout dans les créneaux horaires les plus demandés. Pour éviter cela, il est nécessaire de définir des règles de priorisation claires et acceptées de tous, ainsi qu’un mécanisme d’arbitrage efficace pour résoudre les litiges éventuels.

La gestion des ressources humaines constitue également un défi majeur. Le passage à un modèle de mutualisation implique une redéfinition des rôles et des responsabilités, ce qui peut générer des incompréhensions ou des surcharges de travail si la transition n’est pas suffisamment préparée. L’enjeu sera donc de calibrer avec précision les besoins en personnel, d’anticiper les formations nécessaires et d’assurer une transition en douceur pour éviter tout dysfonctionnement.

Enfin, les contraintes budgétaires et logistiques pourraient constituer un frein au déploiement du projet. La mise en place de nouvelles infrastructures, l’acquisition de logiciels de gestion ou encore la formation des équipes représentent autant d’investissements qui doivent être anticipés et budgétisés. Dans un contexte de tensions financières, la priorisation des actions et la recherche de financements externes devront être envisagées pour garantir la viabilité financière du projet.

3 Proposition de réorganisation et calendrier de mise en œuvre

3.1 Vers une réorganisation optimale : Plan stratégique pour le plateau de consultations

3.1.1 Un nouveau modèle organisationnel pour le CHEG : Rationalisation et performance

En s'appuyant sur l'analyse du SWOT du plateau de consultations du CHEG et en ayant identifié ses marges de progrès en comparaison d'autres modèles existants, un modèle propre à lui-même peut émerger. Il sera mis en place progressivement pour faciliter son appropriation par les usagers et les professionnels afin d'aboutir à un modèle finalisé lors de l'emménagement dans les locaux du nouvel hôpital.

Sur le plan stratégique, la mutualisation des salles de consultation repose sur une organisation flexible et centrée sur les patients, permettant une utilisation maximale des infrastructures disponibles. Cette approche vise à éliminer les périodes d'inactivité des salles, à réduire les délais d'attente pour les patients et à augmenter la capacité de prise en charge du CHEG. L'objectif est de créer un environnement où les ressources sont partagées de manière équitable entre les différentes spécialités, en fonction des besoins réels et des priorités de santé publique.

Le modèle repose sur trois piliers principaux : une gouvernance forte, une programmation centralisée des consultations, et une polyvalence accrue des équipes administratives. La gouvernance sera assurée par un trinôme composé d'un cadre supérieur de santé, d'un médecin référent et du responsable des secrétariats / BE. Ce trinôme aura pour mission de superviser la mise en œuvre du projet, d'arbitrer les conflits éventuels et de veiller au respect des règles de mutualisation.

La centralisation de la programmation des vacations permettra de maximiser l'utilisation des salles, en assurant une répartition équitable des créneaux horaires entre les différentes spécialités. Cette centralisation sera facilitée par l'adoption d'une plateforme numérique dédiée, qui offrira aux professionnels de santé une visibilité en temps réel sur la disponibilité des salles et les possibilités de réservation. Ce système permettra également de mieux anticiper les besoins en fonction des variations saisonnières de l'activité et des pics de demande.

D'un point de vue opérationnel, la réussite de ce modèle repose plusieurs points essentiels à développer, selon leur priorité et leur échéance de mise en œuvre.

Le renforcement de la **gouvernance** et du **pilotage du plateau de consultations** permettrait d'améliorer la coordination des acteurs et facilitera la transition vers un modèle cible :

- Proposition n°1 : installer une Unité de Programmation de l'Activité de Consultation (UPAC). A l'image de l'Unité de Programmation d'Accueil et de Régulation de l'Activité Chirurgicale (UPARAC) dont elle s'inspire, cette unité serait coordonnée par la référente du secrétariat du plateau de consultations. Celle-ci aura pour but de planifier l'attribution des salles à chaque médecin selon les spécialités et sur les vacations identifiées et ouvertes en « conseil de plateau de consultations ». La coordinatrice de cette unité, qui devra y dédier 100 % de son temps à son rôle de référente, aurait également pour rôle de recenser toutes les périodes d'absence programmées des médecins, d'émettre des propositions de programmation en « conseil de plateau de consultations » et d'émettre des avis sur l'organisation en place.
- Proposition n°2 : installer un bureau d'arbitrage qui serait inspiré du BRAS présent au CH de B. Il jouerait un rôle crucial pour résoudre les différends qui pourraient survenir entre les différents acteurs. Ce bureau aurait pour mission de s'assurer que les règles de mutualisation sont respectées et que les décisions prises sont justes et transparentes. Il serait composé du médecin coordonnateur, de la cadre responsable des secrétariats et du cadre supérieur de santé référent du pôle CARC.
- Proposition n°3 : constituer un COPIL et constituer des groupes de travail interprofessionnels pour faire émerger un consensus sur l'organisation à adopter et pour veiller à ce que le projet soit porté par un collectif engagé. Les groupes de travail pourraient notamment porter, par exemple, sur l'organisation du parcours des patients, le plan de formation, les solutions informatiques les plus adaptées aux besoins.
- Proposition n°4 : installer un « Conseil du plateau de consultations » qui serait animé par le médecin coordonnateur. Son objet serait de débattre et de faire valider les propositions émises par la coordinatrice de l'UPAC et relatives à la répartition des TVO attribués mensuellement pour chaque spécialité. Cette planification tiendra compte de l'arrivée de nouveaux médecins, des périodes de congé des médecins et des doléances relatives au souhait de développer une activité et de disposer de TVO supplémentaires. In fine, c'est le bureau d'arbitrage qui arbitrerait en cas de différends entre médecins.
- Proposition n°5 : identifier et nommer le médecin coordonnateur du plateau sur la base du volontariat. Ce médecin pourrait être le médecin consultant qui a été interviewé, le Docteur A. Son rôle sera d'animer le conseil du plateau de consultations, de participer au règlement des différends au sein du BRAS et d'être

porteur de projets qui aboutiront vers le nouveau modèle. Il serait également en charge de recueillir les doléances des médecins et de régler les différends qui se présenteraient.

- Proposition n°6 : identifier des médecins référents par spécialité. Ils seront les interlocuteurs privilégiés du médecin coordonnateur pour centraliser les demandes et doléances.
- Proposition n°7 : rédiger une charte qui établirait les « règles du jeu » encadrant l'organisation du plateau de consultations.
- Proposition n°8 : renforcer, valoriser et légitimer l'encadrement du secrétariat. Promouvoir la coordinatrice des secrétariats sur le grade d'Attaché d'administration hospitalière, qui est également la responsable du BE, serait cohérent. Ses responsabilités le justifient. Par ailleurs, pour que la référente des secrétaires soit légitime dans son rôle auprès de ses collègues de travail, il serait nécessaire que le lien fonctionnel actuel évolue également en lien hiérarchique. Elle devrait également consacrer 100 % de temps de travail à ce rôle auquel sont rattachées des responsabilités le justifiant. Ce renforcement permettrait de soulager la responsable des secrétariats médicaux sur des activités qu'elle déléguerait à cette référente (entretien des évaluations annuelles, élaboration des plannings, gestion de l'absentéisme, coordination de l'arrivée de nouveaux médecins consultants, extraction de données et pré-analyse des indicateurs de performance constatés).
- Proposition n°9 : redéfinir le rôle des cadres et des référents et simplifier les processus. Par exemple, dans le nouveau modèle, il ne sera pas utile de conserver des activités redondantes réalisées par les référentes (IDE et secrétariat), en particulier, la programmation des vacations et l'attribution des salles de consultations aux médecins. Ainsi, seule, la référente des secrétariats serait en charge de cette mission.
- Proposition n°10 : formaliser cette organisation lors de la rédaction du prochain projet d'établissement ainsi que dans la prochaine révision du règlement intérieur.
- Proposition n°11 : acquérir un logiciel de programmation des vacations offrant une vision en temps réel des vacations libres et occupées aux acteurs du plateau de consultations : médecin coordonnateur, médecins consultants, responsable des secrétariats médicaux, coordinatrice de l'UPAC, secrétaires, cadre supérieur de santé du pôle CARC et l'IDE référente. Au préalable, il serait opportun de vérifier si une évolution du DPI permet cela, à l'image du module disponible pour la programmation des vacations du bloc opératoire utilisé par l'UPARAC.

La **polyvalence** et l'**adaptabilité des secrétaires médicales** seraient à renforcer pour leur permettre d'assurer des activités plus variées sur davantage de disciplines médicales.

- Proposition n°12 : constituer 3 pools de secrétaires médicales. Cette organisation consiste à regrouper les secrétaires en équipes spécialisées, chacune de ces équipes étant responsable d'une activité spécifique : la frappe (courriers, documents médicaux, etc.), l'accueil physique des patients et la gestion des RDV. La rotation des secrétaires sur ces différentes activités se réaliserait par roulement, sur des demi-journées, pour éviter le sentiment de monotonie, garantissant ainsi une flexibilité et une adaptation aux fluctuations de la demande tout en optimisant les ressources humaines disponibles.
- Proposition n°13 : réviser les fiches de postes des secrétaires pour les faire correspondre aux attendus du nouveau modèle. Par exemple, pour les secrétaires rattachées à la plateforme d'appels, le développement de leur polyvalence sera une exigence à formuler. Aussi, pour simplifier le parcours des patients, les secrétaires rattachées au plateau de consultations pourraient être chargées de réaliser une mission supplémentaire : l'admission des patients. Pour favoriser leur soutien et l'approbation des organisations syndicales, plusieurs leviers liés à la qualité de vie au travail pourraient être mobilisés, notamment l'attribution de la Nouvelle Bonification Indiciaire ou l'autorisation à bénéficier du télétravail lorsque c'est possible.
- Proposition n°14 : unifier les équipes de secrétaires médicales rattachées aux consultations de toutes les spécialités qui seront présentes sur le plateau de consultations lors de l'ouverture du Nouvel hôpital. Cette étape ne sera réalisable progressivement qu'avec le déplacement de salles de consultations actuellement situées dans les étages vers le plateau de consultations du RDC.
- Proposition n°15 : mettre en œuvre un plan de formation. Un programme global de formation serait à dispenser aux secrétaires pour élargir leurs compétences à davantage d'activités et de disciplines. Un programme spécifique serait dispensé aux secrétaires de la centrale d'appels, afin qu'elles soient en mesure de prendre en charge des activités de frappe et de gestion des RDV, en complément de leurs activités actuelles. Par ailleurs, la secrétaire référente du plateau de consultations en charge de l'UPAC pourrait être formée sur ses nouvelles missions ainsi que sur les outils informatiques qui seraient déployés.

L'organisation devrait évoluer afin de bâtir un **nouveau modèle éprouvé, plus performant et adapté au CHEG** :

- Proposition n°16 : mutualiser l'utilisation des salles de consultations les moins occupées. Afin de garantir une transition en douceur vers ce nouveau modèle, des mesures progressives sont recommandées. Par exemple, la mutualisation commencerait par les salles dont le taux d'occupation est le plus faible, permettant

ainsi de tester et d'ajuster le système avant une généralisation à l'ensemble des consultations.

- Proposition n°17 : élargir les horaires d'ouverture des consultations. Cette proposition permettrait d'offrir davantage de temps de vacations aux médecins et améliorera l'accès aux soins des usagers qui ne peuvent se rendre à un RDV médical sur les créneaux horaires actuellement offerts et limités. Cette extension générerait certainement davantage d'activité. Cela demandera de modifier les maquettes organisationnelles des PM et des personnels non-médicaux. Un travail de dialogue est à mener avec les professionnels et également avec les organisations syndicales.
- Proposition n°18 : synchroniser les temps de travail des professionnels rattachés au plateau de consultations. Les IDE, les secrétaires et les médecins devront être présents sur les mêmes amplitudes horaires afin de garantir un service rendu optimal.
- Proposition n°19 : consolider la zone de recrutement des patients sur le territoire aubagnais à ses abords et l'élargir à d'autres zones accessibles. Pour développer un réseau de confiance, le PCME et la Direction pourraient impulser une dynamique de coopération avec la médecine de ville, notamment dans les communes de La Bouilladisse, Peypin, La Destrousse, Roquefort-La-Bédoule, Ceyreste, ou encore à Gréasque et Mimet qui sont à équidistance du CH du Pays d'Aix.
- Proposition n°20 : mettre en place des actions pour lutter contre les défections de patients. Ces actions devraient porter en priorité sur les disciplines les plus concernées. Par exemple en y intégrant un SMS de rappel automatique si besoin, ou par l'ajout d'un SMS supplémentaire s'il existe déjà, par des rappels de RDV par téléphone et/ou par du surbooking (par exemple, à hauteur de 6 %, ce qui correspond au taux de défection au CHEG).
- Proposition n°21 : prévoir la modularité de l'architecture du nouvel hôpital. Cette flexibilité offrira la possibilité au CHEG de proposer assez de vacations aux médecins, des locaux adaptés et des flux qui soient aisément absorbés dans le cadre du développement de nouvelles activités.
- Proposition n°22 : estimer les coûts financiers globaux de la mise en place du nouveau modèle organisationnel du plateau de consultations du CHEG en collaboration avec la DAF. L'objectif de cette proposition est de mener une estimation exhaustive des coûts associés à chaque aspect de la réorganisation (les travaux d'aménagement des espaces de consultation, l'achat de nouveaux équipements, la mise en place d'outils numériques de gestion, ainsi que la formation des équipes). La DAF, en lien avec les directions fonctionnelles concernées

évaluera ces coûts en se basant sur des devis actualisés, des estimations réalistes, et des benchmarks de projets similaires dans d'autres établissements.

Le CHEG pourrait davantage tenir compte de **l'expérience patient** pour améliorer les conditions d'accueil et le service rendu aux usagers :

- Proposition n°23 : faciliter leur stationnement et leur accès à l'établissement en prenant en charge les frais de stationnement des patients qui viennent consulter.
- Proposition n°24 : créer un point d'accueil / admission / secrétariat unique. L'objectif est de réduire les délais de prise en charge et le nombre de points d'attente. Pour les secrétaires, cette simplification permettrait de donner davantage de sens à l'accueil du patient dont elle traitera le dossier de manière complète. Au BE, cela permettrait de réduire l'affluence patient et dégagerait davantage de temps aux agents pour qui le consacreraient à la gestion des dossiers d'hospitalisation et de contentieux, où les enjeux financiers sont plus importants. Pour les patients, cette simplification de parcours améliorerait la qualité du service qui leur est rendu. Leur satisfaction devrait s'en trouver améliorée.
- Proposition n°25 : simplifier le parcours patient en développant de manière massive l'automatisation des préadmissions. En parallèle, un SMS pourrait être envoyé au patient préadmis en consultation, lorsqu'il remplit les conditions, afin de l'informer que son passage au BE est inutile est qu'il peut se rendre directement au secrétariat du plateau de consultations.
- Proposition n° 26 : évaluer périodiquement la satisfaction des patients et des professionnels. A la suite de ces évaluations et de leur analyse, des actions correctrices pourraient être engagées pour corriger les écarts constatés.

Pour optimiser la **gestion des flux et la logistique**, le CHEG pourrait entreprendre des mesures supplémentaires :

- Proposition n°27 : revoir la signalétique et l'adapter au nouveau fonctionnement. Porter une réflexion sur celle qui serait à déployer sur le nouveau site.
- Proposition n°28 : réaliser un état des lieux des locaux disponibles et recenser ceux qui pourraient être optimisés en raison de leur non-utilisation ou de leur sous-utilisation.
- Proposition n°29 : centraliser la gestion de la remise des clés des salles de consultations. Il serait opportun que les médecins ne conservent plus les clés d'accès aux salles de consultation. Ce serait, par exemple, la référente du plateau de consultations, ou une secrétaire qui la supplée en cas d'absence, qui déverrouillerait les salles le matin et les verrouilleraient en fin de la journée.

Enfin, un **suivi** régulier et rigoureux de l'activité serait à entreprendre, fondé sur des indicateurs de performance clairement définis et partagés. Ces indicateurs seraient communiqués lors du « conseil du plateau de consultations », du Directoire et de la CME, afin de maintenir l'engagement et l'adhésion des professionnels au projet.

- Proposition n°30 : améliorer la fiabilité des données issues du RCT et toiletter le fichier structure pour permettre une prise de décision éclairée de la Direction.
- Proposition n° 31 : élaborer un tableau de bord incluant des objectifs à atteindre ainsi que des indicateurs de routine globaux et les décliner par salle/discipline. Ce tableau de bord pourrait inclure des indicateurs tels que : le nombre de consultations ; le TVO et le TROS ; le taux de réponse aux appels entrants/mails reçus ; le taux de recrutement de patients sur une hospitalisation après une consultation ; le temps moyen d'une consultation ; le taux de satisfaction des usagers et des professionnels ; le délai pour obtenir un RDV (Annexe 14 : Proposition de tableau de bord du plateau de consultations intégrant des indicateurs de routine).

En somme, ce modèle propose une approche progressive, mesurée et réaliste, visant à transformer l'organisation des consultations au CHEG. L'objectif est d'atteindre une mutualisation efficace des ressources d'ici l'ouverture du nouvel hôpital prévue en 2031, en s'assurant que l'organisation en place soit pleinement opérationnelle et capable de répondre aux exigences de la future infrastructure hospitalière.

3.1.2 Planification et ressources pour une mise en œuvre progressive et maîtrisée

La mise en place du modèle de mutualisation des salles de consultation au CHEG requiert une planification minutieuse, assortie de ressources adéquates pour garantir son succès.

Le calendrier de mise en œuvre s'étendra sur plusieurs phases, chacune étant conçue pour assurer une transition progressive et maîtrisée vers le nouveau modèle organisationnel. La construction d'un diagramme de GANTT permet de visualiser les échéances de mise en œuvre des propositions soumises précédemment ainsi que d'identifier la direction fonctionnelle / l'acteur qui en portera la responsabilité (Annexe 15 : Calendrier de mise en œuvre du plan d'actions pour l'adoption du nouveau modèle du plateau de consultations au CHEG).

La mise en œuvre de ce projet ne nécessitera pas un investissement significatif en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Les principaux coûts associés porteront sur les domaines suivants :

• Formation et accompagnement des équipes : Le budget consacré à la formation continue devra concerner les pilotes du plateau de consultations (médecin coordonnateur, IDE référence, secrétaire médicale référente), les médecins consultants, les IDE, les secrétaires médicales et les agents du concernés. La somme allouée devra inclure les coûts des formateurs, des supports pédagogiques, et des éventuelles formations externes.

• Déploiement des outils numériques : Le développement et le déploiement de la plateforme numérique, ainsi que l'accompagnement technique par des formateurs externes seront à financer. Le budget devra inclure les licences, les coûts de maintenance et l'assistance technique initiale. Un cahier des charges servira de support pour recenser les besoins du CHEG en la matière.

• Adaptation des infrastructures : Les investissements à porter sur les aménagements des salles de consultations, y compris l'achat de nouveaux équipements et l'installation de logiciels, seront à estimer. Ce montant devra également couvrir les coûts liés à l'adaptation des infrastructures pour accueillir le nouveau modèle organisationnel.

Pour financer ces coûts, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

• Appels à projets nationaux et régionaux : répondre aux appels à projets de l'ARS et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) permettrait de bénéficier de financements destinés à soutenir les projets innovants d'amélioration de la qualité des soins et d'efficience des organisations hospitalières.

• Mécénat et partenariats privés : mobiliser des partenaires locaux intéressées par le soutien aux initiatives de santé publique, peut apporter un complément de financement. Ce mécénat pourrait prendre la forme de dons, de financements de projets spécifiques (par exemple l'équipement des salles ou l'achat de logiciels), ou de soutien à la formation des équipes.

• Demandes de financement auprès de l'ARS et de l'ANAP : une demande de financement ciblée auprès de l'ARS et de l'ANAP, justifiant la pertinence et l'impact attendu de ce projet sur l'amélioration des soins, pourrait également permettre de couvrir une partie des coûts, notamment ceux liés à l'acquisition de matériel et aux infrastructures.

3.2 Stratégie de communication et de formation : Mobiliser et accompagner les équipes

3.2.1 Adapter l'infrastructure hospitalière de demain à la nouvelle organisation du CHEG

Pour garantir l'adhésion et l'engagement des équipes au projet de mutualisation des salles de consultation, il est essentiel de concevoir un plan de communication et de formation intégré qui soit à la fois inclusif et adaptable aux besoins spécifiques de chaque groupe professionnel. Ce plan devra répondre aux enjeux de concertation et de sensibilisation, tout en renforçant les compétences des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du nouveau modèle organisationnel.

Tout d'abord, dans le cadre du **plan de communication**, l'annonce et la discussion en Comité de Direction marqueront le lancement officiel du projet. Cette réunion réunira les membres de la Direction pour les informer des détails du projet et ouvrir le débat sur ses implications. Les Directeurs des directions fonctionnelles seront ainsi mieux préparés à mobiliser les ressources nécessaires et à anticiper les défis qui pourraient surgir. Cette étape est cruciale pour garantir une adhésion et une réactivité optimale de l'ensemble des services concernés.

Simultanément, un dialogue entre la cheffe d'établissement et le PCME sera engagé. Cette discussion permettra de préparer le représentant de la communauté médicale, qui jouera un rôle clé dans la communication interne. L'implique dès le début, c'est faciliter son rôle de relais d'informations et d'apaisement des inquiétudes potentielles au sein de la communauté médicale, évitant ainsi toute incompréhension ou confusion.

L'annonce officielle du projet interviendra ensuite au sein des instances telles que la Commission Médicale d'Établissement (CME) et le Directoire. Ces réunions constitueront des plateformes pour diffuser largement l'information et permettre un débat constructif. Les membres de ces instances, en tant que relais essentiels de l'information, pourront ensuite diffuser les détails du projet au sein de leurs réseaux respectifs, garantissant ainsi une communication homogène et bien coordonnée.

Pour assurer un suivi rapproché du projet, des réunions d'information ciblées seront organisées sous forme de Comités de Pilotage (COPIL) et de « réunions consultations ». Le COPIL se réunira une fois par trimestre et inclura un membre de la Direction, le Directeur du pôle CARC, ainsi que le médecin référent, l'IDE coordinatrice, la responsable des secrétariats et le responsable du service informatique. Le PCME pourra également y

participer s'il le souhaite. L'objectif de ces réunions sera d'élaborer et d'ajuster la stratégie de mise en œuvre du projet, tout en assurant un suivi régulier via l'analyse du tableau de bord, réalisé par le contrôle de gestion.

L'une des premières étapes du plan consistera à constituer des groupes de travail interdisciplinaires. Ces groupes seront chargés de favoriser le dialogue et d'encourager une concertation approfondie autour de l'organisation optimale à mettre en place pour le CHEG. Leur objectif sera d'établir un consensus sur les meilleures pratiques et sur les modalités de réorganisation des parcours patients, tout en abordant des questions stratégiques telles que les solutions informatiques les plus adaptées ou encore les besoins de formation continue. En créant un espace de discussion et de débat entre les médecins, les secrétaires médicales, les cadres de santé et les personnels administratifs, ces groupes permettront de garantir que chaque acteur se sente impliqué et entendu dans le processus de transformation.

Pour assurer le pilotage opérationnel du dispositif, les « réunions consultations », organisées chaque semaine, joueront un rôle similaire à celui des « réunions bloc opératoire ». Elles permettront de planifier les vacations, de fixer les plannings hebdomadaires et d'attribuer les salles de consultation. Ces réunions seront également l'occasion pour les médecins consultants d'exprimer leurs préférences et de discuter des ajustements nécessaires, garantissant ainsi une flexibilité adaptée aux besoins de chacun.

La communication avec l'ensemble du personnel sera également un aspect fondamental. La Directrice des soins informera les cadres de santé lors des « réunions cadres de santé », tandis que la responsable des secrétariats tiendra des réunions d'équipe ou des échanges individuels pour informer ses équipes. Enfin, une communication globale sera réalisée par la Direction Générale à travers un mail adressé à tous les agents du CHEG et via « Le journal d'Edmond », la newsletter mensuelle de l'établissement.

En parallèle, un **plan de formation** sera conçu pour accompagner chaque groupe professionnel dans l'adoption des nouveaux outils et méthodes. Les formations seront structurées en plusieurs modules adaptés aux besoins spécifiques des médecins, infirmiers, secrétaires médicales, et autres personnels concernés. Un volet essentiel de ce plan portera sur la formation des secrétaires médicales, qui joueront un rôle central dans le nouveau modèle. La formation proposée sera conçue pour les préparer aux nouvelles missions qui leur seront confiées et répondre aux exigences du nouveau modèle d'organisation. Les secrétaires de la plateforme d'appels, par exemple, recevront une formation spécifique pour les préparer aux activités de frappe et d'accueil / orientation. Afin

de lever les craintes liées à une expertise trop restreinte dans une discipline spécifique, des journées d'immersion seront également proposées. Ces immersions permettront aux secrétaires de découvrir d'autres disciplines, d'acquérir une compréhension plus large des pratiques médicales et de développer une certaine polyvalence qui facilitera leur adaptation aux nouvelles exigences de l'organisation.

Pour soutenir ces efforts de formation, un accent particulier sera mis sur l'apprentissage de l'admission administrative, une activité clé dans le nouveau modèle organisationnel. Les secrétaires médicales devront maîtriser les compétences nécessaires pour réaliser ces admissions de manière efficace, en veillant à garantir l'intégrité des données des patients et à éviter les erreurs liées à la gestion administrative des dossiers patients. Cela inclut une formation approfondie sur l'utilisation du logiciel de GAM, sur l'identitovigilance, sur la compréhension motifs de blocage des dossiers avant leur envoi en facturation, ainsi que sur les procédures d'encaissement si la Direction décide d'installer une régie au sein du secrétariat du plateau de consultations.

Les cadres de santé et les PM seront également formés à la gestion des consultations dans un environnement mutualisé, avec une attention particulière portée à la collaboration interdisciplinaire et à l’utilisation des nouvelles technologies.

Ces plans de communication et de formation reposent sur une dynamique de changement participatif, où chaque professionnel est acteur du processus. À travers une approche intégrée, qui combine concertation, renforcement des compétences et immersion dans différentes pratiques, ce plan vise à garantir une transition fluide vers le nouveau modèle organisationnel et à renforcer la cohésion et l'efficacité des équipes du CHEG.

3.2.2 Intégration du nouveau modèle dans la future infrastructure hospitalière prévue pour 2031

L'intégration du nouveau modèle d'organisation du plateau de consultations dans la future infrastructure hospitalière prévue pour 2031 constitue une opportunité stratégique pour moderniser l’organisation des soins ambulatoires et répondre aux défis futurs. Elle repose sur plusieurs ajustements stratégiques et opérationnels, destinés à assurer une continuité de service optimale tout en s'adaptant aux nouveaux espaces et aux besoins émergents des patients et des professionnels de santé. Ce projet doit être minutieusement intégré dès la phase de conception architecturale pour garantir une adaptation optimale aux évolutions des pratiques médicales et aux besoins des patients.

La première étape de cette intégration consistera à supprimer le point d'accueil et d'orientation centralisé du secrétariat actuel, Pour répondre aux besoins de rationalisation et d'efficacité, les fonctions de secrétariat seront mutualisées entre 4 modules : chaque secrétariat prendra en charge deux de ces modules et comprendra deux postes en front-office pour les entrées et les sorties des patients, ainsi que deux postes en back-office dédiés à la frappe de comptes-rendus, à la gestion du courrier et des emails. Cette organisation optimisée sera renforcée par l'ajout de quatre à six postes à la plateforme téléphonique pour faciliter la prise de RDV et les échanges avec les patients ainsi qu'un poste d'IDE par module.

En termes d'infrastructure, les salles de consultation modulaires représenteront l'un des principaux axes de cette transformation (Annexe 16 : Prévisionnel des locaux dédiés à l'activité de consultation et soins externes du CHEG au sein du PNH). Conçues pour être facilement configurables, ces salles permettront une flexibilité maximale, répondant ainsi aux besoins changeants des différentes spécialités médicales. L'intégration de cloisons mobiles dans ces espaces permettra de moduler l'aménagement en fonction des évolutions des pratiques médicales, offrant ainsi une adaptabilité sans précédent. Cette flexibilité permettra d'optimiser l'utilisation des espaces, tout en assurant que chaque service dispose des ressources nécessaires pour offrir des soins de qualité.

Le nouveau plateau de consultations sera structuré autour de modules spécialisés de 4 salles de consultation chacune, répondant aux besoins spécifiques de chaque discipline. Ainsi, le module de chirurgie comprendra une salle de soins et une salle de suture, tandis que le module de médecine générale disposera d'une salle de soins positionnée entre deux salles de consultations pour optimiser les flux de patients. Des aménagements similaires seront réalisés pour les autres spécialités, comme l'orthopédie, la gynéco-obstétrique, ou encore la dermatologie, avec des espaces adaptés aux équipements spécifiques et aux interventions spécialisées, tels que des salles de laser, de photothérapie dynamique ou de lumière ultraviolette.

Les besoins particuliers des autres disciplines seront également pris en compte dans la nouvelle infrastructure. Pour les consultations d'HDJ en médecine, par exemple, des espaces dédiés comprenant une salle de consultation et une salle de soins équipée d'une gare pneumatique pour l'envoi des prélèvements de chimiothérapie seront créés, avec un bureau infirmier capable d'accueillir trois postes et une salle d'attente d'une capacité de 15 à 16 personnes, ainsi que deux brancards simultanément. Ces aménagements viseront à améliorer le taux de rotation des patients tout en garantissant une proximité optimale avec

les unités d'HDJ médecine. Pour d'autres disciplines, comme l'addictologie, la cardiologie ou l'urologie, des espaces spécialisés et modulaires seront également prévus pour répondre aux besoins de soins et de consultations variés, allant des salles d'échographie cardiaque, aux salles dédiées aux cystoscopies et aux bilans urodynamiques.

L'intégration de technologies avancées dans cette nouvelle infrastructure jouera également un rôle crucial. Les dispositifs numériques installés dans les salles de consultation permettront de renforcer l'efficience des soins. Par exemple, des outils de téléconsultation et des systèmes d'interfaces de partage instantané de dossiers médicaux seront déployés pour faciliter la collaboration entre les professionnels et améliorer la qualité des soins. De plus, un système de gestion des flux de patients basé sur l'intelligence artificielle optimisera l'utilisation des salles en temps réel, garantissant une gestion plus fluide et réactive des consultations.

La planification de ces aménagements devra tenir compte des résultats des travaux menés lors des Groupes de Travail Utilisateurs et du Plan Technique Détaillé, afin d'intégrer au mieux les contraintes et les opportunités identifiées. En rationalisant les espaces et en optimisant l'affectation des ressources, cette intégration permettra non seulement de préparer efficacement le CHEG à sa nouvelle infrastructure, mais aussi de garantir une continuité de qualité dans les soins prodigués aux patients.

Pour assurer une transition en douceur vers ce nouveau modèle, une phase pilote sera lancée dans les infrastructures actuelles. Cette phase permettra de tester les nouvelles pratiques, d'identifier les ajustements nécessaires, et de préparer les équipes au déploiement à grande échelle dans le nouvel hôpital. Les retours d'expérience de cette phase pilote seront essentiels pour affiner le modèle et assurer une intégration réussie dans la nouvelle infrastructure.

En définitive, l'intégration de ce modèle dans la future infrastructure hospitalière du CHEG s'inscrit dans une vision ambitieuse de modernisation des soins ambulatoires, visant à offrir un environnement optimisé, centré sur le patient et parfaitement adapté aux évolutions technologiques et organisationnelles. Ce projet positionnera le CHEG comme un leader en matière de soins ambulatoires, capable de répondre efficacement aux défis de demain.

Conclusion

La mutualisation des salles de consultation au CHEG constitue une réforme stratégique destinée à répondre aux défis actuels et futurs de l'offre de soins ambulatoires. Ce projet, porteur d'une transformation profonde de l'organisation, vise à optimiser l'utilisation des ressources, améliorer la qualité des soins, renforcer la satisfaction des patients et développer les activités. À travers une approche globale, incluant des changements organisationnels, technologiques, et infrastructurels, le CHEG à l'occasion de se positionner pour devenir un modèle efficace dans la gestion des consultations hospitalières. Le plateau de consultations qui sera installé dans l'infrastructure du nouvel hôpital en sera la vitrine.

L'ensemble des actions décrites dans ce mémoire, qu'il s'agisse du renforcement de la gouvernance et du pilotage, de la réorganisation du secrétariat médicale, de l'optimisation du plateau de consultations, des flux et de la logistique, de l'amélioration de l'expérience patient et du suivi, vise à garantir une mise en œuvre efficace et pérenne de ce projet. La collaboration entre les différents acteurs, la flexibilité des infrastructures, et l'utilisation de technologies avancées sont autant de facteurs clés de succès identifiés tout au long de ce processus.

La réussite de cette réforme nécessitera l'adhésion et l'engagement de toutes les parties prenantes, du personnel soignant aux équipes administratives, en passant par la Direction. Une communication transparente et continue, ainsi qu'une formation adaptée et soutenue, seront essentielles pour maintenir l'implication des équipes et garantir une appropriation rapide des nouvelles pratiques.

En définitive, la mutualisation des salles de consultation représente une opportunité majeure pour le CHEG de renforcer son efficience, de s'adapter aux évolutions du secteur de la santé, et d'offrir aux patients des conditions de prise en charge optimales. Ce projet, ancré dans une vision à long terme, marque une étape décisive dans la modernisation des soins ambulatoires au sein de l'établissement, en accord avec les exigences croissantes de qualité, d'accessibilité, et de durabilité.

En fin de compte, ce projet de réorganisation permettra au CHEG de se préparer efficacement pour l'inauguration de sa nouvelle infrastructure prévue pour 2031, tout en consolidant son rôle dans l'offre de soins sur son territoire.

Bibliographie

1. Rogers E-M., 1962, Diffusion of innovations, Free press of Glencoe

2. Porter, M.E., 1985, Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. Free Press.

3. Rasiel E-M, 1998, The McKinsey way: Using the Techniqes of the World's Top Strategic Consultants to Help You and Your Business, Broche

4. Kubler-Ross E., Kessler D., 2005, Sur le chagrin et sur le deuil : trouver un sens à sa peine à travers les cinq étapes du deuil, JC Lattès

5. Kotter J., 2006, Our Iceberg is melting: changing and succeeding any conditions, First St Martin's press edition

6. Mintzberg, H., 2009,. Managing. Berrett-Koehler Publishers.

7. Lecocq, X., & Demil, B., 2018, Stratégie pour l'hôpital : modèles et pratiques. Presses Universitaires de France.

8. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), 2002, Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ?

9. Donjon A., 2014, Efficience des secrétariats médicaux, des pistes pour la mettre en œuvre, Santé RH, n°58

10. A.P, 2014, Optimiser un plateau de consultations hospitalières, le casse-tête du programmiste, Flores

11. Donjon A., Combier M., 2016, La synchronisation des temps des personnels médicaux et non médicaux, une piste d'efficience, pp.17-19

12. ANAP, 2017, Guides et outils relatifs aux consultations externes et aux secrétariats.

13. Corriol C., Thomas A., Ruat M., Haas P-E., 2017, Réinventer les secrétariats médicaux, Gestions hospitalières, n°569

14. Chouvel R., 2020, Actes et consultations externes à l'hôpital, L'hôpital au rapport, Gestions hospitalières, n° 601, pp.639-641

15. Krief J., Bouhier G., Machat L., 2023, Secrétariats médicaux et digitalisation des pratiques. Supprimer des postes et gagner du temps, vraiment ?, Gestions Hospitalières, n°629

16. Equipe éditoriale MACSF, 2024, MSP : les avantages de la mutualisation des moyens, MACSF

Liste des annexes

Annexe 1 : Locaux dédiés à l'activité de consultations et soins externes du CHEG au sein de la structure actuelle

Synthèse des locaux dédiés l'activité de consulations et soins externes
Structure actuelle

ETAGE	SECTEUR	LOCAUX	NOMBRE DE SALLES	SURFACE DANS OEUVRE (en m²)
R+4	HDJ PNEUMOLOGIE / CARDIOLOGIE CONSULTATIONS EXTERNES	**Cardiologie** -Salle de consultation -Salle d'exploration	4	55
		Pneumologie/allergologie -Salle de consultation -Salle d'exploration	3	30 mutualisé avec la cardiologie
		Gastroentérologie -Salle de consultation	3	94
		Psychologie / addictologie / ELSA -Salle de consultation -Salle de prépartion à l'accouchement	1 1	24
R+3	HOSPITALISATION MEDECINE	**Médecine interne / Médecine polyvalente** -Salle de consultations	2	45
R+2	BLOC OP. CONSULT. EXT.	**Bloc soins externes** -Salle de soins	1	110
R+1	BLOC OBSTETRICAL CONSULT. EXT.	Maternité / Gynécologie / Anesthésie -Salle de consultations -Salle échographie	5 2	443
RDC	CONSULTATIONS - SOINS EXTERNES	**Module chirugie - médecine - exploration** **Orthopédie / Viscéral / Endocrinologie** **Urologie / Otorhinolaryngologie** **Chirurgie orale / Ophtalmologie** **Vasculaire / Néphrologie / Angiologie** **Anesthésie / Laboratoire / Pédiatrie** -Salle de consultations -Salle d'exploration	35	1 250
TOTAL SDO			57	2051

Annexe 2 : Recueil des activités par métier et par secteur d'affectation

Recueil des activités par métier et par secteur d'affectation

Activités \ Métiers	Secrétariats de service (étages R+1 à R+4)	Secrétariat du plateau de consultations	Centrale d'appels	IDE du plateau de consultations	Bureau des entrées	Médecin
Prise de RDV	extérieurs et après une consultation	extérieurs dans certains cas et après une consultation	extérieurs			
Coordination de l'agenda et reports de RDV	☒	☒	☒			
Accueil / orientation des hospitalisés	☒					
Accueil / orientation des patients de consultation	☒	☒			☒	
Accueil / orientation du tout venant	☒	☒			☒	
Admission / enregistrement administratif	☒	☒			☒	
Edition des fiches de circulations et des planches d'étiquettes	☒	☒			☒	
Encaissements					☒	
Gestion, recherche et archivage du dossier médical	☒	☒				
Assistanat médicale et vie du service	☒	☒		☒		☒
Saisie et administration des comptes rendus	☒	☒				
Rédaction et mise en forme de documents médicaux et autres (notes, rapports de staff, etc.)	☒	☒				
Gestion des envois / réception / traitement / échanges divers (courrier, mails, fax, scan, etc.)	☒	☒				
Codage des données liées à l'activité médicale	☒	☒				
Gestion des agendas et activités complémentaires des médecins	☒	☒				
Relais externe des informations du service (autres services, médecine de ville, labo, etc.)	☒	☒				
Consultation médicale/paramédicale et soins				☒		☒
Rédaction des ordonnances						☒
Enregistrement du comtpe rendu (vocal ou saisie informatique restant à mettre en forme)						☒

Services	Secrétariats de service (étages R+1 à R+4)	Secrétariat du plateau de consultations	Centrale d'appels	IDE du plateau de consultations	Bureau des entrées	Médecin
Amplitudes horaires	8h30 / 17h00	8h30 / 17h00	9h00 /16h00	8h00 / 17h00	8h00 / 18h00	9h00 / 17h30

Métiers	Secrétariats de service (étages R+1 à R+4)	Secrétariat du plateau de consultations	Centrale d'appels	IDE du plateau de consultations
Quotités de travail quotidiennes	7h30	7h30	7h	9h

Annexe 3 : Evolution du nombre de venues en consultations à M6 répartis par pôle et par année

Evolution chronologique du nombre de venues en consultations externes réparties par pôle à M6

PÔLES / ANNEES	2022	2023	2024
CHIRURGIE	10 417	10 743	11 105
MEDECINE	9 321	11 124	10 488
PEDIATRIE	2 554	2 565	2 582
OBSTETRIQUE	6 924	6 831	6 643
TOTAL GENERAL	29 216	31 263	30 818

Annexe 4 : Part de l'activité des ACE dans les recettes totales du CHEG par année

Part de l'activité de consultations dans les recettes totales du compte financier (CF) du CHEG par année

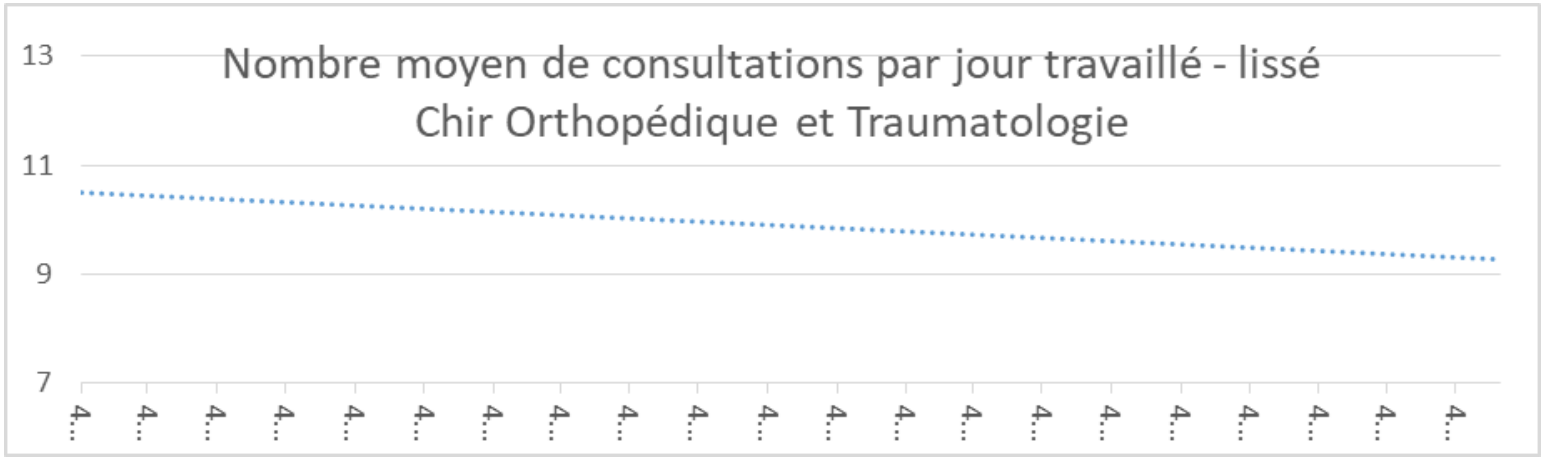
	2021	2022	2023
Recettes ACE	6 783 034	7 896 683	8 385 777
	9%	10%	9%
Recettes CF	79 411 312	82 736 288	89 604 108

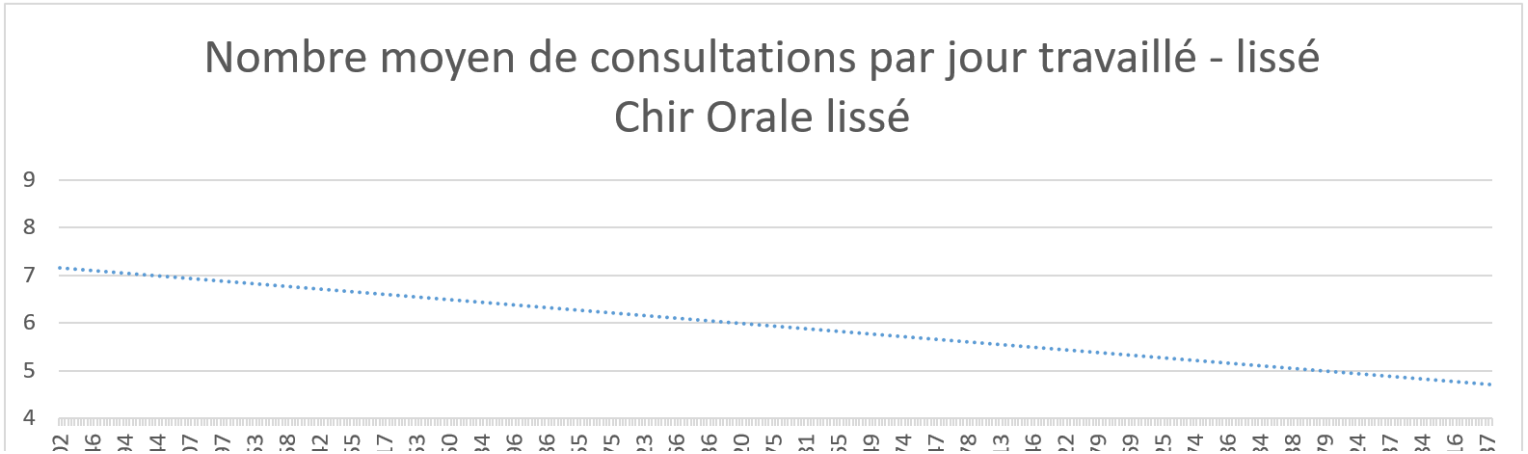
Annexe 5 : Evolution annuelle du nombre moyen de consultations par jour travaillé par discipline

NOMBRE MOYEN DE CONSULTATIONS PAR JOUR AU CHEG PAR DISCIPLINE ET PAR ANNEE

DISCIPLINE	UF	2021	2022	2023	2024	EVOLUTION
CHIRURGIE	ANESTHESIE	7,47	7,92	8,05	8,43	0,95
	CARDIOLOGIE	4,27	4,46	5,98	6,28	2,01
	CHIR ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	10,87	9,64	9,67	9,30	-1,57
	CHIR VASCULAIRE	1,00	1,00	-	4,25	3,25
	CHIR VISCERALE ET DIGESTIVE	5,00	4,78	4,89	5,08	0,08
	CHIRURGIE ORALE	5,88	6,42	5,96	4,38	-1,50
	NEPHROLOGIE	4,90	4,38	4,94	4,95	0,05
	OTORHINOLARYNGOLOGIE	12,30	11,89	11,64	13,48	1,17
	PNEUMOLOGIE	5,15	4,82	4,31	5,38	0,23
	RHUMATOLOGIE	-	1,18	2,70	-	
	UROLOGIE	9,98	9,25	8,38	7,96	-2,02
MEDECINE	DERMATO-VENEROLOGIE	11,46	10,42	10,74	14,26	2,80
	ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	-	5,52	6,37	7,17	1,65
	GASTROENTEROLOGIE	5,93	6,51	6,80	6,89	0,97
	GERIATRIE	-	2,40	2,33	2,25	-0,15
	MEDECINE GENERALISTE	2,16	1,90	1,79	2,06	-0,09
	MEDECINE INTERNE	6,40	7,87	8,38	7,39	0,99
	MEDECINE GENERALISTE - VACCINATION	27,20	8,02	5,89	6,25	-20,95
	OPHTALMOLOGIE	9,92	10,86	14,37	16,01	6,09
PEDIATRIE	PEDIATRIE	4,06	4,35	4,74	4,80	0,75
GYNECO-OBSTETRIQUE	GYNECOLOGIE MEDICALE	4,21	4,42	3,59	3,79	-0,42
	GYNECO-OBSTETRICIQUE	4,96	5,08	4,58	4,25	-0,70

Annexe 6 : Exemples d'évolution lissée du nombre moyen de consultations par jour travaillé de 2 disciplines (2021-2024)





Annexe 7 : TVO hebdomadaire théorique du plateau de consultations du RDC par discipline (2024)

TVO hebdomadaire théorique du plateau de consultations du RDC par discipline en 2024

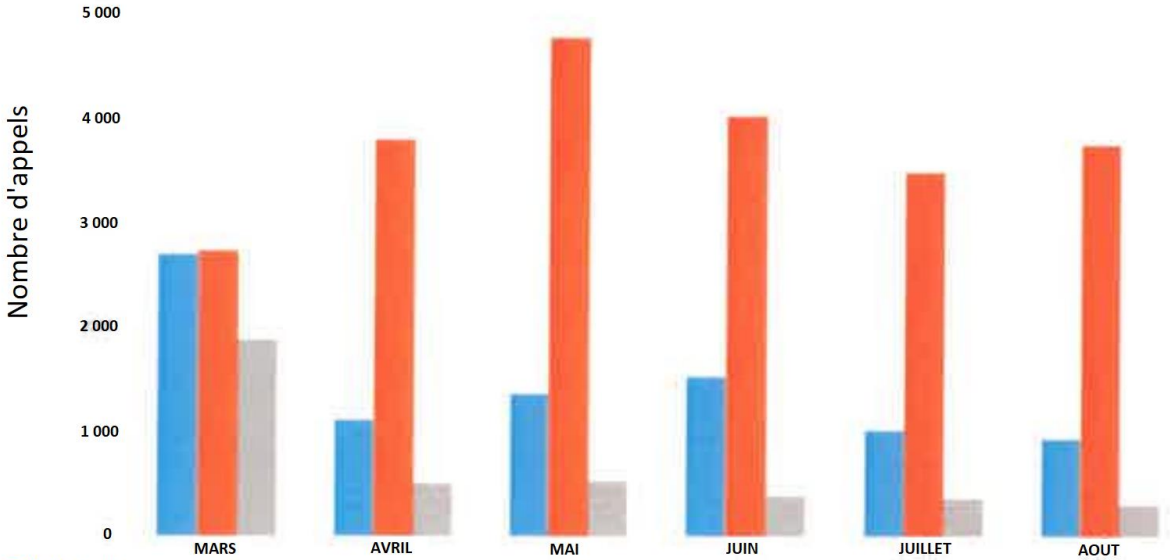
DISCIPLINE	PORTE	Temps de vacation total offert / semaine (en heures)	TROS (en heures)	TROS (en %)
ANESTHESIE	Porte 16	25	11,25	45,00%
ANGIOLOGIE	Porte 13 bis	50	28	56,00%
CHIR ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Portes 15 et 17	90	38	42,22%
CHIR VASCULAIRE	Porte 15	10	0,5	5,00%
CHIR VISCERALE ET DIGESTIVE	Porte 18	50	23,67	47,34%
CHIRURGIE ORALE	Porte 10	50	7	14,00%
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	Porte 11	50	31	62,00%
NEPHROLOGIE	Porte 14	50	8,5	17,00%
OPHTALMOLOGIE	Porte 5	50	17,58	35,16%
OTORHINOLARYNGOLOGIE	Porte 8	50	9,25	18,50%
SOINS EXTERNES	Porte 16	25	20	80,00%
UROLOGIE	Porte 12	50	23	46,00%
TOTAL		550	217,75	39,02%

Annexe 8 : TVO hebdomadaire théorique du plateau de consultations du RDC par salle (2024)

TVO hebdomaire théorique du plateau de consultations du RDC par salle en 2024

Salle de consultation	Temps de vacation offert	TROS (en temps)	TROS (en %)
Porte 5	50	17,55	35,16%
Porte 8	50	9,25	18,50%
Porte 10	50	7	14,00%
Porte 11	50	31	62,00%
Porte 12	50	23	46,00%
Porte 13 bis	50	28	56,00%
Porte 14	50	8,5	17,00%
Porte 15	50	9,67	19,34%
Porte 16	50	31,25	62,50%
Porte 17	50	28,83	57,66%
Porte 18	50	23,67	47,34%
TOTAL	550	217,75	39,02%

Annexe 9 : Enquête de suivi des appels entrants à la plateforme d'appels de Mars à Août 2023



	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT
Appels perdus	2 762	1 131	1 370	1 529	1 016	940
Appels traités	2 742	3 801	4 780	4 028	3 483	3 752
Appels non transférés	1 294	558	532	385	358	182

Annexe 10 : Questionnaires de satisfaction patients – Juillet 2024

Enquête de satisfaction

Centre hospitalier d'Aubagne Edmond Garcin

Chers usagers,

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue du service rendu, nous souhaitons recueillir votre avis sur votre expérience lors de votre consultation à notre hôpital. Vos réponses nous aideront à identifier les points forts et les axes d'amélioration de notre organisation.

Merci de consacrer quelques minutes à répondre à ce questionnaire anonyme.

Date de votre venue à l'hôpital : _____

Quel âge avez-vous ? ○ Moins de 15 ans ○ Entre 16 ans et 35 ans ○ Entre 36 ans et 50 ans ○ Entre 51 ans et 60 ans ○ Entre 61 ans et 70 ans ○ Plus de 71 ans

Quelle est votre commune de résidence ? _____

Qui vous a adressé en consultation ?
○ Votre médecin traitant ○ Un autre médecin ○ Vous-même ○ Autre : _____

Pour quel type de consultation venez-vous ? (anesthésie, orthopédie, urologie...)
_____

Comment avez-vous obtenu votre rendez-vous ?
○ Au cours de l'hospitalisation ○ Par téléphone ○ Sur Doctolib ○ Sur place, auprès du secrétariat

Cela vous a-t-il paru facile de prendre rendez-vous ? ○ Oui ○ Non

La date proposée pour votre rendez-vous vous a-t-elle paru satisfaisante ? ○ Oui ○ Non

Êtes-vous déjà venu aux consultations de l'hôpital d'Aubagne ? ○ Oui ○ Non

Si vous êtes venu en véhicule, avez-vous pu vous garer facilement ? ○ Oui ○ Non

Le délai d'attente pour l'enregistrement au bureau des entrées vous a paru :
○ Pas du tout satisfaisant ○ Plutôt pas satisfaisant ○ Plutôt satisfaisant ○ Tout à fait satisfaisant

Avez-vous utilisé la borne d'enregistrement en face de l'accueil ? ○ Oui ○ Non

Si vous avez utilisé la borne d'enregistrement, son utilisation a été :
○ Pas du tout satisfaisante ○ Plutôt pas satisfaisante ○ Plutôt satisfaisante ○ Tout à fait satisfaisante

L'information donnée pour vous orienter vers le secrétariat de consultation vous a semblé :
○ Pas du tout satisfaisante ○ Plutôt pas satisfaisante ○ Plutôt satisfaisante ○ Tout à fait satisfaisante

Veuillez tourner la page pour continuer à remplir le questionnaire

Le délai d'attente pour l'enregistrement au secrétariat des consultations vous a paru :
○ Pas du tout satisfaisant ○ Plutôt pas satisfaisant ○ Plutôt satisfaisant ○ Tout à fait satisfaisant

L'information donnée par le secrétariat pour vous orienter vers la salle de consultation vous a semblé :
○ Pas du tout satisfaisante ○ Plutôt pas satisfaisante ○ Plutôt satisfaisante ○ Tout à fait satisfaisante

La signalétique pour vous orienter au sein de l'hôpital vous a paru :
○ Pas du tout satisfaisante ○ Plutôt pas satisfaisante ○ Plutôt satisfaisante ○ Tout à fait satisfaisante

Avez-vous constaté du retard entre votre rendez-vous et votre heure de passage ? ○ Oui ○ Non

Si vous avez constaté du retard entre votre rendez-vous et votre heure de passage, combien de temps supplémentaire avez-vous attendu ?
○ Entre 1 min. et 15 min. ○ Entre 16 min. et 30 min. ○ Entre 31 min. et 45 min. ○ Plus de 45 min.

Le délai d'attente avant votre passage en consultation vous semble-t-il acceptable ? ○ Oui ○ Non

L'environnement en salle d'attente vous paraît :
○ Pas du tout satisfaisant ○ Plutôt pas satisfaisant ○ Plutôt satisfaisant ○ Tout à fait satisfaisant

Avez-vous besoin d'un autre rendez-vous ?
○ Consultation anesthésie ○ Consultation autre spécialité ○ Hospitalisation ○ Non

Si vous avez besoin d'un autre rendez-vous, allez-vous le réaliser à l'hôpital d'Aubagne ?
○ Oui ○ Non

Si vous ne prévoyez pas de venir à l'hôpital d'Aubagne pour votre prochain rendez-vous, quelle en est la raison ?
○ La spécialité n'est pas proposée ○ Je ne suis pas assez satisfait de mon expérience à l'hôpital d'Aubagne
○ Autre : _____

Avez-vous des suggestions pour améliorer votre expérience au sein de notre établissement ?
_____
_____
_____

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à notre enquête de satisfaction. Vos commentaires nous aideront à améliorer l'organisation de notre plateau de consultations.

Annexe 11 : Résultats de l'enquête de satisfaction patients – Juillet 2024

Commentaires préalables :

- Période d'installation des boîtes : du lundi 8 juillet au vendredi 19 juillet inclus
- 323 avis rendus
- Les pourcentages seront arrondis à l'unité près
- Le total de chaque tableau peut ne pas correspondre à la totalité des avis rendus, les réponses absentes n'étant pas prises en compte.

Date de votre venue à l'hôpital :

Date	Occurrences	Fréquence
08/07/2024	49	15%
09/07/2024	55	17%
10/07/2024	27	8%
11/07/2024	35	11%
12/07/2024	20	6%
15/07/2024	57	18%
16/07/2024	33	10%
17/07/2024	31	10%
18/07/2024	7	2%
19/07/2024	9	3%

Quel est votre commune de résidence ? (communes les plus importantes)

Aubagne : 23%

Marseille : 7% (1 occurrence pour le 4ème, le 9ème, le 12ème et le 14ème et 4 occurrences pour le 11ème arrondissement)

Auriol : 5%

Roquevaire : 4%

Gémenos : 4%

Carnoux-en-Provence : 3%

Cuges-les-Pins : 3%

Saint Zacharie : 3%

La Ciotat : 3%

La Penne sur Huveaune : 3%

Les autres communes ont un pourcentage résiduel, beaucoup de communes du Var (Nans-les-Pins, Saint Maximin-la-Sainte-Baume…)

Age	Occurrences	Fréquence
Moins de 15 ans	9	3%

Entre 16 et 35 ans	55	17%
Entre 36 et 50 ans	74	23%
Entre 51 et 60 ans	56	17%
Entre 61 et 70 ans	57	18%
Plus de 71 ans	72	22%

Qui vous a adressé en consultation ?

Adressage	Occurrences	Fréquence
Votre médecin traitant	112	35%
Un autre médecin	97	30%
Vous-même	94	29%
Autre (Sage-femme, kiné…)	18	6%

Type de consultation (les plus nombreuses par spécialité, 28 spécialités représentées au total) :

Spécialité	Occurrences	Fréquence
Imagerie	80	25%
Gynécologie	40	11%
Endocrinologie	25	7%
Urologie	23	6%
Gastroentérologie	21	6%
Orthopédie	17	5%

Moyen d'obtention du rendez-vous :

Moyen d'obtention	Occurrences	Fréquence
Téléphone	140	43%
Doctolib	80	25%
Secrétariat	64	20%
Au cours de l'hospitalisation	27	8%
Autre (mail, PMI, autre site internet)	4	2%

Facilité de la prise de rendez-vous :

Oui : 88%

Non : 9%

Satisfaction de la date proposée pour le rendez-vous :

Oui : 85%

Non : 11%

Etes-vous déjà venu aux consultations de l'hôpital ?

Oui : 84%

Non : 15%

Si vous êtes venu en voiture, avez-vous pu vous garer facilement ?

Oui : 29%

Non : 61%

Délai d'attente de l'enregistrement au bureau des entrées :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	4	1%
Plutôt pas satisfaisant	22	7%
Plutôt satisfaisant	154	48%
Tout à fait satisfaisant	139	43%

Soit un taux de satisfaction de 91%

Avez-vous utilisé la borne d'enregistrement ?

Oui : 32%

Non : 68%

Satisfaction vis-à-vis de la borne :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	4	1%
Plutôt pas satisfaisant	10	3%
Plutôt satisfaisant	41	12%
Tout à fait satisfaisant	52	16%

Qualité de l'information donnée pour l'orientation vers le secrétariat de consultation :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	3	1%
Plutôt pas satisfaisant	16	5%
Plutôt satisfaisant	92	29%
Tout à fait satisfaisant	197	61%

Soit un taux de satisfaction de 90%

Délai d'attente pour l'enregistrement au secrétariat des consultations :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	3	1%
Plutôt pas satisfaisant	19	6%
Plutôt satisfaisant	137	42%
Tout à fait satisfaisant	142	44%

Soit un taux de satisfaction de 88%

Qualité de l'information donnée par le secrétariat pour vous orienter vers la salle de consultation :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	2	Moins de 1%
Plutôt pas satisfaisant	8	3%
Plutôt satisfaisant	107	33%
Tout à fait satisfaisant	179	55%

Soit un taux de satisfaction de 88%

Qualité de la signalétique :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	3	1%
Plutôt pas satisfaisant	22	7%
Plutôt satisfaisant	155	48%
Tout à fait satisfaisant	116	36%

Soit un taux de satisfaction de 84%

Avez-vous constaté du retard entre votre rendez-vous et votre heure de passage ?

Oui : 40%

Non : 45%

Si retard, combien de temps supplémentaire en plus d'attente ?

Temps du retard	Occurrences	Fréquence
Entre 1 et 15 minutes	58	18%
Entre 16 et 30 minutes	36	11%
Entre 31 et 45 minutes	24	7%
Plus de 45 minutes	11	3%

Le délai d'attente vous paraît-il acceptable ?

Oui : 56%

Non : 9%

Qualité de l'environnement de la salle d'attente :

Satisfaction	Occurrences	Fréquence
Pas du tout satisfaisant	6	2%
Plutôt pas satisfaisant	41	13%
Plutôt satisfaisant	182	56%
Tout à fait satisfaisant	60	19%

Soit un taux de satisfaction de 75%

Avez-vous besoin d'un autre rendez-vous ?

Non : 61%

Consultation autre spécialité : 19%

Hospitalisation : 3%

Consultation anesthésie : 2%

Si vous avez besoin d'un autre rendez-vous, allez-vous le réaliser à l'hôpital d'Aubagne ?

Oui : 62%

Non : 9%

Sinon, pourquoi ?

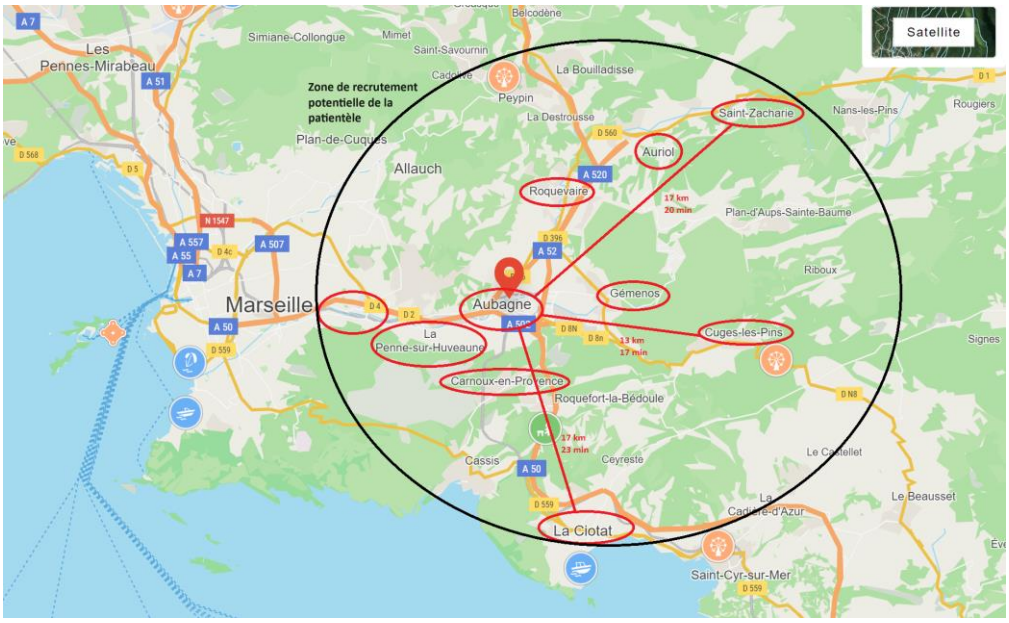
La spécialité n'est pas proposée : 8%

Je ne suis pas assez satisfait de mon expérience à l'hôpital d'Aubagne : 1%

Synthèse des suggestions :

- Beaucoup de commentaires positifs sur l'établissement qui dispose d'une dynamique d'amélioration importante
- Stationnement difficile (environ 80% des remarques sur ce point)
- Problématique de la chaleur certains jours

Annexe 12 : Zone de recrutement des patients se rendant en consultation au CHEG – Juillet 2024



Annexe 13 : Grilles d'entretiens des professionnels cadres et référents du plateau de consultations

Entretien Docteur A.

08-juil-24

Organisation actuelle	1	Jugez-vous que l'organisastion actuelle du plateau de consultation est satisfaisant pour
	2	Quels sont les forces et faiblesses de l'organisation en place ?
	3	Quels outils vous permettent de réalisez vos missions ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ? Par exemple la dictée vocale
	4	La communication actuelle entre les acteurs est-elle satisfaisante (PM, PNM, agents administratifs) ?
	5	Jugez-vous que le temps médical et paramédical est bien synchroniser actuellement ?
	6	Pour quelles raisons l'occupation des salles n'est-elle pas optimale ?
	7	L'un des écueils rencontré dans l'organisation actuelle est le manque de vision/d'anticipation des absences programmées des médecins. Selon-vous, quelle en est la raison et quelle solution pourrait-être apportée ?
	8	Dans le cas d'un report de consultations en raison d'une absence pour CA, qui est en charge de reprogrammer les consultations ?
Organisation cible	9	Serait-il envisageable que cette reprogrammation soit réalisée par le médecins en cas d'absence programmée ?
	10	Une mutualisation de l'occupation des salles vous semble-t-elle possible ?
	11	Quels seraient les impacts positifs et négatifs dans vos missions d'une mutualisation du plateau ?
	12	A l'image de ce qui existe sur d'autres CH, la mutualisation du plateau de consultations implique un trinôme : médecin responsable, cadre supérieur de santé et référente des secrétariats. Seriez-vous favorable à la duplication de ce modèle à Aubagne ?
Rôle médecin référent	13	Seriez-vous prêt à occuper le rôle de "référent médical" ?
	14	Si oui, qu'attendez-vous pour vous accompagner dans ce rôle ? Sinon, qui pourrait occuper un tel rôle selon vous ?
	15	Êtes-vous favorable à ce que la mutualisation du plateau de consultations soit organisée sous forme de vacations ?
	16	Pensez-vous qu'une telle organisation pourrait être expérimentée sur le site actuel afin de préparer l'arrivée du Nouvel Hôpital ?

Entretien Madame K. - Resp. BE et secrétariats

17-juil-24

Rôle	1	De quelles spécialités êtes-vous référent ?
	2	Quells sont les missions qui vous incombent dans le cadre de votre rôle et en lien avec le plateau de consultation ?
	3	A combien estimez-vous la part de temps que vous y dédiez ?
	4	Est-ce suffisant ? Sinon, quelle part de temps estimeriez-vous nécessaire pour accomplir cette mission ?
	5	Quels outils vous permettent de réalisez vos missions ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ?
	6	Quels autres écueils rencontrez-vous dans la réalisation de vos missions ? Par quels moyens peuvent-ils être solutionnés ?
	7	La communication actuelle avec les acteurs (référente IDE, cadre du pôle CARC, référente secrétaire) est-elle satisfaisante?
	8	Comment cette communication pourrait-elle être améliorée ?
Organisation	9	Quelle est la répartition des activités des secrétaires ?
	10	Décrire les parcours patients (généralité Vs spécificités ; Libéral Vs public ; programmée Vs non programmé = post-urgence) ?
	11	La gestion des flux patients est-elle efficace ?
	12	Quels sont les forces et faiblesses de l'organisation en place ?
	13	Une mutualisation de l'occupation des salles vous semble-t-elle possible ?
	14	Selon vous, quelles salles/spécialités pourraient être mutualisées pour une expérimentation ? Et de manière pérenne ?
	15	Parcours admissions (comment patients informes preads…)
	16	Quel est l'outil utilisé pour la programmation des consultations ?
	17	Quelles salles disposent d'équipement pour lesquels une consultation ailleurs est impossible sans cela ?
	18	Quel est le profil des patients (commune de résidence ; âge ; sexe ; première venue/connus) ?
	19	Recettes mensuelles générées depuis 2021
	20	Délais moyens de rdv / spécialité
	21	Quel est le montant du Reste à recouvrer identifié sur le secteur des consultations ?
	22	Qui code l'activité de consultation ?
Missions secrétaires	23	Combien d'ETP / de secrétaires sont affectées au plateau de consultation ? Quelle est la
	24	Estimez-vous que c'est suffisant ? Si non, des renforts sont-ils prévus ?
	25	Quels outils permettent de réalisez les missions actuelles ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ?
	26	Une partie des missions peut-elle être exécutée en télétravail (BE + Secrétariat) ? Si oui, lesquelles ?
	27	Comment sont réparties les compétences ? (polyvalence ok ou besoin de formation ?)
	28	Une évolution des compétences et des missions des secrétaires vous semblent-elles possible ? Par exemple, ajouter l'admission des patients de consultations ?
	29	Quelles missions pourraient être déléguées à la référente consult, avec votre validation préalable ?
Projetction nouvelle organisation	30	Est-il possible de prévoir la génération de préadmissions en masse par le logiciel de GAM pour simplifier son parcours (interface avec eplanning/Doctolib + envoi sms pread au patient)?
	31	Quel est votre avis sur la reproduction d'une organisation à l'image de ce qui existe sur l'UPARAC (une secrétaire serait en charge de programmer les vacations par discipline et médecins) ?

Entretien Monsieur N. - Cadre supérieur du pôle référent

12-juin-24

Rôle	1	De quelles spécialités êtes-vous référent ?
	2	Quells sont les missions qui vous incombent dans le cadre de votre rôle de cadres supérieur de pôle ?
	3	A combien estimez-vous la part de temps que vous dédiez à cette mission de référent "consultations" ?
	4	Est-ce suffisant ? Si non, quelle part de temps estimeriez-vous nécessaire pour accomplir cette mission ?
	5	La communication actuelle entre les acteurs est-elle satisfaisante (PM, PNM, agents administratifs) ?
	6	Comment cette communication pourrait-elle être améliorée ?
	7	Quels outils vous permettent de réalisez vos missions ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ?
	8	Quels autres écueils rencontrez-vous dans la réalisation de vos missions ? Par quels moyens peuvent-ils être solutionnés ?
Organisation	9	Quels sont les forces et faiblesses de l'organisation en place ?
	10	La gestion des flux patients est-elle efficace ?
	11	Pour quelles raisons l'occupation des salles n'est-elle pas optimale ?
	12	Une mutualisation de l'occupation des salles vous semble-t-elle possible ?
	13	Quels seraient les impacts positifs et négatifs dans vos missions d'une mutualisation du plateau ?
	14	Selon vous, quelles salles/spécialités pourraient être mutualisées pour une expérimentation ? Et de manière pérenne ?
	15	Des points de vigilance pour mutualisation du plateau PNH ?

Entretien Madame B. - IDE coordinatrice référente

13-juin-24

Rôle	1	De quelles spécialités êtes-vous référent ?
	2	Quells sont les missions qui vous incombent dans le cadre de votre rôle de cadres supérieur de pôle ?
	3	A combien estimez-vous la part de temps que vous dédiez à cette mission de référent "consultations" ?
	4	Est-ce suffisant ? Si non, quelle part de temps estimeriez-vous nécessaire pour accomplir cette mission ?
	5	La communication actuelle entre les acteurs est-elle satisfaisante (PM, PNM, agents administratifs) ?
	6	Comment cette communication pourrait-elle être améliorée ?
	7	Quels outils vous permettent de réalisez vos missions ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ?
Organisation	8	Quels sont les forces et faiblesses de l'organisation en place ?
	9	La gestion des flux patients est-elle efficace ?
	10	Quels sont périodes de pics d'activité?
	11	Une mutualisation de l'occupation des salles vous semble-t-elle possible ?
	12	Quels seraient les impacts positifs et négatifs dans vos missions d'une mutualisation du plateau ?
	13	Selon vous, quelles salles/spécialités pourraient être mutualisées pour une expérimentation ? Et de manière pérenne ?

Entretien Madame B. - référente secrétariat médical consultations RDC

21-mai-24

Rôle	1	De quelles spécialités êtes-vous référente ?
	2	Quells sont les missions qui vous incombent dans le cadre de votre rôle de référente consultations ?
	3	A combien estimez-vous la part de temps que vous dédiez à cette mission de référente "consultations" ?
	4	Est-ce suffisant ? Si non, quelle part de temps estimeriez-vous nécessaire pour accomplir cette mission ?
	5	Si davantage de temps seraient accordées à ce rôle de référente "consultations", accepteriez-vous que les missions qui y sont rattachées évoluent ? Par exemple, dispathing des salles, interlocutrice des médecins consultants, élaboration du planning prévisionnel,
	6	La communication actuelle entre les acteurs est-elle satisfaisante (PM, PNM, agents administratifs) ?
	7	Comment cette communication pourrait-elle être améliorée ?
	8	Quels outils vous permettent de réalisez vos missions ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ?
	9	Quels autres écueils rencontrez-vous dans la réalisation de vos missions ? Par quels moyens peuvent-ils être solutionnés ?
Organisation	10	Combien de salles de consultation cela représente-t-il ?
	11	Combien de praticiens occupent ces salles ?
	12	Qui sont-ils ?
	13	Description de l'organisation actuelle des fonctions supports : prise de RDV, accueil, logistique, nettoyage
	14	Quels sont les forces et faiblesses de l'organisation en place ?
	15	Où se situent géographiquement les salles de consultations ?
	16	Décrire les parcours patients (généralité Vs spécificités ; Libéral Vs public ; programmée Vs non programmé = post-urgence) ?
	17	La gestion des flux patients est-elle efficace ?
	18	Quels sont périodes de pics d'activité?
	19	Dans le cas du développement d'une nouvelle activité de consultation, quelles sont les étapes pour l'intégrer dans le circuit existant ?
	20	Pour quelles raisons l'occupation des salles n'est-elle pas optimale ?
	21	Une mutualisation de l'occupation des salles vous semble-t-elle possible ?
	22	Quels seraient les impacts positifs et négatifs dans vos missions d'une mutualisation du plateau ?
	23	Selon vous, quelles salles/spécialités pourraient être mutualisées pour une expérimentation ? Et de manière pérenne ?
Missions secrétaires	24	Combien d'ETP / de secrétaires sont affectées au plateau de consultation ?
	25	Quel est leur statut (AMA)?
	26	Estimez-vous que c'est suffisant ?
	27	Quelles sont leurs missions ?
	28	Comment sont réparties les compétences ?
	29	Quels outils permettent de réalisez les missions actuelles ? Quels sont ceux qui pourraient les simplifier/améliorer les résultats obtenus ?
	30	Une évolution des compétences et des missions des secrétaires vous semblent-elles possible ? Par exemple, ajouter l'admission des patients de consultations ?

Annexe 14 : Proposition de tableau de bord du plateau de consultations intégrant des indicateurs de routine

INDICATEURS DE PERFORMANCE GLOBALE DE L'ACTIVITE DE CONSULTATION AU CHEG

NIVEAU STRATEGIQUE	NIVEAU TACTIQUE	NIVEAU OPERATIONNEL	CHEG	COMMENTAIRES
COÛT	Gestion des consultations	Taux d'occupation des boxes	41,85%	
		Taux de facturation	?	Non connu en Juillet 2024
		Nombre d'ETP par consultation	15,16	AMA et IDE uniquement
	Volume d'activité	Nombre de suivis	?	Non connu en Juillet 2024
		Nombre de premières fois	?	Non connu en Juillet 2024
QUALITE	Taux de satisfaction	Satisfaction patients	78,75%	Basée sur les résultats de l'enquête de Juillet 2024
		Satisfaction du personnel	?	Non connu en Juillet 2024
	Qualité d'accueil	Délai pour obtenir un RDV	>80%	satisfaction des délais
		Taux de décroché	64%	
		Accessibilité	29%	Le stationnement représente la difficulté principale
DELAI	Délai moyen du parcours	Temps moyen d'attente		Non connu en Juillet 2024
		Temps de prise en soin		Diffère selon la discipline et le médecin qui consulte
		Délai de prise en charge admiistrative	?	Non connu en Juillet 2024
	Délai d'envoi du CR	x	?	Non connu en Juillet 2024

Annexe 15 : Calendrier de mise en œuvre du plan d'actions pour l'adoption du nouveau modèle du plateau de consultations au CHEG

DIAGRAMME DE GANTT - PROJET DE MUTUALISATION DU PLATEAU DE CONSULTATIONS DU CHEG

Thématiques	Direction responsable	Proposition		Échéances																			
				2024		2025				2026				2027				2030			
				T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Gouvernance et pilotage	DAF	1	Installation de l'UPAC																		
	DG/PCME	2	Installation du bureau d'arbitrage																		
	DG	3	Installation du COPIL et consitution de groupes de travail insterdisciplainaires																		
	PCME	4	Installation du « Conseil du plateau de consultations »																		
	DG/PCME	5	Identification et nominsation du médecin coordonnateur																		
	PCME	6	Identification des médcins référents par spécialité																		
	DAF	7	Rédaction de la charte de fonctionnement																		
	DRH	8	Renforcement et valorisation de l'encadrement																		
	DAF/Direction des soins/PCME	9	Redéfinition du rôle des cadres et des référents																		
	DAG	10	Formalisation des documents institutionnels																		
	DRMN	11	Déploiement du logiciel de plannificaiton des vacations																		
Organisation du secrétariat	DAF	12	Consitution des 3 pools																		
	DAF/DRH	13	Révision des fiches de poste																		
	DAF	14	Unification des équipes de secrétariat																		
	DRH	15	Mise en œuvre du plan de formation																		
Organisation du plateau de consultation	DAF	16	Mutualisation de salles																		
	PCME	17	Elargissement des horaires d'ouverture																		
	DRH	18	Synchronisation des temps de travail																		
	PCME	19	Consolidation et élargissement de la zone de recrutement des patients																		
	DAF	20	Mise en œuvre d'actions de lutte contre les défections																		
	DRMN	21	Préparation de la modularité de l'architecture																		
	DAF	22	Estimsation des coûts financiers globaux de la mise en place du nouveau modèle																		
Amélioration de l'expérience patient	DRMN	23	Amélioration de l'accessibilité et du stationnement																		
	DAF	24	Création d'un point d'accuil/admission unique																		
	DAF	25	Extension des préadmisions																		
	Direction Qualité	26	Evaluation de la satisfaction des patients et des professionnels																		
Optimisation de la gestion des flux et de la logistique	DRMN	27	Révision de la signalétique																		
	DRMN	28	Etat des lieux des locaux disponibles																		
	DRMN	29	Centralisation de la gestion des clés d'accès aux salles																		
Amélioratin du suivi	DAF/DRMN	30	Fiabilisation des données du RCT et toilettage du fichier structure																		
	DAF	31	Production du tableau de bord																		

Annexe 16 : Prévisionnel des locaux dédiés à l'activité de consultation et soins externes du CHEG au sein du PNH

PTD du PNH - Synthèse liste des locaux

ETAGE	SECTEUR	LOCAUX	NOMBRE DE SALLES	SURFACE UTILE TOTALE (inluant tous les locaux - en m²)
RDC	SECTEUR PARTAGE	**Espace mutualisé**		127
		-Salle d'éducation thérapeutique	3	
		-Salle de groupe de parole	1	
		Endocrino-diabétologie		59
		-Salle de consultations	3	
		Addictologie		48
		-Salle d'entretien	2	
		-Salle de soins	1	
		ELSA/Obésité		32
		-Bureau	2	
		Autres		212
		TOTAL SU	12	478
		Coefficient SDO/SU		1,35
		TOTAL SDO	12	645
	CONSULTATIONS EXTERNES	**Module 1 - Médecine 1 (endocrinologie / diabétologie / dermatologie)**		139
		-Salle de consultations	4	
		-Salle de soins	1	
		Module 2 - Médecine 2 (gériatrie / cardiologie / gastrologie)		83
		-Salle de consultations	3	
		-Salle d'exploration	1	
		-Salle de soins	1	
		Module 3 - Chirurgie 1 (viscéral / urologie / anesthésie)		193
		-Salle de consultations	4	
		-Salle de soins	1	
		-Salle de suture	1	
		Module 4 - Chirurgie 2 (orthopédie / chirurgie polyvalente / ORL)		103
		-Salle de consultations	4	
		-Salle de soins	1	
		-Salle de suture	1	
		-Salle de plâtre	1	
		Locaux communs		89
		TOTAL SU	23	607
		Coefficient SDO/SU		1,4
		TOTAL SDO	23	850

ETAGE	SECTEUR	LOCAUX	NOMBRE DE SALLES	SURFACE UTILE TOTALE (inluant tous les locaux - en m²)
RDC	EXPLORATIONS FONCTIONNELLES	**Explorations médecine (cardiologie / dermatologie / neurologie / ophtalmologie / pneumologie)**		147
		-Salle d'exploration	8	
		Explorations chirurgie (urologie / gastroentérologie / otorhinolaryngologie / stomatologie)		121
		-Salle d'exploration	5	
		Petites chirurgies (actes externes / actes frontières)		39
		-Salle d'exploration	1	
		Autres		56
		Locaux communs		36
		TOTAL SU	14	399
		Coefficient SDO/SU		1,4
		TOTAL SDO	14	559
	CONSULTATIONS ET EXPLORATIONS GYNECO-OBSTETRIQUE	**Urgences gynécologiques**		57
		-Box d'urgence	1	
		Consultations gynécologie / obstétrique		276
		-Salle de consultation	5	
		-Salle d'exploration	2	
		-Autres		
		TOTAL SU	8	333
		Coefficient SDO/SU		1,4
		TOTAL SDO	8	466

TOTAL GENERAL SDO	57	2520
SDO SUPPLEMENTAIRE DU NOUVEL HOPITAL	+36%	672

PERRIN	Guillaume	Octobre 2024

Eleve Directeur d'Hôpital

Promotion 2023/2024

La mutualisation et l'optimisation de l'organisation du plateau de consultations du Centre Hospitalier Edmond GARCIN d'Aubagne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé **:**

Le présent mémoire propose une analyse approfondie du projet de mutualisation des salles de consultation au Centre Hospitalier Edmond Garcin (CHEG), une initiative visant à optimiser l'organisation des soins ambulatoires. Ce projet s'inscrit dans une dynamique de modernisation globale de l'établissement, en réponse aux besoins croissants de rationalisation des ressources et d'amélioration de la qualité des soins.

Dans un premier temps, une analyse contextuelle a permis d'identifier les principaux enjeux auxquels est confronté le CHEG, notamment l'augmentation de la demande en consultations spécialisées et les contraintes budgétaires. Ces enjeux ont motivé la mise en œuvre d'un nouveau modèle organisationnel, centré sur la mutualisation des espaces de consultation.

Le mémoire détaille ensuite les aspects opérationnels de cette réforme, avec la création d'un tableau de bord de suivi des performances, un plan de communication exhaustif, et un programme de formation adapté pour accompagner les professionnels dans cette transition. Chaque aspect a été conçu pour assurer une mise en œuvre harmonieuse et une adoption efficace du nouveau modèle.

Enfin, l'intégration du projet dans la future infrastructure hospitalière, prévue pour 2031, est abordée. Cette dernière phase vise à pérenniser les bénéfices de la mutualisation des salles de consultation, en anticipant les évolutions technologiques et organisationnelles à venir. Le projet prévoit la création d'espaces modulaires, la centralisation des services administratifs, et l'utilisation de technologies avancées pour optimiser la gestion des consultations.

En conclusion, la mutualisation des salles de consultation au CHEG représente une réponse stratégique aux défis actuels de l'offre de soins ambulatoires. Ce projet, ancré dans une vision à long terme, vise à renforcer l'efficience de l'établissement tout en garantissant une prise en charge de qualité pour les patients.

Mots clés **:**

• Plateau de consultations • Optimisation des consultations • Conduite du changement • Organisation des secrétariats • Gouvernance hospitalière • Efficience des soins • Centre Hospitalier d'Aubagne • Management organisationnel • Performance hospitalière • Amélioration de l'expérience patient • Gestion des flux • Développement d'activité

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.