



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2008-2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**Optimiser l'organisation des  
consultations externes du centre  
hospitalier d'Orsay, pour en faire  
une vitrine de l'hôpital.**

---

**Nicolas PARNEIX**

---

# Remerciements

---

Je les adresse à l'ensemble de l'équipe de direction du Centre hospitalier d'Orsay, pour leur disponibilité, et tout particulièrement à Maryse PIZZO-FERRATO, mon maître de stage. Je remercie également M.Eric GRAINDORGE, directeur du centre hospitalier d'Orsay-Longjumeau pour mon intégration dans son équipe et ses conseils avisés.

Je remercie Mme LOZANO, cadre de santé du service des consultations externes pour son aide indispensable sur un sujet qui la concerne en tout premier lieu. Je remercie également l'ensemble des secrétaires médicales du CHO pour le temps qu'elles ont bien voulu m'accorder.

Enfin, je remercie l'ensemble des agents administratifs du centre hospitalier d'Orsay que j'ai eu le plaisir de côtoyer et qui m'ont toujours apporté une aide précieuse.

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION	p.3
<b>1- LES CONSULTATIONS EXTERNES HOSPITALIERES AU CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY: PRESENTATION ET ANALYSE DE L'ACTIVITE</b>	<b>p.6</b>
1.1 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE EMPLOYEE ET DU TERRAIN D'ETUDE	p.6
1.1.1 Une méthodologie basée sur des questionnaires et des entretiens semi-directifs	p.7
1.1.1.1 <i>Deux enquêtes réalisées par le recours à des questionnaires</i>	
1.1.1.2 <i>Des entretiens semi-directifs</i>	
1.1.2 Insertion des consultations externes du CHO dans leur environnement	p.8
1.1.2.1 <i>Le CHO dans son environnement socio-économique</i>	
1.1.2.2 <i>Le CHO dans son environnement concurrentiel</i>	
1.2 L'ORGANISATION DES CONSULATIONS EXTERNES AU CHO	p.12
1.2.1 un parcours du combattant pour le patient qui nécessite un réel apprentissage de la organisation de la structure	p.15
1.2.1.1 <i>Les principales étapes du circuit du patient</i>	
1.2.1.2 <i>Principaux points négatifs de ce circuit</i>	
1.2.2 un service à l'activité soutenue mais qui est arrivé aux limites de ses possibilités dans les conditions actuelles	p.16
<b>2 ENJEUX ET PROPOSITIONS AU NIVEAU DE L'AMELIORATION DU CIRCUIT DU PATIENT</b>	<b>p.21</b>
2.1 LA FONCTION ACCUEIL: LE MOMENT OÙ LE PATIENT DOIT DEVENIR UN CLIENT	p.21
2.1.1 Professionnaliser l'accueil téléphonique en évitant l'errance du patient	p.22
2.1.2 Etablir un réel accueil physique des patients	p.23
2.1.3 Optimiser la gestion des rendez-vous en établissant une charte opposable aux médecins	p.24
2.2 LE JOUR DE LA CONSULTATION : SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LE CIRCUIT DU PATIENT	p.25
2.2.1 Optimiser le circuit du patient avec une idée maîtresse : la simplification.	p.26
2.2.2 le rôle central des secrétaires médicales des consultations externes	p.27
2.2.2.1 <i>La question de l'existence d'une souffrance au travail des secrétaires médicales des consultations externes du CHO</i>	
2.2.2.2 <i>L'effectif cible pour le service des consultations externes du CHO</i>	
2.2.2.3 <i>Comment harmoniser la charge de travail des secrétariats médicaux du CHO ?</i>	

2.3	APRES LA CONSULTATION : UN MOMENT CLEF POUR ACCROITRE LE ROLE DE VITRINE DES CONSULTATIONS EXTERNES	p.34
2.3.1	le compte rendu médical, relation concrète entre la médecine de ville et la médecine hospitalière	p.35
2.3.2	Etablir un lien durable entre l'institution hospitalière et la médecine de ville	p.37
<b>3</b>	<b>ENJEUX ET PROPOSITIONS AU NIVEAU DE L'AMELIORATION DU PILOTAGE MANAGERIAL ET FINANCIER</b>	p.40
3.1	FAIRE DU PILOTAGE DES CONSULTATIONS EXTERNES UNE PRIORITE DU CHO	p.40
3.1.1	Doter les consultations externes du CHO d'un tableau de bord, afin de leur assurer un retour d'information pertinent et en temps réel de leur fonctionnement	p.41
3.1.2	Anticiper les besoins ou les problèmes connus avant chaque consultation	p.42
3.2	VERS UN EQUILIBRE FINANCIER DURABLE DES CONSULTATIONS EXTERNES	p.44
3.2.1	Des marges d'économies et de redéploiement existent sans dégrader pour autant l'accueil du patient	p.45
3.2.2	Agir sur le volet recette de l'activité des consultations externes en optimisant le codage des actes et en agissant sur le taux de recouvrement	p.47
	CONCLUSION	p.51

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP-HP : assistance publique – hôpitaux de Paris

AS : aide soignante

ASHQ : agent des services hospitaliers qualifié

BO : bloc opératoire

CA : conseil d'administration

CE : consultation externe

CO : chirurgie orthopédique

CV : chirurgie viscérale

CH : centre hospitalier

CHL : centre hospitalier de Longjumeau

CHO : centre hospitalier d'Orsay

CHU : centre hospitalier universitaire

CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CME : commission médicale d'établissement

CNRS : centre national de la recherche scientifique

DIM : département de l'information médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la santé).

DRH : direction des ressources humaines

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPS : établissement public de santé

ETP : équivalent temps plein

HAS : Haute autorité en santé

IDE : infirmière diplômée d'Etat

IDF : Île-de-France

IM : imagerie médicale

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LAM : laboratoire d'analyse médicale

M : maternité

M3 : médecine (service de médecine situé au 3<sup>ème</sup> étage du CHO)

M5 : médecine (service de médecine situé au 5<sup>ème</sup> étage du CHO)

MCO : Médecine, chirurgie et Obstétrique

MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers  
MMG : maison médicale de garde  
NGAP : nomenclature générale des actes professionnels  
P : pédiatrie  
PP : pédopsychiatrie  
PSPH : participation au service public hospitalier  
RAD : radiologie  
REA : réanimation  
SMUR : service médicalisé d'urgence et de réanimation  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
T2A : tarification à l'activité  
TM : ticket modérateur  
U : urgences  
USLD : Unité de soins de longue durée

## Introduction

Les consultations externes d'un établissement de santé sont à la fois une vitrine et une porte d'entrée dans l'institution. Le déroulement de cette consultation, de la prise de rendez-vous à l'éventuelle programmation d'une hospitalisation, déterminera à la fois l'appréciation du patient sur la qualité de la prestation fournie, mais dictera également le comportement du patient quand celui-ci désirera consulter à nouveau. Sans compter que le bouche à oreille constitue, pour les activités médicales et chirurgicales, un excellent moyen de recrutement des patients.

Mais que regroupe exactement le terme générique de consultations externes ? Aucun texte de nature réglementaire ou législative ne donne de définition de la consultation. Pourtant la consultation à l'hôpital fait l'objet depuis longtemps de l'attention des autorités sanitaires. Ainsi leur existence fut consacrée par la loi du 21 décembre 1941 et par le décret du 3 août 1959 qui établit leur caractère obligatoire pour les établissements de santé. Aujourd'hui, les consultations externes apparaissent fondues dans l'ensemble des missions des établissements publics de santé (EPS) définies par l'Article L.6111-1 du code de la santé publique qui prévoit que « les établissements de santé publics [...] assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. ».

En matière de définition de la notion de consultation, seul l'article 15 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) prévoit que « la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante, ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci. »

Pour ce qui concerne l'aspect externe d'une consultation, la circulaire du 12 février 1983 prévoit que les consultations externes hospitalières sont plus larges que la consultation en médecine de ville dans la mesure où « sa caractéristique est de mettre à disposition des patients en un lieu unique une variété de spécialités et d'équipement et de leur offrir ainsi un accès à un plateau technique performant ». Ainsi selon cette circulaire, l'unité de lieu et la diversité de l'offre médicale définissent la consultation externe.

Dès lors un patient reçu en consultation externe peut être défini comme celui qui n'est pas hospitalisé et qui est reçu dans un centre hospitalier pour un diagnostic ou un traitement, en dehors d'un cadre d'urgence et dans un temps qui n'excède pas la durée d'ouverture de la structure assurant la consultation.

Cette définition pose donc bien la différence essentielle entre consultations externes et service des urgences d'un centre hospitalier : l'aspect prévisible ou pas du recours au médecin. Ce point mérite d'être signalé dans la mesure où il fonde un des aspects importants des consultations externes : la possibilité de prévoir la venue d'un patient, de remplir au mieux les missions d'accueil et d'assistance, d'organiser cette venue afin de l'optimiser et accueillir ensuite ce patient de façon programmée dans les services d'hospitalisation en cas de nécessité. Cet élément paraît fondamental particulièrement pour les centres hospitaliers de petite ou moyenne taille comme le centre hospitalier d'Orsay (CHO), possédant un bloc opératoire en concurrence avec le secteur privé et qui ont souvent du mal à saturer les plages horaires des installations de chirurgie. C'est dans ce dernier point que réside toute la problématique du rôle de vitrine d'un service de consultations externes pour un centre hospitalier (CH).

Le rôle des consultations externes de « recruteur » de patients en hospitalisation programmée est confirmé par une étude de la DREES<sup>1</sup>. En effet, d'après cette étude, quatre consultations externes sur dix sont liées à des hospitalisations et plus de la moitié sont effectuées en spécialités chirurgicales. Ce dernier élément confirme donc la problématique énoncée ci-dessus : accroître le nombre de patients vus en consultations externes revient à accroître le nombre d'hospitalisations programmées (même si l'association immédiate dans le temps d'une consultation puis d'une hospitalisation ne concerne que 5% des cas). L'étude de la DREES permet également de connaître le type de patients qui fréquente le plus souvent les consultations externes hospitalières. Près de 25 millions de consultations externes hospitalières ont lieu chaque année dans les services de court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique MCO) sur l'ensemble du territoire national, dont la moitié en chirurgie et près du tiers en médecine. Les patients choisissent les consultations externes des hôpitaux avant tout parce qu'ils sont adressés par un professionnel de santé extérieur à l'établissement (66% pour la première consultation). La proximité géographique, la réputation des médecins et l'intérêt pour les tarifs pratiqués, inférieurs à ceux du secteur privé, sont les éléments qui reviennent le plus souvent dans le choix par les patients, du recours aux

---

<sup>1</sup> TELLIER S, BOISGUERIN B. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières. Etudes et résultats de la DREES N°167, avril 2002.

consultations externes hospitalières<sup>2</sup>. C'est aux âges extrêmes (moins d'un an et plus de 65 ans) que les personnes consultent le plus à l'hôpital et, parmi elles, davantage les hommes que les femmes. Les diplômés de l'enseignement supérieur sont plus nombreux parmi les usagers des consultations externes qu'en population générale (respectivement 24% et 18%). Les inactifs sont en proportion importante, surtout du fait des retraités (30% contre 24% en population générale). Les chômeurs y sont sensiblement moins nombreux (5,7% contre 12% en population générale). Ainsi, l'accueil des patients en consultation externes constitue une part importante de l'activité des hôpitaux. Ainsi pour la seule AP-HP, trois millions de consultations externes sont pratiquées chaque année par près de 5000 médecins dont 50% sont des praticiens attachés.

Pour autant, les consultations externes hospitalières ont souvent été considérées comme secondaires par rapport aux activités d'hospitalisation. L'activité clinique au lit du malade ou interventionnelle au bloc restent encore aujourd'hui pour les médecins hospitaliers leur cœur de métier mais également l'aspect le plus valorisant de leur activité. Cet intérêt souvent vécu comme moindre par les professionnels de santé a longtemps pénalisé les consultations externes. De la même façon, le précédent mode de financement des EPS par dotation globale ne favorisait pas le développement de ce secteur d'activité. Bien au contraire, les consultations externes étaient perçues comme coûteuses et sources de problèmes (patients mécontents de l'accueil, surface occupée au dépens d'une activité MCO, activité consommatrice de personnels). Au final les consultations externes ont souffert d'un enjeu financier perçu comme mineur par les décideurs hospitaliers. Elles se sont pourtant développées par la force des choses, souvent de manière empirique, autonome et disparate, poussées par une demande croissante des patients.

**Ainsi, d'un côté il est possible de constater la forte demande des patients en matière de consultations et de facto le rôle de vitrine des consultations externes. Celles-ci sont génératrices d'activité programmée et donc source d'une pérennité financière pour les établissements, dans un mode de financement à 100% régi par la tarification à l'activité (T2A). D'un autre côté, il apparaît un faible intérêt accordé à cette activité par les hospitaliers qui ont laissé ce secteur se développer de façon autonome et disparate. Cette opposition, appliquée au centre hospitalier d'Orsay, fonde la problématique de ce présent mémoire.**

---

<sup>2</sup> Note de présentation à la CME du 8 janvier 2008, de la mission d'appui sur les consultations externes de l'AP-HP.

Afin d'envisager au mieux la totalité des moyens possibles pour redonner aux consultations externes du CHO leur rôle de vitrine et de moteur pour l'activité de l'établissement, nous envisagerons trois aspects différents. Dans un premier temps, nous aborderons le terrain de cette étude à travers une présentation et une analyse critique des consultations externes au CHO (1). Puis dans un second temps nous examinerons afin d'améliorer ce service, les enjeux et les propositions qu'il est possible de faire en matière de circuit du patient (2) puis les enjeux et propositions sur des aspects financiers et managériaux (3).

## **1- LES CONSULTATIONS EXTERNES HOSPITALIERES AU CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY: PRESENTATION ET ANALYSE DE L'ACTIVITE**

Les consultations d'un centre hospitalier sont constituées avant tout par les personnels qui font vivre un service tourné vers l'accueil et la prise en charge sur un temps limité des patients. Optimiser une telle organisation pour en faire une vitrine d'un CH, nécessite avant tout d'en comprendre le fonctionnement, le mode de circulation de l'information, le circuit du patient, les interactions avec les autres services de l'hôpital (§1.2). Cependant, se limiter à la seule connaissance du service des consultations externes ne suffit pas. En effet, insérées entre la ville et l'hôpital, les consultations externes doivent également s'analyser au regard de la population qui l'entoure et de l'offre de soins libérale qui s'est développée autour d'elles (§1.1). C'est l'objet de cette première partie. Deux grandes voies méthodologiques ont été utilisées au cours de ce travail afin de pouvoir présenter un état des lieux du service des consultations externes au sein du CHO.

### **1.1- PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE EMPLOYEE ET DU TERRAIN D'ETUDE**

Une attention particulière a été portée sur la méthodologie employée au cours de cette étude sur l'optimisation des consultations externes du CHO. En effet, ce travail s'inscrit dans un contexte difficile : les organisations syndicales dénoncent régulièrement en CHSCT un certain nombre de cas de souffrances au travail concernant notamment les secrétaires médicales du service des consultations externes. Ainsi, afin de préserver toute l'impartialité nécessaire à cette étude afin de mener vers des résultats non contestables, il a été décidé d'élaborer les instruments méthodologiques présentés ci-dessous dans la plus grande transparence.

### **1.1.1- Une méthodologie basée sur des questionnaires et des entretiens semi-directifs.**

#### **1.1.1.1- Deux enquêtes réalisées par le recours à des questionnaires.**

Deux types de populations sont apparues rapidement prioritaires dans le but de dresser un état des lieux des consultations externes. Le premier échantillon étudié fut celui des secrétaires médicales dont l'effectif est le plus nombreux au sein du personnel des consultations externes. L'échantillon retenu fut celui qui regroupe la totalité des secrétaires médicales de l'hôpital (soit 35 secrétaires). En effet, le premier intérêt d'une telle approche est de savoir s'il existe une spécificité à la fonction de secrétariat médical des consultations externes en matière de charge de travail, de pénibilité du poste et de bien-être au travail. Un questionnaire en ce sens a été élaboré sur la base de questions fermées (Cf. annexe 2). Ces questions portent sur la détermination objective de la structure de travail de chaque secrétaire (proportion du temps de travail passé à l'accueil physique du patient, proportion du temps de travail passé à la frappe de documents...). Mais ces questions portent également sur les conditions de travail et l'environnement de travail (agressivité des patients et des collègues, pénibilité liée à certaines tâches, possibilité de prendre une pause repas ou la totalité des congés, sentiment par rapport à la charge de travail). Chaque question a fait l'objet d'une réponse soit sous forme de durée (en minutes) ou de quantité (nombre de pages d'un document frappé), soit sous forme d'appréciation subjective de la secrétaire basée sur une échelle allant de 1 à 10 (exemple : une charge de travail perçue comme insupportable par l'agent est notée 10 par la secrétaire elle-même). Ce questionnaire présenté à la direction du CHO, à la médecine du travail et aux organisations syndicales, a fait l'objet d'une information devant le CHSCT du CHO avant sa mise en œuvre concrète. Ce questionnaire a nécessité 35 rencontres individuelles avec les secrétaires médicales du CHO d'un peu plus d'une heure chacune, débouchant sur une analyse de la répartition sur l'ensemble de l'hôpital de la charge de travail des différents secrétariats (Cf. § 2.2.2 et annexe 6).

La seconde enquête concerne les patients reçus en consultation externe au sein du CHO. Cette enquête utilisant un questionnaire (Cf. annexe 1) vise à identifier les principales causes de mécontentement des patients dans l'accueil dont ils bénéficient aux consultations externes. Ce questionnaire porte sur six questions fermées (Cf. § 1.2.1), relatives à l'accueil téléphonique, au délai d'attente, à la situation géographique des consultations et à la satisfaction générale du patient de son suivi dans cette structure. L'échantillon est constitué de 100 patients issus de toutes les disciplines médicales.

### 1.1.1.2- Des entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif a été utilisé principalement auprès des personnes rencontrées exerçant des responsabilités en lien direct ou indirect avec les consultations externes du CHO (dont la liste figure en annexe 4). La méthodologie employée a été basée sur l'élaboration d'un guide d'entretien propre à chaque personne rencontrée. Ces guides prévoyaient dans un premier temps une à deux questions ouvertes portant sur une approche globale du sujet des consultations externes dans le but de ne pas influencer la personne rencontrée avec la suite des questions. Puis dans un second temps, a été présentée à la personne une série de sous-thèmes abordés sans précision excessive afin de ne pas enfermer la personne dans ses réponses. Cette technique semi-directive permet à la fois d'aborder la totalité du sujet et de contrôler l'entretien afin que la cohérence d'ensemble du sujet soit préservée.

### **1.1.2- Insertion des consultations externes du CHO dans leur environnement.**

Les consultations externes d'un centre hospitalier sont par définition le trait d'union entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Optimiser le fonctionnement d'un service de consultation externe oblige en tout premier lieu à s'interroger sur la ville qui l'environne, c'est-à-dire à la fois la population et l'offre de soins en matière libérale.

#### 1.1.2.1 Le CHO dans son environnement socio-économique

Le CHO est un établissement de référence du territoire de santé 91-2 (Région Ile-de-France, département de l'Essonne). Le territoire 91-2 compte 505.000 habitants soit 4,5% de la population de la région Île-de-France mais 41% de la population de l'Essonne. La population du territoire est globalement plus jeune que celle de la région et la mortalité générale du territoire est inférieure à celle de la France métropolitaine. Cependant, cette analyse globale du territoire ne doit pas cacher de fortes disparités. En effet, le recrutement des patients du CHO est centré sur les communes du bassin de vie composé des villes d'Orsay (16.600 habitants), Les Ulis (26.000 habitants), Palaiseau (30.000 habitants) et Gif-sur-Yvette (22.000 habitants). Ce bassin de vie présente de fortes disparités en termes socio-économiques. En effet, la commune d'Orsay avec une densité de 2.082 habitants/Km, dont 22% de moins de 20 ans alors que la moyenne départementale est de 28%, est une ville globalement « plus âgée » que les autres villes du bassin de vie, avec un habitat essentiellement pavillonnaire. En effet, 19% des orcéens ont plus de 60 ans (contre 15,8% dans l'Essonne) et les personnes de plus de 75 ans représentent près de 6%. Ainsi, la

population résidant à Orsay apparaît à la fois plus âgée mais également plus qualifiée que la moyenne de l'Essonne. En effet, Orsay compte 33% de ménages cadres (contre 16,3% dans l'Essonne), le secteur tertiaire représentant près de 81% de l'activité économique (nucléaire, pharmacie, électronique, aéronautique, informatique). Siège de l'Université Paris-Sud 11, la ville d'Orsay est située au cœur d'un pôle d'excellence scientifique avec sur son territoire les écoles de Supélec, Supotique, et des laboratoires de l'institut Curie et du CNRS. L'école polytechnique se situe sur le plateau de Saclay, près d'Orsay. Le taux de chômage sur la commune d'Orsay est ainsi près de 2 fois inférieur à la moyenne régionale et le revenu moyen par ménage est de 27.000 euros par an. A contrario, la situation socio-économique des Ulis, situé à 4 km d'Orsay apparaît en tout point opposée : une population plus jeune, une situation économique plus dégradée avec un taux de chômage de 13% soit le double de la région île-de-France. La densité de population est de 4978 habitants / Km<sup>2</sup> soit plus du double de la ville d'Orsay, ce qui traduit un mode d'habitation sous forme de grands ensembles architecturaux regroupés. Enfin, les villes de Palaiseau et Gif-sur-Yvette apparaissent comme des villes « intermédiaires » entre les situations d'Orsay et des Ulis (exemple du revenu par ménage de la ville de Palaiseau : 22.000 euros par an).

**Ainsi, le bassin de recrutement pour le service des consultations externes du CHO apparaît contrasté. Si pour Orsay ce bassin apparaît idéal : âges extrêmes bien représentés (moins d'un an et plus de 65 ans), diplômés de l'enseignement supérieur plus nombreux, inactifs en proportion importante (du fait des retraités et chômeurs peu nombreux), la situation de la ville des Ulis est, à contrario beaucoup moins favorable au développement en volume du nombre de consultations et d'actes associés au sein du CHO.**

**D'ailleurs, l'étude du secteur libéral dans le bassin de vie du CHO témoigne bien de cette répartition très contrastée. La médecine de ville et l'activité chirurgicale privée se répartissent précisément là où se situe le plus grand potentiel d'activité.**

#### 1.1.2.2- Le CHO dans son environnement concurrentiel

Le centre hospitalier d'Orsay a une capacité de 424 lits et places autorisés au 31 décembre 2008 dont 157 en MCO, 157 en psychiatrie et 110 lits de gériatrie. Les services du CHO sont répartis en 5 pôles cliniques (pôle psychiatrie adulte, pôle médecine aiguë, pôle de la femme, de l'enfant et de la famille, pôle chirurgie, pôle gériatrie), un pôle d'appui aux activités cliniques et un pôle administratif. Au total, le CHO compte 146 médecins pour un effectif total de 890 agents. Avec un budget de 68,8M€, le CHO présente un résultat excédentaire en 2008 de 148.000€ (soit 0,2% des dépenses). Ce résultat est en dégradation par rapport à 2007. L'équilibre financier de l'établissement est donc très précaire aujourd'hui.

Une des nombreuses pistes envisagées par la direction de l'établissement pour préserver l'équilibre financier est d'accroître l'activité programmée en chirurgie. En effet, le bloc opératoire du CHO est aujourd'hui sous employé.

Le deuxième EPS du territoire de santé 91-2 est le centre hospitalier de Longjumeau (CHL) situé à 10 km du CHO. La direction du CHO et du CHL est assurée par une même équipe dont la mission essentielle est d'accroître les collaborations entre ces deux établissements, pour, à terme, augmenter l'offre de soins sur le territoire. Un des souhaits forts de cette direction commune est d'éviter la privatisation des actes techniques et courants de chirurgie et de médecine, et de permettre une plus grande mutualisation des fonctions supports entre les deux établissements. Avec l'établissement public de santé mentale de Perray-Vaucluse, le CHO et le CHL sont les 3 établissements publics du territoire.

Ce territoire dispose, toute forme de prise en charge confondue, de 18 établissements de santé localisés essentiellement dans la partie nord (Cf. annexe 3). Cette répartition apparaît cohérente au regard de la répartition de la population sur le territoire, le sud du territoire étant plus rural que le nord, très influencé par la proximité de Paris. Ce même territoire compte également 2 établissements PSPH, 2 établissements privés à but non lucratif et 7 établissements privés à but lucratif. En matière de prise en charge MCO, le territoire 91-2 apparaît moins bien doté que les deux autres territoires essonniers, à la différence de la prise en charge en SSR et USLD. Les équipements lourds comprennent 34 postes d'hémodialyse, 6 scanners, 4 IRM, 6 angiographes, 1 tomographe à émission de positons, 3 gamma caméras et 3 appareils de circulation extra-corporelle.

La prise en charge des urgences est assurée par 4 services d'urgence et 3 SMUR. Le territoire dispose d'une maison médicale de garde (MMG) à Orsay et de 3 secteurs de permanence des soins ambulatoires coordonnés par une association assurant la gestion de la participation des médecins libéraux à cette permanence.

Enfin, en matière de prise en charge des personnes âgées, le territoire 91-2 compte 7 EHPAD soit 552 places d'hébergement et 5 CLIC.

L'offre de soins en matière de prise en charge MCO se répartit sur la zone d'Orsay entre le CHO qui recrute à hauteur de 35% dans son territoire, la clinique privée Jacques Cartier à Massy (12% des séjours MCO), l'hôpital privé d'Antony (6% des séjours), le centre médico-chirurgical de Bligny (6% des séjours), l'hôpital Antoine Béclère à Clamart (3% des séjours) et enfin les autres établissements dont les hôpitaux parisiens (38% des séjours dont 15% à Paris). Ainsi, le taux de fuite des séjours effectués en dehors du territoire de santé d'Orsay pour des personnes y résidant est de 65%. L'attraction parisienne est donc bien là, elle est structurelle pour les CH de banlieue.

En matière d'offre de soins libérale, les disparités socio-économiques semblent lourdement impacter la répartition de l'offre. En effet, la commune d'Orsay compte 51 médecins libéraux dont 16 généralistes. Si la densité médicale en médecins généralistes est conforme à la moyenne régionale (9,7 médecins pour 10.000 habitants), cette densité est près de deux fois supérieure en termes de spécialistes (21,2 spécialistes pour 10.000 habitants contre 8 dans l'Essonne et 11 en Île-de-France). Cette inégale répartition des spécialistes est également forte à l'échelle du seul territoire de santé. En effet, pour ce qui concerne la commune des Ulis, on ne compte que 6 spécialistes pour 10.000 habitants, soit près de 4 fois moins qu'Orsay. Par ailleurs, 51% des médecins de la commune d'Orsay exercent en secteur II. L'âge moyen des médecins en exercice à Orsay est de 49 ans. On constate une parité entre homme et femmes. Ainsi, en ce qui concerne les professions libérales, ce territoire est plutôt mieux doté que la région pour les médecins généralistes, sages femmes, infirmières et kinésithérapeutes. En revanche, il est sous-doté en spécialistes pour l'ensemble du territoire de santé 91-2.

**Là encore l'environnement des consultations externes du CHO apparaît contrasté. Les atouts essentiels pour le CHO de la répartition de la concurrence en matière d'offre de soins libérale sont la sous dotation en spécialistes du territoire 91-2 (même si la commune d'Orsay est deux fois mieux dotée que la moyenne IDF) et la forte proportion de spécialistes exerçant en secteur II. Par ailleurs, la présence d'une MMG et d'une bonne proportion de médecins généralistes sont autant de voies de recrutements possibles pour les consultations externes du CHO (66% des primo-consultants à l'hôpital sont adressés par un médecin)<sup>3</sup>. Enfin, le dernier atout pour les consultations externes du CHO est la présence à proximité d'une ligne de RER venant faciliter la circulation des patients entre les villes aux alentours et le CHO. Pour autant ces atouts ne doivent pas cacher les difficultés structurelles de la répartition de l'offre de soins pour les consultations externes du CHO : un développement très important du secteur privé avec l'implantation de cliniques privées à proximité.**

Ainsi après avoir présenté le centre hospitalier d'Orsay puis avoir décrit l'environnement socio-économiques et médical des consultations externes du CHO, il paraît nécessaire de mieux comprendre le mode d'organisation de ce service

---

<sup>3</sup> TELLIER S, BOISGUERIN B. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières. Etudes et résultats de la DREES N°167, avril 2002.

## 1.2- L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS EXTERNES AU CHO

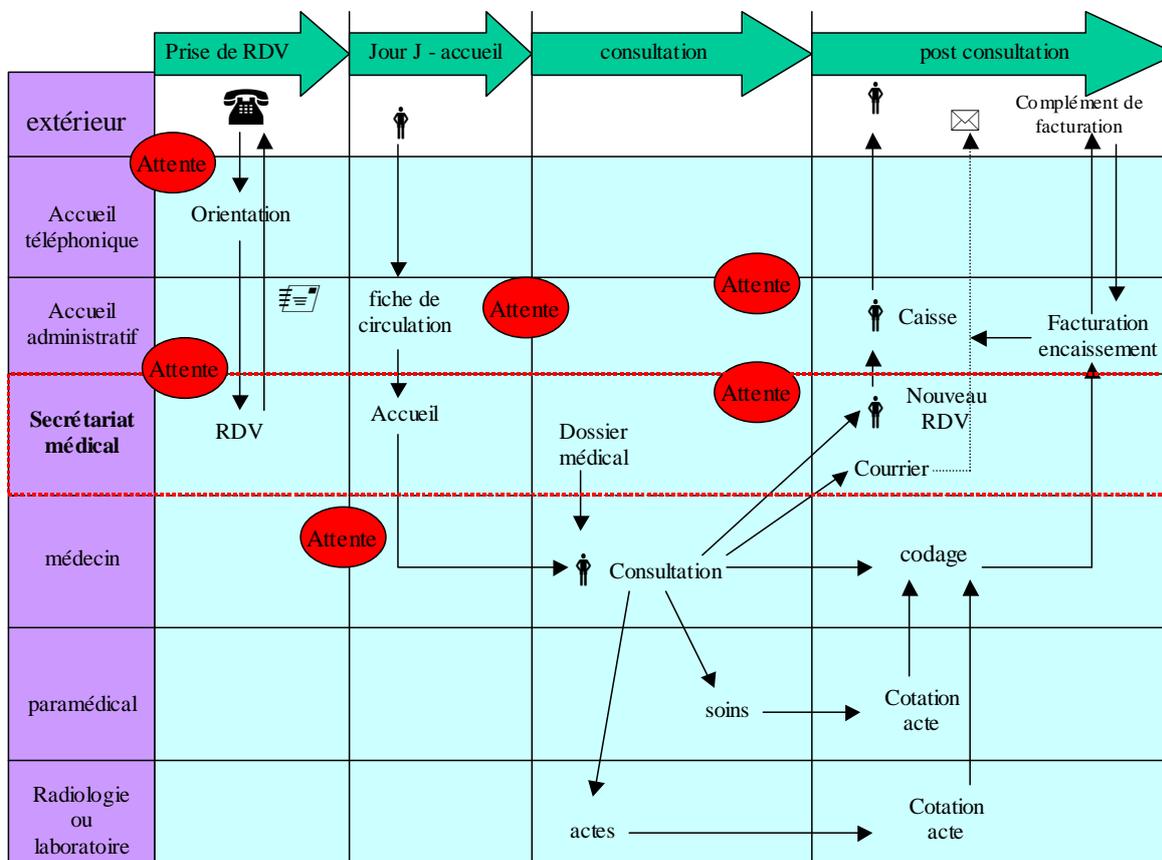
Afin de décrire avec précision l'organisation des consultations, deux angles de vue sont proposés. Le premier propose de se placer du côté du patient, en décrivant le circuit qui est emprunté par ce dernier. Ce circuit paraît à bien des égards être un véritable parcours du combattant (§1.2.1). Puis dans un second temps, il s'agira de se placer du côté du cadre responsable de ce service afin d'en comprendre l'organisation de l'intérieur (§1.2.2).

### 1.2.1- Un parcours du combattant pour le patient qui nécessite un réel apprentissage de l'organisation de la structure

Comprendre le circuit du patient nécessite de se mettre à sa place de façon très concrète, afin de décomposer les différentes étapes et les difficultés qu'il rencontrera, de son arrivée au centre hospitalier jusqu'à son départ.

#### 1.2.1.1- Les principales étapes du circuit du patient

Le schéma ci-dessous représente de façon synthétique le circuit du patient au cours d'une consultation au CHO, c'est-à-dire de la prise de rendez-vous par téléphone à la sortie de l'hôpital.



Le schéma ci-dessus du parcours du patient semble plutôt fluide et relativement linéaire. Il faut toutefois préciser que le schéma ne rend pas compte des différents lieux où chaque étape se déroule, des distances parcourues par les patients, entre les couloirs, les ascenseurs, les salles d'attentes. Ce schéma est par ailleurs théorique. En effet, il retrace le circuit du patient dans l'hypothèse où celui-ci ne commet aucune erreur d'orientation qui l'amènerait inévitablement à des déplacements inutiles et à des délais d'attente supplémentaires.

Lorsqu'un patient souhaite consulter un médecin du CHO en externe, il doit préalablement prendre rendez-vous au niveau soit des services pour certaines spécialités (chirurgicales notamment), soit des consultations externes. La plupart des primo-consultants qui tente de joindre le CHO compose soit le numéro des urgences (c'est en effet le premier numéro qui figure sur l'annuaire), soit le numéro du standard. Dans ce dernier cas, la procédure est en partie automatisée par un disque vocal invitant les patients à composer un chiffre donné pour rentrer en contact avec les consultations externes. De nombreux entretiens menés auprès des secrétaires médicales a permis de montrer que dans la plupart des cas, en l'absence de réponse des consultations externes du fait de la saturation des lignes, il y a une véritable errance téléphonique des patients auprès des services assurant de l'accueil direct du public (radiologie, laboratoire, urgences). Cette situation a plusieurs conséquences : une surcharge de travail pour des services déjà saturés d'appels, un encombrement supplémentaire et inutile du réseau téléphonique et surtout une image dégradée de l'institution incapable soit de fournir le bon interlocuteur, soit d'expliquer pourquoi il est impossible de joindre la bonne personne. Il est déjà à ce stade possible d'estimer qu'une petite partie de la patientèle peut être perdue pour le CHO du fait de l'impossibilité répétée de joindre un agent des consultations. Les patients habitués ont, eux, fait l'apprentissage du système et se sont donc procurés, dans la plupart des cas, le numéro direct du service qui les intéresse. C'est le premier exemple de l'apprentissage nécessaire que doivent faire les patients.

Dans l'hypothèse la plus répandue où le patient obtient un rendez vous avec un médecin des consultations externes, celui-ci se rend donc le jour J sur le site du CHO.

A l'entrée, après avoir monté les quelques marches qui permettent l'accès à l'hôpital (accès par une rampe possible), le patient des consultations externes se retrouve dans un hall, ne disposant pas d'accueil physique. Le consultant doit alors prendre la direction de l'accueil administratif afin de se faire identifier au moyen de sa carte d'identité. Une fiche de circulation lui est remise et l'agent administratif indique alors la localisation du service des consultations externes. Cette étape comporte le premier délai d'attente qui ne dépasse que très rarement les 10 minutes (mn). Une fois que ce dernier a compris la position du service des consultations, il lui reste à trouver l'accès à l'escalier situé derrière lui

au moment où celui-ci rentre dans le hall d'entrée de l'hôpital. D'après le sondage mené auprès des patients des consultations externes (Cf. annexe 1) à la question 4 « avez-vous trouvé facilement les consultations externes, lors de votre première venue au CHO ? », 63% des personnes interrogées répondent par la négative. Une grande majorité avoue s'être fait aider ou s'être perdu dans les étages. En effet, si la signalétique est claire pour les personnes actives en pleine possession de leurs moyens, elle apparaît de petite taille pour les personnes âgées et noyée au milieu des autres panneaux informatifs. Par ailleurs, un certain nombre de patients primo-consultants ne savent pas qu'avant l'accès au service des consultations externes, ils doivent préalablement se doter d'une fiche de circulation. Ainsi, ces patients doivent refaire le chemin en sens inverse vers l'entrée, puis retourner au 1<sup>er</sup> étage du CHO, lieu où se situent les consultations externes. Autre conséquence en dehors du désagrément pour le patient de ce défaut d'information : un certain nombre de secrétariats médicaux se voient obliger de réorienter ces patients vers les consultations ou l'accueil, causant comme précédemment pour l'aspect téléphonique, une surcharge de travail inutile.

Une fois arrivé au secrétariat médical des consultations, le patient peut être amené à y attendre deux fois, la première fois en arrivant, la seconde fois en partant. Ainsi, il n'est pas rare qu'entre le moment de son entrée dans l'établissement et le moment où il se retrouve dans le bon lieu d'attente, un patient puisse perdre entre 15 et 25 minutes. Une fois identifié par la secrétaire médicale des consultations, le patient attend son tour près de la salle d'examen dans une salle d'attente qui voit circuler également les patients hospitalisés en fauteuils ou sur un chariot, venant consulter.

Une fois la consultation terminée, le patient songe avant tout à quitter l'établissement, surtout s'il a subi des attentes longues avant de voir le médecin. Lui demander de repasser par le secrétariat médical des consultations pour reprendre un éventuel rendez-vous, puis au guichet administratif pour payer avec les attentes inhérentes, peut être mal vécu et générer des comportements de fuite, préjudiciables à minima à la trésorerie de l'établissement et à maxima à l'équilibre financier du CHO. A noter cependant que seuls les patients n'ayant pas de mutuelles doivent s'acquitter auprès de la caisse du CHO de la part non prise en charge par la sécurité sociale. Les autres patients glissent leurs fiches de circulation dans une boîte en quittant l'établissement, sans délai d'attente.

Outre la complexité et les files d'attentes liées aux allers retours entre l'accueil administratif, le secrétariat médical et la caisse du CHO, ce schéma ne fait pas apparaître une complexité supplémentaire liée au site lui-même : en effet, les consultations externes du CHO sont situées au 1<sup>er</sup> étage de l'hôpital général, lui-même situé en plein cœur de la ville d'Orsay. Le patient peut avoir 3 origines : la ville d'Orsay (arrivée à pied ou en bus), une

autre ville aux alentours accessibles en RER (il n'y a que 5mn à pied entre la gare RER et le CHO) ou toute autre origine (venue en véhicule personnel). Garer son véhicule devant le CHO est, aux heures de bureau, très compliqué car le parking public payant situé au pied de l'hôpital ne compte qu'une trentaine de places et est commun avec le parking de la mairie. Ainsi, si les personnes actives sont en mesure de se déplacer facilement, les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap, qui sont une des principales patientèles des consultations externes (Cf. introduction) sont bien souvent très fortement pénalisées.

#### 1.2.1.2 Principaux points négatifs de ce circuit

Premier élément qui apparaît immédiatement à la lecture du schéma ci-dessus : **la multiplication des temps d'attente avec 6 possibilités d'attente différentes**, dont 2 téléphoniques et 4 physiques. Ces temps d'attente n'incluent pas le délai d'attente de la consultation elle-même, qui varie en fonction des spécialités entre quelques jours et plusieurs mois (Plus de 6 mois en neurologie et 3,5 mois en ophtalmologie). D'après le sondage mené auprès des patients des consultations externes du CHO (Cf. annexe 1), 75% des patients ont attendu plus de 30 jours pour avoir un rendez-vous. D'après ce même sondage à la question 3 « combien de temps avez-vous attendu en salle d'attente ? », 90% des personnes interrogées affirment avoir attendu plus d'une demi-heure. Dans la plupart des cas cette attente dépasse l'heure, alors que d'après l'étude de la DREES<sup>4</sup> précédemment citée, cette attente dans les autres CH est en moyenne de 30mn, la moitié des personnes interrogées déclarant même avoir attendu moins de 20mn.

Ainsi, bien que le CHO ne dispose d'aucun système permettant la mesure des délais d'attente, il est possible de dresser un bilan approximatif de ces délais : 15mn nécessaire à l'accès à la salle d'attente, 45mn d'attente en moyenne en salle d'attente, 20mn de consultation et 5mn nécessaire à la sortie. **Dès lors, il paraît difficile pour un patient d'envisager de passer (en moyenne) moins de 1h30 de présence sur le CHO pour une consultation de 20mn.**

Ce circuit du patient fait également apparaître de façon très nette, **le rôle central du secrétariat médical des consultations externes**. En effet, ces agents sont les seuls à intervenir à toutes les étapes de la consultation. Ils constituent donc à la fois l'image des consultations, mais également le centre névralgique. D'après le sondage mené auprès des patients des consultations externes (Cf. annexe 1) aux questions 1 et 2 relatives à l'accueil téléphonique des patients, 85% des patients disent avoir trouvé la secrétaire médicale

---

<sup>4</sup> TELLIER S, BOISGUERIN B. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières, pp. 8-9, Etudes et résultats de la DREES N°167, avril 2002 .

professionnelle et agréable mais **70% avouent avoir eu du mal à rentrer en contact avec le secrétariat médical du fait d'un grand encombrement des lignes téléphoniques. Ce dernier point n'est satisfaisant ni pour les patients, ni pour les secrétaires pour lesquelles le téléphone ne cesse des sonner en permanence.**

Ce schéma permet également de mettre en évidence pour le CHO, **deux points noirs dans le circuit du patient qui se situent à l'entrée du circuit (attente, erreur de procédure, erreur d'orientation) et à la sortie (comportement de fuite, énervement).** En effet, une fois que le patient a rempli ses formalités administratives, qu'il est arrivé au bon endroit, dans la bonne salle d'attente, en dehors de l'inconfort lié à l'attente, il n'encourt plus véritablement de risque d'accident de parcours. Le cœur de métier de la consultation, c'est-à-dire la prise en charge médicale se fait selon un processus simple et bien maîtrisé. En revanche, c'est bien aux extrémités du processus que se concentrent les difficultés organisationnelles.

**Ainsi, comme dans la plupart des centres hospitaliers, venir consulter un médecin au centre hospitalier d'Orsay peut s'avérer être un véritable parcours du combattant dont la difficulté s'accroît en même temps que l'âge des patients. En effet, les pièges et les subtilités sont nombreux tout au long de ce parcours, les occasions de se perdre aussi, surtout pour des patients âgés, dont les déficits visuels, auditifs, cognitifs et moteurs ne sont pas pris en compte. L'absence d'accueil tenu par une personne physique joue pour beaucoup dans la désorientation des personnes âgées.**

**Cependant, le sondage réalisé (annexe 1) met également en avant la capacité des patients à faire l'apprentissage de cette organisation. En effet, les résultats sont très différents entre les primo-consultants et les patients habitués aux consultations externes du CHO. Les difficultés d'orientation et de procédures semblent s'estomper dès la deuxième consultation au CHO. Enfin, pour tous les types de patients, l'attente est omniprésente aux six grandes étapes décrites dans le schéma ci-dessus. Elle est jugée excessive par la plupart.**

**1.2.2- un service à l'activité soutenue mais qui est arrivé aux limites de ses possibilités dans les conditions actuelles.**

Le tableau ci-dessous permet de faire une présentation d'ensemble des consultations externes du CHO et un bilan de leur activité mesuré en nombre de consultations et en nombre d'actes réalisés en 2008. Sont également présentés les facteurs de production de cette activité, à savoir le nombre de salles d'examen, le nombre de médecins, d'IDE, d'AS et ASH, etc. La particularité des consultations du CHO est l'unité de

lieu qui les caractérisent (à l'exception des consultations de gynécologie). En effet, à la différence de nombreux autres établissements, l'ensemble des consultations externes du CHO est regroupé au niveau d'un même plateau technique. Ainsi, sur ce même plateau le CHO compte 6 salles d'examens et 4 salles d'examens spécialisées (endoscopie digestive, ORL, ophtalmologie et exploration fonctionnelle en pédiatrie).

Cette activité et ces moyens de productions de soins et de diagnostics des consultations externes du CHO sont comparés dans le tableau ci-dessous avec les résultats d'un audit de la MEAH<sup>5</sup> portant sur 8 établissements ayant communiqué leurs chiffres en matière de consultation. Ces établissements sont les CH de Cornouailles (29), Saint Briec (22), Brest (29), Montargis (45), Beauvais (60), Chartres (28), le groupe hospitalier Henri Mondor (94) et l'institut catholique de Lille (59). Seule la moyenne des 8 établissements rentre en ligne de compte. Cette moyenne sera par la suite assimilée à un seul et même établissement « fictif » dont le principal intérêt est son caractère représentatif de la situation des consultations externes dans les autres EPS. Afin d'être tout à fait complet, il est précisé que les consultations de gynécologie-obstétrique, qui se déroulent en dehors du plateau technique des consultations, ne sont pas comptabilisées ci-dessous.

		Etude MEAH	CHO
ressources matérielles	nombre de salles spécialisées	15,0	6,0
	nombre de salles d'examens	18,0	4,0
	total salles	33,0	10,0
ressources médicales	nombre de spécialités	18,7	21,0
	nombre de médecins consultants	63,1	63,0
	nombre d'heures / semaines	486,3	273,0
ressources humaines	cadre	0,7	1,0
	IDE	9,7	6,4
	AS	7,7	1,0
	SM	9,8	3,6
	Agents administratifs	9,5	0,0
	ASH	2,8	1,0
	brancardiers	1,0	1,0
	orthoptiste	0,8	0,0
total des effectifs		41,9	14,0
Activité	nombre de consultations	44 841,8	20 649,0
	nombre d'actes en externes	22 710,1	12 150,0

<sup>5</sup> MEAH, Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et cliniques. Rapport de phase 1, février 2008.

Ainsi, à ce stade il est possible de constater que si les consultations externes du CHO en nombre représentent 46% des consultations de l'établissement fictif, le nombre de spécialités représentées est pourtant supérieur de 12% (Cf. annexe 7 – répartition de l'activité des consultations externes du CHO en 2008). **Ainsi le CHO semble avoir particulièrement diversifié son offre en matière de spécialités médicales et chirurgicales.** Ceci s'avère d'autant plus méritoire que le nombre de salles est particulièrement réduit au regard du nombre de médecins et au regard du nombre de spécialités exercées.

Le tableau ci-dessous permet de préciser la densité de l'exercice médical par salle d'examen. Ainsi, si tous les médecins venaient consulter en même temps sur le plateau des consultations externes du CHO, il y aurait plus de 6 médecins par salle alors que l'établissement fictif n'en compte que 2. Si toutes les spécialités médicales s'exerçaient en même temps, il y aurait près de 2 spécialités par salle au CHO, contre la moitié d'une dans l'établissement fictif. Enfin, au CHO, une même salle permet d'assurer près de 27 heures de consultation par semaine contre 15 dans une salle de l'établissement fictif.

Etude MEAH	CHO	indicateur
1,9	<b>6,3</b>	nombre de médecins par salles
0,6	<b>2,1</b>	nombre de spécialités par salles
14,7	<b>27,3</b>	nombre d'heures de consultation par semaine et par salle

Dès lors, une première conclusion relative à l'organisation des consultations externes du CHO paraît évidente : **la diversité des spécialités médicales est importante, à tel point qu'elle conduit à une forte optimisation des plages horaires au regard de ce qui se fait en moyenne dans les 8 établissements témoins retenus par la MEAH.**

Cependant, il faut préciser qu'un certain nombre de consultations sont pratiquées en dehors du service des consultations externes : quelques médecins exerçant dans les spécialités les plus demandées pratiquent des consultations dites « sauvages » dans leurs services. Pourtant toutes ces consultations apparaissent bien dans l'activité du CHO, mais les salles ne sont pas décomptées dans le tableau ci-dessus (cependant, le nombre de ces consultations « sauvages » reste limité).

Cette forte optimisation des plages horaires des salles de consultation est confirmée par le tableau qui suit. En effet, on constate que si la production d'actes et de consultation par heure est légèrement inférieure au niveau du CHO (un médecin du CHO produit en un temps donné moins d'actes et de consultation qu'un médecin de l'établissement fictif), le nombre d'actes et de consultations, par salle est près de deux fois supérieur au CHO.

Etude MEAH	CHO	indicateur
2047	3280	Nombre d'actes et de consultations par salles
2,7	2,3	nombre d'actes et de consultations par heures

**Ceci signifie que la raison principale de l'optimisation des moyens des consultations externes du CHO repose davantage sur l'utilisation des plages horaires des salles que sur la productivité des médecins (productivité légèrement inférieure à celle de leurs collègues de l'établissement fictif).**

Pour ce qui concerne l'encadrement des consultations externes, le tableau ci-dessous dresse un bilan fondé sur la détermination du taux d'encadrement par type de personnels. Ce taux d'encadrement est le rapport entre les effectifs et le nombre d'heures par semaines de consultations. Ainsi, le taux d'encadrement global peut s'analyser comme étant la quantité de personnels présents pour 100 heures de consultations.

Etude MEAH	CHO	indicateur
8,6%	5,1%	taux d'encadrement global
0,1%	0,4%	taux d'encadrement en cadres
2,0%	2,3%	taux d'encadrement en IDE
2,1%	0,7%	taux d'encadrement en AS et ASHQ
2,0%	1,3%	taux d'encadrement en SM

Dès lors, on constate en premier lieu que le taux d'encadrement pour un cadre est quatre fois supérieur pour les consultations externes au niveau du CHO par rapport à l'établissement fictif et légèrement supérieur pour les IDE. Pour autant, l'ensemble des autres personnels est sous-représenté, notamment les AS et ASHQ (trois fois moins nombreux que pour l'établissement fictif).

En matière de secrétaires médicales, pivot du fonctionnement des consultations externes, le CHO compte 3,6 ETP pour 63 médecins assurant des consultations, alors que l'établissement fictif compte 9,8 ETP pour 63 médecins. Le tableau ci-dessous permet de dresser une projection du nombre de secrétaires médicales qu'il faudrait au service des consultations externes du CHO pour se situer dans la moyenne de l'établissement fictif.

Nombre de secrétaires nécessaires au CHO / établissement fictif	
comparaison avec l'étude de la MEAH fondée sur l'activité	4,7
comparaison avec l'étude de la MEAH fondée sur le nombre d'heures de consultations par	5,5
comparaison avec l'étude de la MEAH fondée sur le nombre de médecins	9,7

Dans tous les cas, il apparaît que les consultations du CHO manquent de secrétaires médicales dans des proportions allant de 1,1 ETP à 6,1 ETP. Ceci est une première piste d'explication du malaise ressenti par ces personnels, et du relais syndical donné à cette souffrance.

Dans l'hypothèse où il faudrait transposer les taux d'encadrement de l'établissement fictif à ceux du CHO (1<sup>er</sup> colonne), il faudrait procéder au recrutement de 9 agents, principalement des agents administratifs, des aides soignantes et des secrétaires médicales. Une partie de l'encadrement et des IDE pourrait à contrario être redéployée vers d'autres services du CHO.

	effectifs transposés	effectifs actuels	écarts
cadre	0,4	1,0	-0,6
IDE	5,5	6,4	-0,9
AS	4,3	1,0	3,3
SM	5,5	3,6	1,9
Agents administratifs	5,3	0,0	5,3
ASH	1,6	1,0	0,6
brancardiers	0,6	1,0	-0,4
<b>Total</b>	<b>23,1</b>	<b>14,0</b>	<b>9,1</b>

Cependant, il paraît indispensable de préciser que l'étude de la MEAH est établie sur la base d'**établissements de santé dont les consultations externes ne comportent aucune garantie d'une réelle réflexion organisationnelle, ni une quelconque garantie de recherche en matière de gain de productivité**. La plupart des établissements ayant participé à l'étude de la MEAH comportait par exemple un plateau technique des consultations externes dispersé sur plusieurs étages. **Ainsi, il n'est pas possible de considérer que l'établissement fictif issu de la moyenne de 8 établissements audités par la MEAH est un modèle à suivre. Les effectifs transposés ci-dessus ne donnent qu'une indication du mode de fonctionnement, certainement non optimale, dans les autres établissements de santé. Le schéma-cible en matière d'effectifs est sans doute intermédiaire entre les deux modes d'organisation. Cependant il est intéressant de constater que si les consultations externes du CHO souffrent d'un manque d'agents administratifs et de secrétaires, elles comportent plus de cadres et d'IDE. Cette situation permet d'objectiver la présence d'un glissement de tâches, qui n'est satisfaisant ni pour les agents, ni pour les finances du CHO. En effet, il est toujours préférable d'employer une infirmière à réaliser des actes infirmiers plutôt que des tâches administratives pouvant être confiées à un agent administratif.**

Ainsi, l'étude de l'organisation des consultations externes au niveau du CHO montre la très bonne optimisation du service dans l'utilisation des salles d'examen. Ce phénomène se traduit par une bonne productivité du service qui a néanmoins trois contreparties négatives: des délais d'attente qui s'allongent pour les patients dans l'accès aux salles d'examen du fait de la densité de leur occupation et de l'imprévisibilité du temps nécessaire à chaque type de consultation, les dégradations des conditions de travail des secrétaires médicales et des autres personnels, avec un effet de ciseau redoutable : un manque d'effectif combiné à une sur-occupation des salles amenant plus de patients, donc plus de rendez-vous, donc plus de compte-rendus et un glissement de tâches obligeant les

IDE à accomplir des tâches administratives dans un contexte général de pénurie d'infirmières. **Les consultations externes du CHO ont donc certainement atteint leurs limites en termes de développement et d'activité à moyen constant. De plus, il apparaît que les tentatives d'amélioration apportées à cette situation dans le passé se sont le plus souvent traduites par une juxtaposition de petites mesures d'urgence, sans réelle vision d'ensemble du problème.**

Après avoir dressé cet état des lieux de l'organisation des consultations externes du CHO, il convient d'examiner les moyens d'apporter des solutions aux problèmes relevés. Deux grands types de dysfonctionnements ont été identifiés : des problèmes qui s'attachent au circuit du patient (§2), et des problèmes liés au pilotage des consultations tant sur le plan managérial que financier ( §3).

## **2. ENJEUX ET PROPOSITIONS AU NIVEAU DE L'AMELIORATION DU CIRCUIT DU PATIENT**

Repenser le circuit du patient oblige à s'interroger de façon très large sur l'ensemble des processus d'accueil et de prise en charge administrative du patient. La fonction accueil peut revêtir trois aspects : **l'accueil téléphonique** est celui de tous les dangers, il peut décider un patient/client à s'adresser ailleurs. En effet, dans l'impossibilité de joindre le bon interlocuteur, le patient aura tendance à considérer qu'il en sera tout autant à chaque phase de la consultation. **L'accueil physique** donnera l'image de l'institution : entrer dans un hôpital et s'orienter à partir de la seule signalétique souvent confuse et multiple donne un sentiment d'abandon pour le patient. Enfin, **l'accueil médical** constituera le cœur de la relation médecin-malade. Cependant, si l'institution ne peut intervenir dans la relation médecin malade, elle peut faire en sorte que cette rencontre se déroule dans les meilleures conditions, c'est l'enjeu principal de l'accueil médical pour le CHO.

### **2.1 LA FONCTION ACCUEIL: LE MOMENT OÙ LE PATIENT DOIT DEVENIR UN CLIENT**

En matière d'accueil, le premier contact qu'aura le primo-consultant est le contact téléphonique avec les services du CHO. Le premier objectif de l'accueil téléphonique ne peut pas être la mise en contact immédiate du patient/client avec la bonne secrétaire médicale mais il se doit d'apporter au patient la bonne information.

### 2.1.1 Professionnaliser l'accueil téléphonique en évitant l'errance du patient.

Comme il a été indiqué ci-dessus, à ce jour, les voies d'accès téléphonique directes au CHO sont multiples : standard, imagerie, consultation, urgences. Ces voies d'accès téléphoniques sont données soit par l'annuaire téléphonique dans leur totalité, soit par le site Internet du CHO, soit par le disque vocal du numéro d'accès principal. Aujourd'hui, les patients primo-consultants qui souhaitent joindre par téléphone les consultations externes, s'ils ont recours à l'annuaire, composent souvent le premier numéro qu'ils lisent : ce premier numéro est le numéro des urgences. La secrétaire médicale des urgences transfère donc au standard cet appel. Le standard procède alors au transfert de l'appel aux consultations. Si les consultations sont en mesure de répondre immédiatement, l'appel se termine là. Dans le cas contraire, en l'absence d'indication de l'état d'occupation de la ligne, le patient met fin à l'appel de sa propre initiative. Dès lors, soit il rappelle à nouveau les urgences, soit il consulte plus en détail l'annuaire en tentant sa chance à nouveau, soit il renonce. Ce comportement est confirmé aux termes des nombreux entretiens réalisées avec les secrétaires médicales de l'ensemble des services du CHO : **il apparaît en effet que les erreurs d'orientations sont légions**, avec un record pour les urgences dont le taux d'appels erronés avoisine les 40% selon la secrétaire. Il est donc nécessaire de simplifier cet accès téléphonique au CHO, dans le but premier d'éviter l'errance téléphonique mais également, à l'aide d'outils informatiques en lien avec le serveur téléphonique central de l'hôpital, de mesurer un certain nombre de variables qui font défaut aujourd'hui (le taux d'appels perdus principalement).

Une des solutions qui pourrait être retenue est la centralisation sur le standard de l'ensemble des appels extérieurs. Pour ce faire, la mention du seul numéro du standard dans l'annuaire où sur le site internet du CHO apparaît souhaitable. Les personnes n'ayant jamais été en contact avec les services du CHO seraient ainsi canalisées sur le standard alors que les patients habitués disposeraient d'un numéro d'accès donné par le service s'ils le souhaitent. Cette solution impose donc dans sa mise en œuvre deux éléments importants : la suppression du disque vocal (l'orientation du patient serait réalisée par les agents du standard uniquement afin de diminuer les risques d'errances) et une révision du planning des équipes du standard afin d'assurer en permanence la présence de deux agents le jour (pour une ouverture de 6H à 22H) et un agent la nuit. L'effectif actuel du standard de 7 ETP paraît largement suffisant pour réaliser cette réorganisation à moyen constant. Outre la possibilité d'avoir une meilleure vision du nombre d'appels perdus, cette solution permettrait de normaliser d'un point de vue qualité, la prise en charge du patient par les agents d'accueil.

### **Groupe de Propositions n°1 : centraliser les appels entrants dans le CHO.**

- suppression du disque vocal ;
- réorganisation du standard et redéploiement possible des agents en surnombre vers l'accueil téléphonique des consultations externes (cf. groupe de propositions n°5);
- indication de l'état d'occupation des lignes et du délai d'attente ;
- mise en œuvre en routine du calcul du taux d'appels perdus ;
- mention sur l'annuaire ou sur Internet du seul numéro du standard, comme voie téléphonique unique d'entrée dans le CHO.

### **2.1.2 Etablir un réel accueil physique des patients**

L'errance des patients est certes téléphonique mais elle est également physique le jour où ceux-ci se présentent à l'entrée de l'hôpital. En effet, aujourd'hui en l'absence de personnel dédié à l'accueil, les patients désorientés s'appuient sur le personnel de l'hôpital repéré par la blouse blanche et qui passe par hasard dans le hall d'entrée. Cette situation a créé, peu à peu, pour le personnel un réflexe de fuite qui consiste à éviter de passer par le hall d'entrée principal. Si cette situation est préjudiciable pour le personnel, elle l'est avant tout pour le patient.

Il paraît donc indispensable de prévoir, au centre du hall d'entrée du CHO un comptoir d'accueil et d'orientation des patients. La fonction accueil est également demandée dans le cadre de la certification par la HAS. Le coût de la mise en œuvre d'un accueil physique permanent est important mais il pourrait être fortement diminué si l'accueil téléphonique et l'accueil physique étaient assurés par le même personnel. Aujourd'hui 7 ETP sont dédiés à l'accueil téléphonique, mais leur positionnement dans l'hôpital empêche qu'ils puissent réellement jouer un rôle d'accueil physique. L'installation d'un comptoir d'accueil au centre du hall pourrait donc être envisagée, malgré les dépenses d'investissement inhérentes au déplacement des câbles téléphoniques et informatiques.

### **Groupe de Propositions n°2 : mutualiser l'accueil téléphonique et physique**

- Installation d'un comptoir d'accueil au centre du hall d'entrée (non chiffré en dépense d'investissement) ;
- Installation du standard dans ce lieu d'accueil.

### **2.1.3 Optimiser la gestion des rendez-vous en établissant une charte opposable aux médecins.**

Une des grandes causes d'insatisfaction des patients tient au non-respect des horaires de rendez-vous. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'offre du CHO en termes de spécialités médicales au niveau des consultations externes est forte, et le nombre de médecins qui consultent en externe au CHO est très important. Parallèlement le nombre de salles est très réduit et, à dispositif constant, il n'est pas possible d'accroître ce nombre de salles, étant donné les contraintes architecturales du site. Dès lors, le CHO maîtrise mal le délai de rendez-vous qui est nécessairement long. Ainsi, à moins de raisonner avec un nouveau plateau de consultation ou de décentraliser une partie des consultations dans les services, les délais de rendez-vous resteront importants.

Dans ces conditions, les médecins ont l'obligation d'honorer leurs engagements en terme d'heure d'ouverture d'une consultation (sauf cas de force majeure) et de commencer leurs consultations à l'heure. Force est de constater que ce n'est pas aujourd'hui le cas. En effet, il arrive que des médecins du CHO, en décalant quelques fois une période de congés d'une semaine, bouleversent le planning des consultations en entraînant pour les patients malchanceux un report de la date de consultations au délai initial de rendez-vous. Ainsi, des patients bien placés dans la file d'attente se retrouvent en quelques minutes déplacés à l'extrémité de cette même file.

Par ailleurs, un certain nombre de médecins ne commence que très rarement leurs consultations à l'heure prévue pour les patients, sans raisons justifiant ce retard. Dès lors, c'est toute la consultation qui s'en trouve touchée. Au final, ce comportement paraît à bien des égards inacceptable si les consultations externes du CHO doivent devenir une vitrine pour l'hôpital.

Afin de remédier à cet état de fait, une charte pourrait être rédigée. Cette charte prévoirait les droits et obligations du médecin qui désire ouvrir une consultation au sein du CHO. Au nombre des droits, pourrait être mentionné l'engagement du CHO de mettre à disposition des médecins, le meilleur support possible au point de vue informatique, technique et en matière de secrétariat. En contrepartie, le médecin s'engagerait à commencer à l'heure sa consultation et à faire connaître très en amont ses congés.

Afin de rendre cette charte opposable, plusieurs moyens sont envisageables mais tous nécessitent de pouvoir disposer en routine de l'heure de commencement d'une consultation donnée, permettant ainsi de produire un état distinguant les médecins ponctuels des autres médecins. Dès lors, deux options sont possibles : la première est d'appliquer des pénalités financières aux médecins non ponctuels sur l'enveloppe d'intéressement du pôle dont ils relèvent. Les médecins ponctuels bénéficieraient alors d'un bonus provenant du malus des autres. Cette solution quelque peu « agressive » à l'avantage d'obliger les médecins à faire la police entre eux. Cependant les limites de cette solution résident à la fois

dans la possibilité que l'enveloppe d'intéressement par pôles disparaisse en cas de déséquilibre financier de l'établissement et que les autres personnels du pôle (notamment paramédicaux) considèrent que leurs efforts ne sont pas reconnus. Seconde option envisageable : considérer le respect des horaires de début de consultation uniquement sous un angle positif. Il s'agirait dans ce cas de n'accorder que des bonus aux médecins ponctuels sous forme de plages additionnelles. Enfin, dernière option: communiquer de façon régulière à chaque CME et CA, un état récapitulatif des consultations commençant à l'heure avec un score propre à chacun des médecins. Un indicateur tel que le nombre de consultations commencées à l'heure / nombre total de consultations assurées par un médecin, permettrait à chacun de mesurer son respect de ses engagements et du respect qui est dû au patient.

D'une façon générale, c'est une connaissance fine des délais qui permettra la maîtrise de ces derniers. En effet, les médecins ne peuvent être seuls tenus responsables d'un temps d'attente excessif en salle. L'organisation même du service, la gestion des congés et des absences des secrétaires médicales, la durée des plages de consultations prévues au regard de la durée des plages de consultations réalisées, peuvent être à l'origine d'une dégradation du délai d'attente en salle. Il est donc nécessaire de mesurer ce délai, afin de diagnostiquer les problèmes et surveiller les améliorations.

### **Groupe de Propositions n°3: commencer les consultations au jour et à l'heure prévue**

- **Etablissement d'une charte obligatoire présentant les droits et obligations du médecin consultant;**
- **Création d'un indicateur mesurant le délai d'attente en salle ;**
- **Création en routine d'un indicateur mesurant le retard du début des consultations propre à chaque médecin;**
- **Valorisation des médecins ponctuels et/ou présentation à chaque CME et CA du respect des rendez-vous fixés.**

## 2.2 LE JOUR DE LA CONSULTATION : SIMPLIFIER ET FLUIDIFIER LE CIRCUIT DU PATIENT

Le diagnostic ci-dessus a montré que l'arrivée dans l'établissement, comme la sortie, constituaient pour le patient des étapes complexes, longues et susceptibles d'emboliser le circuit du patient. Or ces deux étapes sont pour l'essentiel administratives. La simplification du circuit administratif est donc un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance de l'accueil des consultations externes.

## 2.2.1 Optimiser le circuit du patient avec une idée maîtresse : la simplification

Comme nous l'avons vu précédemment, le circuit du patient est parsemé de temps d'attente. Ces temps d'attente, au nombre de quatre pour les consultations externes du CHO, sont autant d'obstacles à franchir en amont et en aval de la consultation médicale pour le patient. Ils nuisent donc à la fois à la linéarité du passage générant stress et énervement pour le patient et le personnel qui y est confronté, mais ces délais d'attente représentent également un certain gaspillage de temps de travail. Ainsi, toute réforme du circuit administratif du patient doit avoir comme seul objectif de supprimer des étapes en faisant faire par une personne le travail de deux ou trois sur un temps évidemment plus long. C'est donc la mutualisation et le développement d'un socle commun minimum de polyvalence entre secrétaires médicales et agents administratifs qui permettra de simplifier ce circuit.

Plusieurs scénarii ont déjà fait l'objet d'une étude approfondie par les services du CHO, des expériences ont été menées, avec plus ou moins de succès. Cette réflexion du CHO a porté ces fruits : aujourd'hui, si le patient se présente avec sa carte vitale et sa couverture complémentaire, il n'aura qu'un seul passage à faire au niveau administratif (fiche de circulation à l'entrée). Il paraît possible d'aller plus loin en ce domaine.

La décentralisation des agents administratifs situés en amont et en aval du service des consultations externes est peu envisageable du fait de la perte de mutualisation qu'elle engendrerait. En effet, ces agents situés à l'entrée principale du CHO assurent à la fois l'admission et la sortie des patients hospitalisés et des consultants. Disséminer ces agents dans l'ensemble des services accueillant en direct du public (imagerie, laboratoire et consultations) risquerait d'empêcher la mutualisation des tâches qui existe aujourd'hui et ainsi d'engendrer des files d'attentes encore plus longues à chaque guichet en fonction des flux d'arrivée des patients. **A contrario, demander aux secrétaires médicales de procéder à l'émission de la fiche de circulation et la prise en charge financière des patients couverts par une mutuelle apparaît envisageable, à condition qu'elles soient suffisamment nombreuses.** Cette solution qui peut apparaître comme un glissement de tâches des services administratifs vers les secrétaires médicales n'en est pas vraiment un. En effet, il s'agit d'un travail courant pour une secrétaire médicale en médecine libérale. Par ailleurs, ce travail permet d'avoir une prise en charge complète du patient par une secrétaire médicale, ce qui peut apparaître plus valorisant.

Dès lors, les patients ayant une couverture complémentaire pourraient dès lors se rendre directement au secrétariat médical des consultations externes depuis la rue, sans passer par les admissions. Ils se verraient alors remettre une fiche de circulation et leur

serait indiqué leur mode de prise en charge. A l'issue de la consultation, les patients n'auraient qu'à remettre aux secrétaires médicales des consultations les éléments relatifs à la consultation et aux actes pratiqués par le médecin, puis pourraient quitter l'établissement. Les patients n'ayant pas de mutuelle devraient alors se présenter auprès d'un régisseur, présent sur le site des consultations, ce qui nécessiterait une décentralisation d'agent de la caisse.

**Avec ce circuit, le patient serait amené à attendre une fois au lieu de trois. En outre, cette solution a le mérite d'améliorer le taux de recouvrement en évitant au maximum la facturation à domicile des actes pour les patients ayant quitté l'établissement sans payer (Cf. §3.2.2).** Ce taux de recouvrement, stratégique pour la trésorerie de l'établissement, doit être placé sous surveillance par le biais d'un indicateur adéquat qui pourrait être le produit des sommes perçues en encaissement direct sur les sommes encaissables.

**Groupe de Propositions n°4: réaliser l'admission et l'encaissement des patients directement au secrétariat des consultations en créant ainsi une unité de lieu.**

- **Redéploiement d'agent(s) depuis le service des admissions et de la caisse;**
- **Formation des secrétaires médicales à la procédure d'admission;**
- **Réaménagement des locaux afin de permettre à plus de postes d'accueil de fonctionner en même temps ;**
- **Création en routine d'un indicateur du taux de recouvrement.**

## **2.2.2 le rôle central des secrétaires médicales des consultations externes**

Optimiser le circuit du patient afin de placer face à lui le moins d'interlocuteurs possible est positif pour le patient (délais d'attente raccourcis et unité de lieux). Cette optimisation est également positive pour l'hôpital. En effet, moins d'interlocuteurs pour le patient, c'est moins de personnels à mobiliser. Dès lors une réflexion doit être menée concernant les secrétaires médicales.

En effet, les secrétaires médicales jouent certainement le rôle le plus important dans la manière dont se déroule, pour un patient donné, sa consultation pour tout ce qui concerne le non médical. Trois grands types d'activités sont assurées par ce secrétariat. D'une part des fonctions d'accueil (130 personnes à accueillir chaque jour, 70 appels téléphoniques à traiter par secrétaire), une activité importante de frappe de compte-rendus de consultations de médecine, et enfin des tâches de préparation de dossiers médicaux (près de 200 dossiers médicaux sont mis à la disposition des médecins tous les jours).

Afin d'assurer ces tâches, le CHO compte aujourd'hui 3,6 ETP. Ce chiffre apparaît faible au regard de l'analyse menée au paragraphe 1.2.1. En effet, si les

consultations du CHO avaient la même productivité que celle de l'établissement fictif (issu d'une moyenne de 8 établissements français audités par la MEAH) il faudrait entre 5,1 et 9,7 ETP de secrétaires médicales. Cependant ces chiffres sont à prendre avec précaution. En effet, l'établissement fictif n'est pour autant en rien un modèle, mais un simple éclairage permettant d'établir un faisceau d'indices.

Autre élément qui vient corroborer l'état de sous-effectif du secrétariat médical des consultations externes est l'apparition de cas de souffrances au travail relayés par le médecin du travail et les organisations syndicales auprès de la DRH et du CHSCHT. En effet, les organisations syndicales mettent en évidence un état de stress chronique de ces personnels, un état d'épuisement qui perdure en dehors du travail, l'impossibilité de produire un travail sans être dérangé en permanence, une saturation téléphonique et un souhait de voir changer les modes de management du service, trop directif et qui laisse peu de place à l'initiative personnelle.

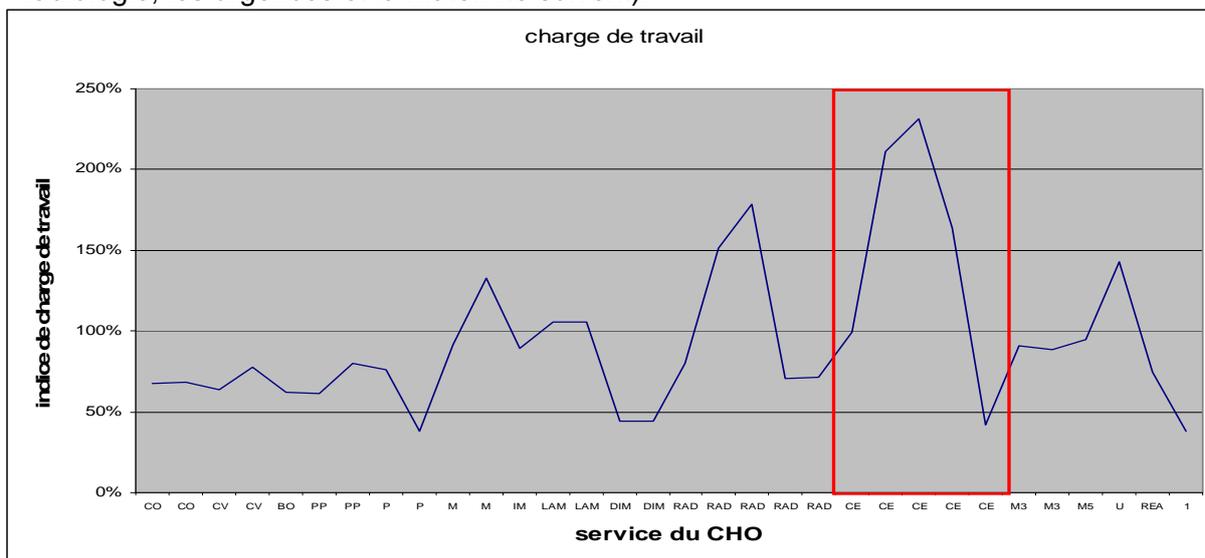
Dès lors, un examen particulier a été porté à cette fonction au sein du CHO afin de répondre à trois questions : Existe-t-il vraiment une souffrance au travail des secrétaires médicales de ce service ? combien les consultations externes du CHO doivent-elles comporter de secrétaires médicales afin que ce service puisse remplir ses missions d'accueil avec plus de sérénité ? Existe-t-il des pistes de redéploiement au sein du CHO des secrétaires médicales déjà en poste ?

#### 2.2.2.1 La question de l'existence d'une souffrance au travail des secrétaires médicales des consultations externes du CHO.

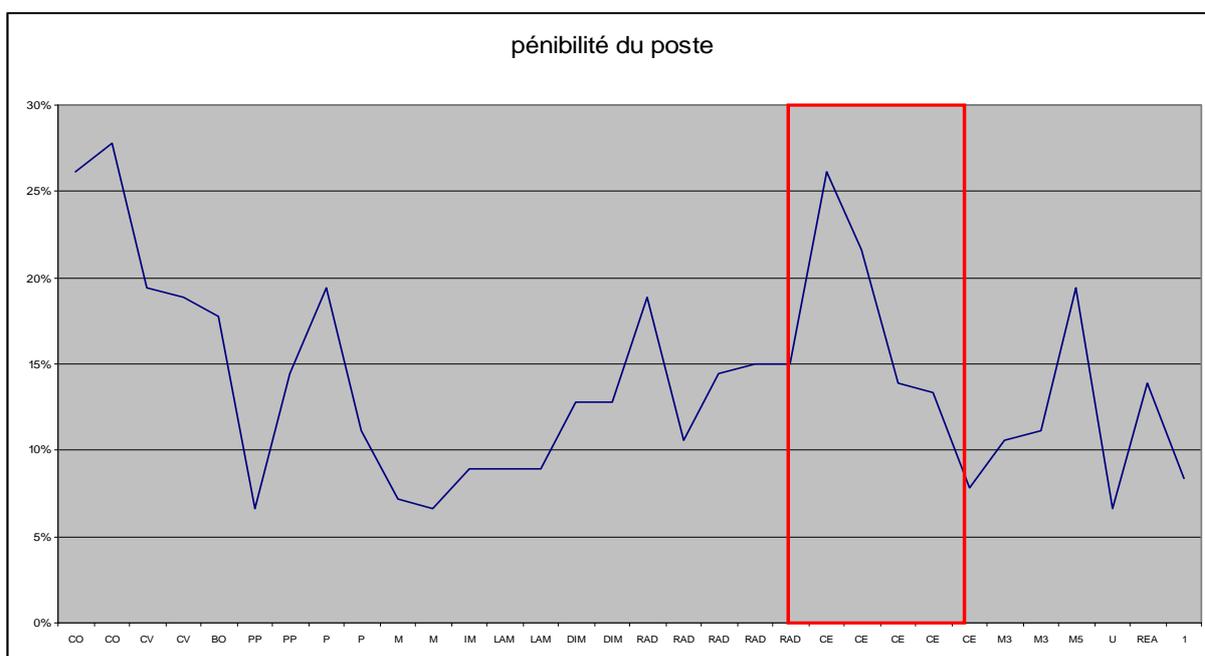
Afin de répondre à cette question, il est nécessaire de dresser un état des lieux de la charge de travail qui pèse sur l'ensemble des secrétariats médicaux afin de savoir s'il existe une spécificité liée aux secrétaires médicales des consultations. Ce travail mené sur une période de 3 mois a nécessité de rencontrer la totalité des secrétaires médicales du centre hospitalier et de remplir pour chacune une grille d'entretien (Cf. annexe 2).

Le tableau figurant en annexe 6 dresse un bilan anonymé de ces entretiens et fait ressortir 3 séries d'indicateurs. Le premier indicateur mesure **la charge de travail des secrétaires médicales** durant la totalité de leur temps de travail. Cette charge de travail tient compte des différents types d'activités qu'effectue une secrétaire médicale au cours d'une journée moyenne de travail. Sa construction est la suivante : quantité de travail fournie sur une journée type (nombre d'appels téléphoniques, nombre de personnes reçues, nombre de compte-rendus tapés...) divisée par le temps de travail effectif. Le second indicateur est un indicateur **de pénibilité du poste**. Sa construction est la suivante : moyenne des pénibilités de chaque activité pondérée par le temps passé pour chaque activité. Enfin, le dernier indicateur porte sur le **bien-être au travail**, sa construction intègre essentiellement la

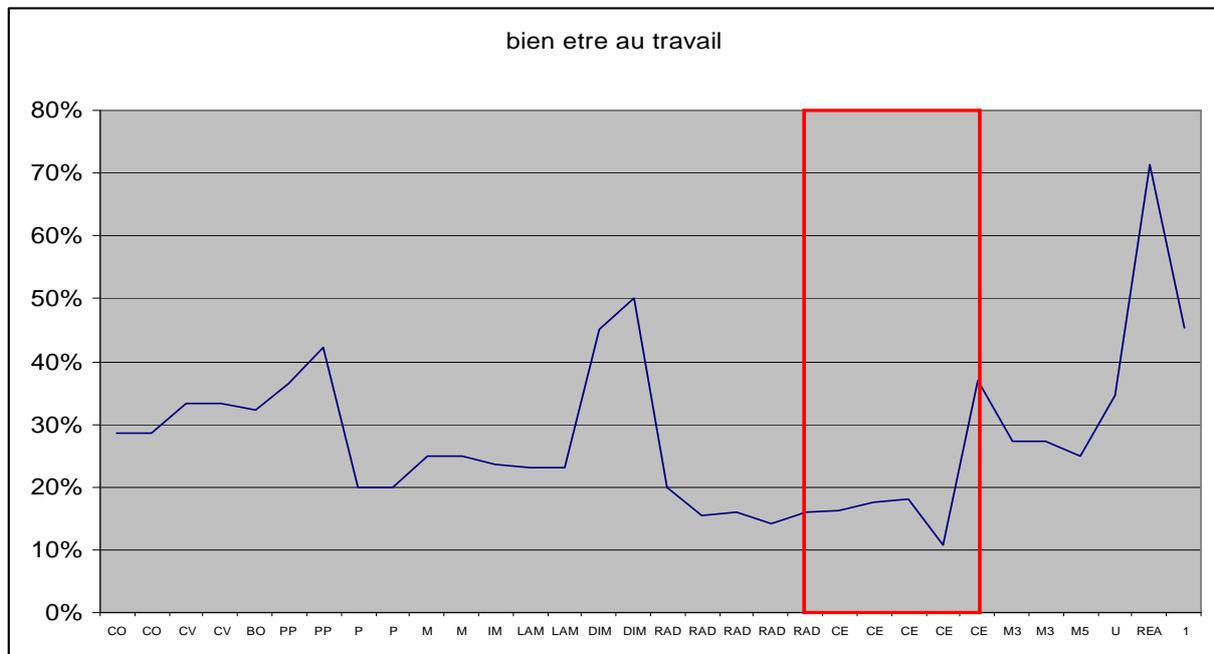
possibilité de prendre facilement ses repas et ses congés, le nombre de secrétaires dans le service, l'installation matérielle et le ressenti de l'agent par rapport à sa charge de travail. Les résultats sont présentés par services dans les 3 graphiques ci-dessous. Le premier graphique représente l'évolution de la charge de travail en fonction du service. Le rectangle délimité en gras fait apparaître le positionnement du service des consultations externes. Il est donc très net que ce secrétariat comporte la charge de travail la plus forte du CHO (la radiologie, les urgences et la maternité suivent).



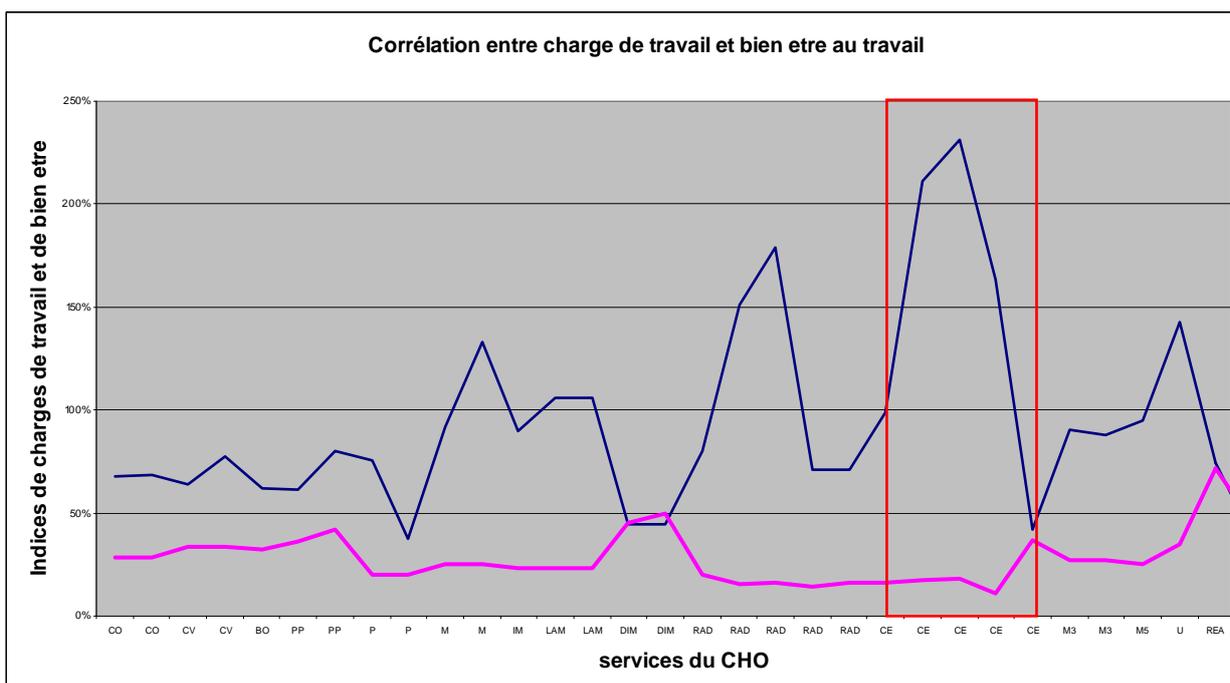
Le second graphique fait apparaître l'évolution de la pénibilité qui s'attache à chaque poste de secrétariat en fonction des services de l'hôpital. Le rectangle délimité en gras fait apparaître le positionnement du service des consultations externes. Cette pénibilité apparaît la plus forte pour les secrétaires médicales du service de chirurgie orthopédique (CO), des consultations externes (CE) mais également pour la pédiatrie (P) et le service de médecine à orientation neurologique (M5).



Le troisième graphique fait apparaître l'évolution du bien être au travail qui s'attache à chaque poste de secrétariat en fonction des services de l'hôpital. Le rectangle délimité en gras fait apparaître le positionnement du service des consultations externes. Ce troisième indicateur confirme le résultat des deux premiers : le bien-être au travail des secrétaires médicales du service des consultations externes est plus bas que la moyenne de l'hôpital (l'ensemble des moyennes sont données dans l'annexe 6).



Enfin, le dernier graphique ci-dessous permet de déterminer s'il existe une corrélation entre la charge de travail (tracé du haut) et le bien-être au travail (tracé du bas en gras). Il apparaît clairement que plus la charge de travail augmente, plus le bien être au travail diminue.



**Ainsi, la conclusion de cette étude apparaît très nette : les secrétaires médicales du service des consultations externes présentent la charge de travail la plus forte de l'hôpital, une forte pénibilité liée à leur poste et un faible bien-être au travail. Dans ces conditions, il est possible que ces agents développent une certaine souffrance liée à leur activité professionnelle.**

Dans cette situation, le rôle primordial d'accueil, d'orientation et de prise en charge des patients dans un climat serein et apaisé devient difficile à assumer pour ces agents. Or, ce comportement paraît indispensable pour positionner les consultations externes du CHO comme un moteur d'activité. Il faut donc répondre à cette situation en augmentant les effectifs du secrétariat médical.

#### 2.2.2.2 L'effectif-cible pour le service des consultations externes du CHO.

Il paraît difficile par le biais de ratio de déterminer un effectif-cible pour un service. En effet, les ressources humaines ne peuvent se limiter à la seule application de formules comptables qui ne peuvent prendre en compte la complexité d'une organisation.

Il paraît donc plus intéressant d'examiner le cas du service d'imagerie médicale du CHO à titre d'exemple. En effet, ce service a organisé son secrétariat autour de 4 postes occupés de manière tournante par 5,5 ETP de secrétaires médicales. Cette organisation permet d'obtenir des postes moins pénibles qu'au niveau des consultations externes pour une charge de travail forte néanmoins. Le léger surnombre d'effectif (5,5ETP) au regard du nombre de poste de travail (4) permet à chaque secrétaire de prendre ses congés sans que ceux-ci n'ait un impact sur la file d'attente de patients à l'entrée du service (comme c'est le cas aujourd'hui pour les consultations externes).

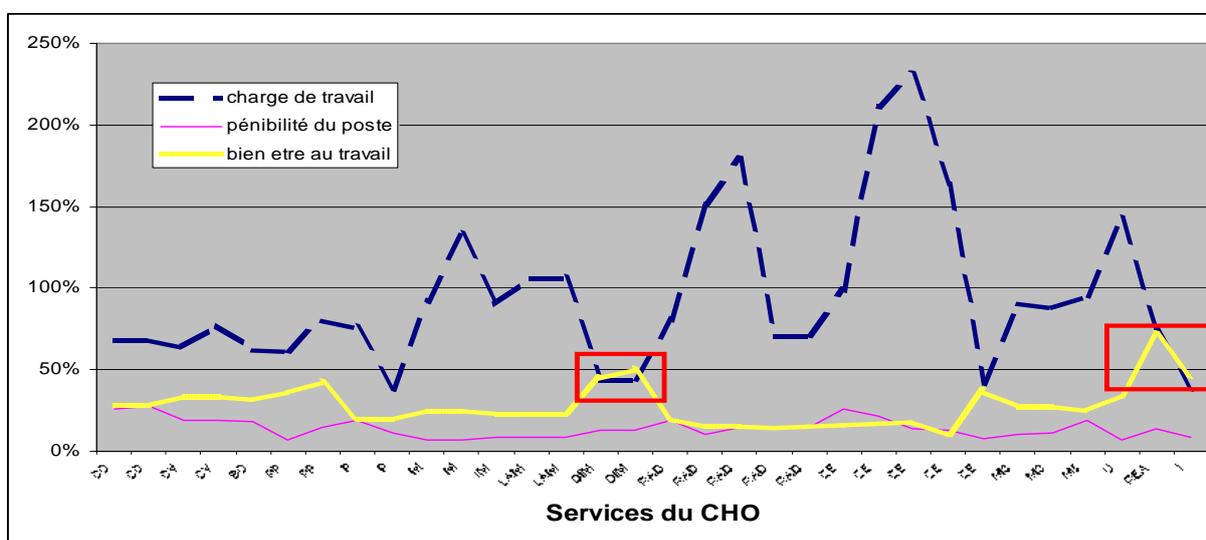
Dès lors, dans la même logique, **un effectif-cible de 6 ETP (soit +2,4 ETP)** pour les consultations externes (pour 5 postes de travail) serait cohérent au regard de l'organisation satisfaisante du service d'imagerie médicale. Ce chiffre correspondrait en permanence et prioritairement à l'occupation de 2 postes d'accueil (1 téléphonique et 1 physique), 1 poste de saisie informatique, 1 poste réservé à la mobilisation des dossiers médicaux des patients et enfin 1 poste réservé à la frappe mais transféré à parité dans les 2 services de médecine (Cf. groupe de propositions n°6). Cet effectif-cible de 5 ETP + 1 ETP transféré, serait par ailleurs cohérent au regard de l'étude de la MEAH évoquée ci-dessus.

Cette croissance du nombre de secrétaires médicales au niveau des consultations externes aurait néanmoins un coût. Le tableau qui figure en annexe 8 permet de connaître précisément le coût net employeur de cette augmentation de 2,4 ETP pour une

année. En effet, l'étude du coût net employeur de l'ensemble des effectifs de secrétaires médicales du CHO fait apparaître un coût de 2922€ par mois. **Ainsi, le recrutement de 2,4 ETP de secrétaire médicale représente la somme de 84.000€ net employeur pour une année. Etant donné la situation financière du CHO, il convient en tout premier lieu d'examiner les pistes de redéploiement en interne.**

### 2.2.2.3 Comment harmoniser la charge de travail des secrétariats médicaux du CHO ?

L'étude dont les résultats sont énoncés ci-dessus fait clairement apparaître que certains services du CHO ont une charge de travail et une pénibilité plus faible que la moyenne du CHO et de facto, un indice de bien être au travail meilleur que la moyenne. Le graphique ci-dessous permet de visualiser les secrétariats médicaux de ces services.



La superposition des courbes de charges de travail (en pointillés) et de bien être au travail (en gras) est un bon indicateur des services pouvant à priori redéployer une partie de leurs quotités de travail de secrétariat médical au profit des consultations externes: il s'agit des services du département de l'information médicale, du service de réanimation et du service de gériatrie. Lors des différents entretiens réalisés avec les secrétaires médicales, il est apparu que les redéploiements qui suivent étaient réalisables sans déstabiliser profondément les services concernés.

	effectif actuel	effectif cible	écart
information médicale	1,5	1	-0,5
Réanimation	0,8	0,5	-0,3
gériatrie	1,5	1	-0,5
<b>total</b>	<b>3,8</b>	<b>2,5</b>	<b>-1,3</b>

Cependant, ces marges de redéploiement par service s'exercent sur des effectifs très réduits (exemple du service de réanimation avec 0,8 ETP). Elles sont également insuffisantes pour atteindre le chiffre de 2,4 ETP. Il paraît donc plus cohérent de faire porter

ces efforts de redéploiement sur une enveloppe plus large: une analyse par pôles paraît ainsi plus indiquée que par services. Dès lors il convient d'essayer de déterminer les pôles comportant un indice de charge de travail plus faible que les autres. Le tableau ci-dessous poursuit cet objectif.

Pôle	score total de charge de travail	quotité de travail de secrétaires médicales (ETP)	charge de travail moyenne par pôles
Chirurgie	2766	5,0	553,1
femme-enfant	5075	5,7	890,4
appui aux activités cliniques	14597	14,3	1020,7
médecine aigüe	4277	4,1	1043,1
gériatrie	387	1,5	258,0
<b>MOYENNE</b>			<b>753,1</b>

A la lecture des résultats de ce tableau apparaît une situation contrastée. En effet, les pôles qui comportent une charge de travail basse en termes de secrétariat médical sont aussi ceux pour lesquels les effectifs sont les plus réduits, entraînant dès lors une difficulté voire une impossibilité de redéployer. Le pôle de gériatrie est un bon exemple : le secrétariat médical présente la charge de travail la plus basse mais ne comporte que 1,5 ETP. Dès lors, un redéploiement des effectifs fondée sur la seule charge de travail par pôles ne semble pas convenir.

Afin d'être tout à fait cohérent, il a été noté, à plusieurs reprises, que des adjoints administratifs remplissent aujourd'hui un certain nombre des activités de secrétaires médicales. En effet, les missions d'accueil téléphonique ou physique des patients peuvent tout à fait être assurées par des adjoints administratifs sans glissement de tâche. Ce périmètre mal défini entre adjoints administratifs et secrétaires médicales doit inciter à intégrer dans les effectifs redéployables de chaque pôle les deux catégories de fonctionnaires. Dès lors que les secrétaires médicales et les adjoints administratifs sont confondus au sein des effectifs redéployables, la question de la mise à contribution du pôle administratif au rééquilibrage de la charge de travail doit être posée.

Ainsi, le tableau ci-dessous dresse un bilan des effectifs de secrétaires médicales et d'adjoints administratifs par pôles, avec pour chacun, la proportion représentée au regard des effectifs totaux.

Pôle	nombre d'agents administratifs (ETP)	ratio	nombre de secrétaires médicales (ETP)	ratio
administratif	45,4	85%	1	4%
appui aux activités cliniques	5,6	10%	8,1	30%
Chirurgie	1	2%	5	18%
médecine aigüe	0,5	1%	4,8	18%
Femme-enfant	1	2%	7,5	27%
Gériatrie	0	0%	1	4%
<b>TOTAL</b>	<b>53,5</b>		<b>27,4</b>	

Ce tableau fait apparaître que 85% des adjoints administratifs sont aujourd'hui localisés au sein du pôle administratif, ce qui n'est pas illogique. Cependant, il va de soi, que les marges de redéploiement sont dès lors plus fortes pour ce pôle. Par ailleurs, il paraît difficile de redéployer des secrétaires médicales depuis des pôles qui n'en possèdent que très peu, comme la gériatrie. Dès lors, cette répartition par pôles amène à tempérer les résultats donnés par l'étude relative à la charge de travail en proposant le schéma de redéploiement ci-dessous : **un redéploiement à parité de 1,2 ETP pour le pôle administratif et 1,2 ETP pour le pôle d'appui aux activités cliniques (PAAC) vers les consultations externes.** Le PAAC a, en effet, le plus gros effectif d'adjoints administratifs et de secrétaires médicales (en dehors du pôle administratif), sans avoir pour autant la plus forte charge de travail. Ce schéma illustre l'effort commun et égal de l'administration et du PAAC (qui intègre les consultations externes) afin de rééquilibrer les charges de travail.

**Groupe de Propositions n°5: rééquilibrer la charge de travail des secrétariats médicaux sur l'ensemble du CHO.**

- **augmenter de 2,4 ETP les effectifs du secrétariat médical des consultations ;**
- **redéployer ce volume de travail à parité depuis les services administratifs et le pôle d'appui aux activités cliniques;**
- **Communiquer auprès du CHSCT sur la prise en compte de sa demande relative à la souffrance au travail des secrétaires médicales ;**
- **Communiquer auprès des médecins sur la mise à contribution de l'administration dans l'effort de rééquilibrage de la charge de travail.**

Ainsi, avec ces 5 groupes de propositions, l'accent est mis sur l'amélioration du circuit du patient en amont de la consultation. Mais l'amélioration du circuit en aval doit également être prise en compte.

### 2.3 APRES LA CONSULTATION : UN MOMENT CLEF POUR ACCROITRE LE ROLE DE VITRINE DES CONSULTATIONS EXTERNES

Après avoir abordé l'accueil du patient puis le circuit qui précède son arrivée devant le médecin consulté, il paraît maintenant utile de s'intéresser à la sortie du patient le jour J et dans les jours suivants sa consultation.

Nous ne reviendrons pas dans ce paragraphe sur la sortie administrative du patient déjà abordée au paragraphe précédent. Nous aborderons uniquement la sortie sous l'angle de la relation entre la médecine de ville et les consultations externes hospitalières.

En effet, cette sortie peut apparaître à bien des égards comme le moment clef où se joue la fidélisation du patient envers les consultations externes de l'hôpital. L'étude de la DREES citée en introduction nous donne en effet une indication précise du mode d'adressage des patients aux consultations externes des hôpitaux.

Le recours à l'hôpital est loin de représenter une forme systématique de recours aux soins chez les usagers des consultations externes. En effet, 88% d'entre eux déclarent s'adresser en priorité à leur médecin généraliste pour un nouveau problème de santé, en dehors d'une urgence. **En outre dans les deux tiers des cas, les patients qui consultent pour la première fois ont été adressés aux spécialistes hospitaliers par un intermédiaire médical** (médecin généraliste majoritairement, médecin du travail, ou médecin spécialiste de ville). 33% des primo-consultants viennent donc de leur propre initiative. Cependant cette part varie fortement en fonction des spécialités concernées. La part de l'initiative personnelle est particulièrement élevée dans les spécialités de gynécologie (67% des patientes). Elle est faible en médecine où près de 80% des patients sont adressés par un intermédiaire médical. **D'après la DREES, à l'issue de la consultation, plus d'un patient sur deux prend rendez-vous pour une consultation ultérieure et parallèlement, plus de quatre patients sur dix manifestent l'intention d'aller consulter leur médecin généraliste à la suite d'une consultation hospitalière.**

Ces chiffres montrent donc bien l'intérêt pour l'hôpital de développer des relations profondes avec la médecine de ville. Ces relations peuvent être abordées suivant deux approches: le compte-rendu médical qui illustre la relation concrète entre la médecine hospitalière et la médecine de ville et la communication permanente à établir entre l'institution hospitalière et la médecine de ville.

### **2.3.1 le compte-rendu médical, relation concrète entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.**

Au niveau national, la DREES nous indique que le médecin traitant est informé des conclusions de la consultation par courrier ou directement par le patient dans environ 66% des cas, et environ dans 75% des cas lorsque le médecin a adressé son patient aux consultations externes. Pourtant ces chiffres n'indiquent pas le délai dans lequel ces courriers parviennent aux médecins traitants. Or il paraît évident en matière médicale que la rapidité d'envoi des conclusions d'une consultation médicale sont par la suite une garantie d'une prise en charge optimale par le médecin traitant de son patient.

Pour ce qui concerne le CHO, il est impossible d'établir un état exhaustif de la proportion de consultations médicales ayant donné lieu à un courrier au médecin traitant, et

au délai d'émission de ces courriers. En effet, le premier obstacle vient sans doute du fait que les compte-rendus et courriers qui suivent une consultation au CHO ne sont pas réalisés dans les mêmes conditions suivant que les patients consultent dans une spécialité chirurgicale ou médicale. C'est le secrétariat médical des services de chirurgie qui assure lui-même la rédaction de ces comptes-rendus, alors que ceux de médecine sont établis par le secrétariat médical du service des consultations externes. Il avait déjà été noté un mode d'organisation similaire pour ce qui concerne la prise de rendez-vous (le secrétariat médical de chirurgie assurant la prise de rendez-vous, à la différence du secrétariat médical de médecine). Les causes de cette variation d'organisation est historique. En effet, durant de longues années, le chef du service des consultations externes fut un médecin non chirurgien. Un « quasi traitement de faveur » a donc été accordé au secrétariat médical de médecine, déchargé des rendez-vous et des compte-rendus issus des consultations externes. Le résultat de cette organisation a produit aujourd'hui une situation inverse du résultat recherché au départ : les comptes-rendus de médecine sont émis 1 mois après la date de la consultation d'après un sondage réalisé sur les dossiers en souffrance, alors que les comptes rendus de chirurgie ne présentent qu'une seule semaine de délai avant émission. La situation a même atteint une dimension ubuesque : le manque de place nécessaire au rangement de dossiers en souffrance, pour lesquels le compte rendu restent à frapper, oblige les secrétaires médicales des consultations externes à faire remonter ces dossiers médicaux dans les services de médecine, puis quelques semaines plus tard, à aller les rechercher dans ces mêmes services afin de rédiger le compte rendu.

Cette organisation a vraisemblablement atteint ses limites aujourd'hui. D'une part, les patients ne peuvent comprendre qu'un rendez-vous de médecine soit pris directement auprès des consultations alors qu'un rendez-vous de chirurgie est pris directement auprès du secrétariat médical de chirurgie. Par ailleurs, un médecin généraliste qui désirerait avoir un compte rendu ne sait à quel secrétariat médical s'adresser. Dès lors, comme nous l'avons évoqué précédemment, un apprentissage est nécessaire à l'heure actuelle aux patients et aux médecins de ville afin de connaître le bon interlocuteur au sein de l'hôpital, cette situation est préjudiciable pour tous : impossibilité d'avoir une unité de lieu et un correspondant unique pour les patients et les médecins de ville, dossiers qui réalisent des allers-retours dans les services avec des risques importants en matière d'identitovigilance et de perte de pièce du dossier, impossibilité de mettre en place des outils de traçabilité (exemple : mesure en routine du délai moyen pour établir un compte-rendu). Au final, la situation actuelle apparaît brouillonne et n'est pas en mesure de donner une bonne image des consultations externes du CHO.

Afin de remédier à cette situation, il paraît nécessaire de définir des protocoles uniformes dans l'établissement des courriers et comptes rendus.

**Il paraît en effet de saine gestion que les comptes-rendus soient réalisés directement auprès des secrétariats médicaux de médecine et de chirurgie et non plus par les secrétaires médicales des consultations externes** (seuls les comptes-rendus relatifs aux actes réalisés en externe sur le plateau technique des consultations continueraient à être élaborés par les secrétaires médicales des consultations). En effet, les médecins hospitaliers qui sont à l'origine de ces comptes-rendus et courriers, passent le plus clair de leur temps dans leurs services. Dès lors, les questions que se pose la secrétaire médicale lors de la rédaction ou la relecture par le médecin de ses compte-rendus seront facilitées par sa présence à proximité, et l'envoi du courrier sera d'autant plus rapide. D'autre part, les secrétaires médicales de chaque service ont une plus grande habitude des termes médicaux utilisés dans leurs spécialités. Enfin, étant donnée l'étroitesse des locaux disponibles pour le secrétariat médical des consultations, une remontée immédiate des dossiers médicaux nécessaires à l'établissement du compte-rendu post-consultation apparaît souhaitable et diminuerait de fait les allers-retours inutiles de ces documents dans les services.

Cependant, la mise en œuvre de ce changement va produire un transfert de tâche important des consultations externes vers les services de médecine. Or étant donné les indices de charges de travail déjà fort pour les services de médecine, ce transfert de tâche ne pourra pas se faire à moyen humain constant. **Ainsi, c'est l'équivalent d'1 ETP (soit le volume de travail réservé à l'activité de frappe des courriers par le secrétariat médical des consultations externes) qui devra être redéployé du secrétariat médical des consultations externes vers les deux secrétariats médicaux de médecine à part égale.**

**Groupe de Propositions n°6: uniformiser la réalisation des comptes-rendus médicaux à la sortie de la consultation.**

- **Les secrétariats médicaux de chaque spécialité assurent la réalisation des comptes-rendus pour ce qui les concerne;**
- **1 ETP de secrétaire médical des consultations est redéployé vers les deux services de médecine du CHO;**
- **l'ensemble des secrétariats médicaux se dote d'un outil de mesure du délai moyen de réalisation des comptes-rendus.**

**2.3.2 Etablir un lien durable entre l'institution hospitalière et la médecine de ville.**

Le médecin de ville est le premier adresseur à l'hôpital, bien avant le patient lui-même. L'hôpital a intérêt à prendre en compte ses attentes de manière méthodique s'il veut concrétiser et valoriser ses possibilités de prise en charge. Cela est d'autant plus nécessaire

que l'univers des cliniques privées s'inscrit, pour les médecins libéraux, dans un continuum culturel. Par ailleurs, les évolutions dans les parcours de formation médicale ont éloigné les médecins généralistes de la culture et de l'expérience hospitalières. Il y a donc lieu de conforter le lien entre hôpitaux et médecins libéraux, ainsi que des modalités selon lesquelles ils peuvent y trouver un intérêt, une efficacité, pour leurs patients comme pour eux-même en termes de compétences et de réseau professionnel. Par ailleurs, l'existence désormais du parcours de soins et du médecin traitant représente une entité nouvelle « médecin traitant-patient » avec laquelle l'hôpital doit organiser sa coopération.

Dans ce contexte, de nombreux grands établissements hospitaliers ont ainsi développé des moyens innovants d'accroître les collaborations ville-hôpital<sup>6</sup>. Les relations ponctuelles de médecin à médecin peuvent avoir comme support les outils modernes de communication, avec l'ouverture, comme le font certains établissements hospitaliers (Lyon, Strasbourg...), de plate-formes de services sécurisées auxquelles les médecins libéraux traitants peuvent avoir accès pour une information en temps réel sur leurs patients et les résultats des investigations. Par ce canal, le praticien pourra consulter le dossier médical de son patient. Ces modes de communication privilégiés permettront dans certains cas des échanges entre médecins adresseurs et médecins hospitaliers sur le suivi post-hospitalier du patient, de même que sur l'organisation de son retour à domicile.

Ainsi, les consultations externes sont les premières impactées par une amélioration ou une détérioration de la relation ville-hôpital sur un bassin de vie donné.

Pour autant, beaucoup de médecins de ville connaissent mal l'hôpital de leur lieu de résidence, un certain nombre n'y sont même jamais venus et une majorité ne connaît pas la totalité de l'offre de soins qui y est proposée ou le panel des équipements en matière de laboratoire médical ou d'imagerie. Les médecins sont également influencés par la vision donnée par leurs propres patients à l'issue d'une consultation externe à l'hôpital. Dès lors, il paraît nécessaire d'améliorer cette situation en instituant des rencontres régulières entre l'hôpital et la médecine de ville.

Cette rencontre régulière pourrait par exemple prendre la forme d'une **rencontre trimestrielle** autour d'un apéritif ou d'un repas organisé par le CHO dans les locaux mêmes du CHO. Cette rencontre qui associeraient membres de la direction, président de la CME, corps médical du CHO et bien sûr le plus grand nombre de médecins libéraux pourrait permettre de nouer des liens professionnels intéressants pour tous. La presse locale pourrait utilement être invitée. A l'occasion de ces rencontres, une présentation des indicateurs

---

<sup>6</sup> GUIDE-ANNUAIRE D'AMELIORATION DES RELATIONS ENTRE MEDECINE DE VILLE ET MEDECINE HOSPITALIERE. Fédération Hospitalière de France / Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale. Mars 2007.

proposés ci-dessus (délai d'attente aux consultations, délai nécessaire à l'émission d'un compte rendu, taux d'appels perdus) pourrait être faite afin de démontrer la volonté de l'institution d'améliorer son mode de fonctionnement. Enfin, ces réunions pourraient être l'occasion d'assurer la visite d'un service différent de l'hôpital et en particulier les services pour lesquels l'adressage est un moteur important d'activité : imagerie, consultations, laboratoire, médecine et chirurgie.

Par ailleurs, en dehors de ces rencontres trimestrielles, **des rencontres individuelles organisées en permanence entre les médecins libéraux et les cadres administratifs de l'hôpital (directeurs et attachés)**, centralisées par la direction de la qualité et de la communication, pourraient servir à la fois d'indicateurs routiniers des besoins ressentis par les médecins de ville envers l'hôpital, mais également d'une source précieuse de communication de l'hôpital vers la médecine de ville. Ces rencontres permettraient également d'évaluer le degré de satisfaction des correspondants médicaux extérieurs du CHO grâce à une enquête permanente visant à déterminer les actions destinées à améliorer les relations ville-hôpital. En effet, une étude similaire réalisée par le CHU Bichat-Claude Bernard auprès de 500 médecins généralistes extérieurs<sup>7</sup>, a montré que ces médecins avaient besoin d'une part de correspondants seniors hospitaliers facilement accessibles et capables de donner un avis ou une réponse immédiate sur l'orientation d'un patient et d'autre part d'une transmission rapide des comptes-rendus médicaux.

Enfin, le CHO édite tous les 2 mois une note illustrée (journal interne) à destination des agents du CHO. Il serait sans doute utile que cette note soit plus ouverte sur la médecine de ville et dès lors lui soit envoyée. Ainsi des informations pourraient être adressées aux médecins libéraux sur l'organigramme du CHO et les coordonnées téléphoniques et électroniques, l'organisation des services de consultation, les capacités d'accueil, la localisation des services, leur accessibilité, les compétences et la photographie des nouveaux praticiens hospitaliers.

---

<sup>7</sup> WATTIAUX M-J, LAURET T, MACREZ A, relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat-Claude Bernard, revue hospitalière de France mai-juin 2007. pp.66-69

**Groupe de Propositions n°7: Augmenter le rôle d'adressage de la médecine de ville envers le CHO.**

- organisation d'une rencontre trimestrielle entre le CHO et la médecine de ville autour d'un apéritif ou d'un repas ;
- organiser de façon permanente la venue des cadres administratifs du CHO directement dans le cabinet des différents praticiens libéraux ;
- ouvrir le journal interne du CHO à l'information externe de l'hôpital vers la médecine de ville

### **3 ENJEUX ET PROPOSITIONS AU NIVEAU DE L'AMELIORATION DU PILOTAGE MANAGERIAL ET FINANCIER.**

Les consultations externes hospitalières, plus que toute autre activité externe de l'hôpital (laboratoire d'analyse médicale, imagerie médicale), doivent être considérées comme une priorité. En effet, c'est la seule voie d'entrée à l'hôpital en dehors des urgences qui permettent de programmer une hospitalisation pour les patients qui le nécessitent. Elles sont la meilleure manière de garantir la bonne optimisation des équipements de chirurgie et donc la solvabilité financière d'un établissement.

**Les propositions énoncées ci-dessus visent à satisfaire un premier objectif qui est de ne plus dissuader un patient, habitué à une prise en charge simple et rapide dans un cabinet libéral, de se faire soigner auprès d'un médecin hospitalier.** En agissant sur les différents points difficiles du circuit du patient par des modifications essentiellement organisationnelles aux coûts limités, il est sans aucun doute possible de relancer l'activité des consultations externes. **Encore faut-il que la structure soit en mesure d'absorber une plus grande activité sans impacter lourdement les délais de rendez-vous donnés aux patients.** Dès lors, il est possible de voir apparaître toute l'utilité de mettre en place des outils de pilotage destinés à la fois aux managers de proximité du service (médecin chef de service et cadre) et à la direction de l'hôpital chargée de développer une vision stratégique pour l'établissement.

#### **3.1 FAIRE DU PILOTAGE DES CONSULTATIONS EXTERNES UNE PRIORITE DU CHO**

Un plateau technique comme celui des consultations externes du CHO est une organisation complexe, faisant intervenir plus de 60 médecins assurant des consultations dans plus de 20 spécialités sur une plage horaire hebdomadaire de 273 heures. Dès lors, le

pilotage d'une activité complexe, qui plus est soumise à des aléas, impose une bonne visibilité sur l'environnement, les ressources, le niveau d'activité, et idéalement la performance des prestations.

### **3.1.1 Doter les consultations externes du CHO d'un tableau de bord, afin de lui assurer un retour d'information pertinent et en temps réel de son fonctionnement.**

Le tableau de bord est un outil à la fois simple et efficace pour piloter une activité. Il paraît indispensable qu'un plateau de consultations externes dispose en routine d'indicateurs renseignant a minima sur l'activité prise en charge et son évolution, ainsi que la consommation de ressources et les recettes correspondantes. En effet, les outils dont dispose aujourd'hui le CHO ne permettent pas, à moins de calculs complexes et de retraitement d'informations hasardeux car réalisés au coup par coup, d'avoir une idée du bilan financier des consultations (coût / recettes).

Un certain nombre de ces indicateurs ont déjà été proposés ci-dessus, ils constituent la base informative permanente du manager hospitalier indispensable au pilotage de l'activité des consultations. Pour mémoire ces indicateurs sont les suivants :

- **taux d'appels perdus ;**
- **délai d'attente en salle ;**
- **taux de recouvrement ;**
- **délai de réalisation moyen d'un compte-rendu ;**

D'autres indicateurs pourront être nécessaires dans le cadre de la mise en place de la base indispensable ci-dessus. Au fur et à mesure que les indicateurs seront définis comme pertinents par rapport aux objectifs du plateau et que leur recueil sera possible, idéalement de manière automatique, ce tableau de bord pourra s'enrichir d'indicateurs de performance.

L'étude de la MEAH évoquée précédemment donne également un certain nombre d'indicateurs qui pourraient s'avérer utiles pour les consultations externes du CHO. Le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est par exemple intéressant afin de préciser l'évolution de la demande de la population à l'égard d'une spécialité donnée. Il peut permettre aux managers de réorienter les plages horaires des consultations en faveur d'une spécialité plus demandée. Cependant, la limite d'un tel indicateur réside dans des facteurs structurels de pénurie de médecins dans certaines spécialités (ophtalmologie, anesthésie). C'est pour cette raison qu'il ne figure pas dans les indicateurs considérés comme indispensables. De la même façon ne figure pas dans cette liste l'indicateur du taux d'occupation des plages horaires de consultations (temps réel d'occupation de plage / temps de plage offert). En effet, nous avons vu précédemment qu'avec 6 médecins par salle et 27 heures de consultations par semaine et par salle, le CHO ne souffre pas à priori d'un sous emploi fort de son plateau technique. Néanmoins, étant données les contraintes

architecturales qui pèsent sur ce service, toute croissance de l'activité devra passer par une augmentation des plages horaires des salles.

Ainsi, avec la mise en œuvre des 4 indicateurs évoqués ci-dessus, le CHO serait en mesure d'améliorer le pilotage de ses consultations. Par ailleurs, ces indicateurs pourront également constituer une base intéressante en termes de communication interne auprès des agents du CHO (qui sont souvent aussi des patients des consultations externes) et à l'extérieur de l'hôpital auprès des membres du conseil d'administration et du grand public, à condition évidemment que leur évolution soit positive.

#### **Groupe de Propositions n°8: mettre en place un tableau de bord des consultations**

##### **externes :**

- **documenter de façon automatique quatre indicateurs indispensables ;**
- **analyser périodiquement les résultats de ces indicateurs;**
- **communiquer autour de l'évolution (positive) de ces indicateurs.**

#### **3.1.2 Anticiper les besoins ou les problèmes connus avant chaque consultation.**

Parmi les facteurs de désorganisation relevés lors de la phase de diagnostic, la relative imprévisibilité des consultations a été citée. L'efficacité de la programmation des consultations semble amoindrie par le fait que les plages horaires prennent peu en compte les spécificités des différents types de consultations. Ainsi, prévoir régulièrement des consultations de 15mn quand le médecin dépasse systématiquement cette durée crée pour les derniers patients de la plage horaire, un retard conséquent que certains jugeront inacceptable. Il est probable que ce phénomène pourrait être atténué par la mise en place d'une typologie de consultations qui décrirait de façon précise tous les cas de consultations présents sur le plateau et les caractériserait sur le plan de la durée, du degré d'urgence rencontré, des besoins en personnels de support, des actes généralement associés, etc.

L'objectif de cet outil est d'aider à l'organisation du plateau en affinant la programmation des activités et des plannings des personnels. Il s'agit également d'un travail qui peut être utile au paramétrage d'un système de gestion de rendez-vous.

Par ailleurs, la phase de diagnostic propre aux consultations externes du CHO (Cf. § 1.2) a montré également qu'une des garanties d'une organisation efficace est que chaque acteur de la chaîne soit à sa place et sache exactement quel est son rôle, son domaine de compétence et son champ d'action potentiel. Pour parvenir à cet objectif, le secteur des consultations externes gagnerait à établir des fiches de postes précises pour chaque catégorie de personnel, ceci afin de mettre à plat les éventuels chevauchements et

glissements de tâches. Cet outil est d'autant plus important que le plateau de consultation n'est pas le seul lieu d'exercice pour un certain nombre de personnels qui sont amenés à y travailler. Il est donc fondamental que les rôles de chacun, à l'intérieur du plateau, soient définis, connus et appliqués avec rigueur. Par ailleurs, la définition des fiches de postes est une occasion idéale pour préciser les règles de mutualisation à l'intérieur du plateau, voire entre le plateau et les services, ainsi que d'établir les domaines dans lesquels la polyvalence des équipes est à développer ou mettre en place. Par le biais des fiches de postes, il pourrait être prévu qu'il ne revienne plus aux secrétaires médicales des consultations externes du CHO la réalisation des courriers et compte-rendus médicaux à l'issue des consultations.

Enfin dans le paragraphe 2.1.3 avait été évoqué la réalisation d'une charte du médecin consultant qui permettrait à chaque praticien d'avoir conscience des droits et des obligations qu'il a envers l'établissement et les patients. Cette charte pourrait être, dans une vision plus globale, étendue. En effet, un environnement aussi complexe qu'un plateau de consultations mérite un minimum de formalisation de ses règles de fonctionnement dans un document connu de tous et faisant référence. Une charte de fonctionnement semble être le format le plus adapté, sur le modèle de ce que l'on trouve souvent dans les blocs opératoires. A minima, une charte définit les modalités pratiques de fonctionnement (horaires, planification, programmation, gestion des congés), les règles de management, ainsi que les règles d'hygiène et de sécurité pour les patients comme pour les personnels.

Reste qu'une charte de fonctionnement est avant tout un outil de management, qui demeure inutile si aucune instance de pilotage ne s'assure de son application et de son respect. Les indicateurs évoqués au paragraphe 3.1.1 pourraient à cette fin constituer des outils de mesure objectifs du respect de la charte.

**Groupe de Propositions n°9: anticipation des problèmes récurrents**

- ***Réalisation d'une charte de fonctionnement des consultations qui intégrerait le principe d'une typologie de chaque consultation, de fiches de postes pour les agents des consultations, et les 4 indicateurs identifiés ci-dessus sanctionnant le respect de cette charte ;***
- ***Présentation à chaque CME du respect de la charte par chaque médecin consultant mais également du respect de la charte par l'administration de l'hôpital au regard des moyens mis à disposition.***

Faire des consultations une vitrine pour le CHO revêt deux buts : une amélioration du service rendu au public qui est aussi contribuable, et un renforcement de la solvabilité financière de l'établissement. Si les consultations externes n'ont pas directement vocation à permettre à l'établissement d'affermir son équilibre financier, elles doivent

néanmoins remplir deux objectifs financiers : attirer des patients en hospitalisation programmée ou ambulatoire et ne pas présenter de déséquilibre financier important.

### 3.2 VERS UN EQUILIBRE FINANCIER DURABLE DES CONSULTATIONS EXTERNES

A ce stade du raisonnement, il convient de s'interroger sur l'équilibre financier des consultations externes du CHO. Le tableau ci-dessous dresse un bilan financier approximatif des consultations externes.

BILAN FINANCIER ESTIME DES CONSULTATIONS POUR UN AN (plateau technique, hors gynécologie).		
Rémunération des 14.196 heures de consultations médicales	146 653	coût net employeur de 60.000€ par médecin et par an
traitement du cadre	45 000	coût net employeur de 45.000€ par an
traitement des IDE	236 800	coût net employeur de 37.000€ par an et par IDE
traitement des AS	25 000	coût net employeur de 25.000€ par an et par AS
traitement des SM	126 144	coût net employeur de 35.000€ par an et par SM
<b>DEPENSES TOTALES (traitements uniquement)</b>	<b>579 597</b>	
recettes liées aux seules consultations externes (C et CS)	474 927	Tarif d'une CS: 23€ pour 20.649 consultations
recettes liées aux actes externes	425 250	chiffres réels 2008
taux de recouvrement 2008	68%	taux de recouvrement moyen pondéré sur l'année 2008
<b>RECETTES TOTALES ESTIMEES</b>	<b>612 120</b>	
<b>EQUILIBRE ESTIME</b>	<b>32 523</b>	

**Ce bilan reste très approximatif** car il ne prend en compte que les seules dépenses isolables (traitement des fonctionnaires) : ainsi les dépenses liées aux consommables, aux fluides, à la maintenance des appareillages et installations techniques, au matériel informatique ainsi que les dépenses de nature patrimoniale ne sont pas prises en compte. Cependant, même approximatif, ce tableau fait apparaître un équilibre précaire de 32.523€ soit 5,5% des dépenses. On peut donc légitimement douter de l'équilibre financier général des consultations externes du CHO.

Or même si l'apport financier des consultations externes dans les hôpitaux français est faible voire le plus souvent nul<sup>8</sup>, ce secteur devrait au moins être en mesure de limiter son déséquilibre financier. Or, les différences constatées dans plusieurs établissements entre le coût moyen d'une consultation et la recette moyenne attendue montrent de grandes disparités qui posent question. Ainsi, en matière de gestion des consultations externes, il y a nécessité de connaître l'activité, d'évaluer les ressources utilisées et les résultats produits afin de maintenir un équilibre financier. **Cette équation est**

<sup>8</sup> DONJON A. Comment ne plus perdre d'argent avec les consultations externes. Revue de finances hospitalière pp 3-8. Juin 2009

**d'autant plus complexe qu'elle doit se faire dans un souci premier et permanent de la qualité de la prise en charge du patient dans la mesure où s'attache à cette prise en charge un rôle de vitrine des consultations externes et donc une réputation, difficile à faire mais facile à défaire.**

### **3.2.1 Des marges d'économies et de redéploiement existent sans dégrader pour autant l'accueil du patient**

Les consultations externes du CHO présentent d'ores et déjà un certain nombre d'atouts au regard de l'organisation retenue dans d'autres centres hospitaliers :

- un regroupement géographique des consultations, permettant des mutualisations de locaux fonctionnels et utilisés à plein temps ;

- Ce regroupement a permis également de mutualiser les fonctions telles que la prise de rendez-vous, l'accueil, le secrétariat, le stockage et la gestion des dossiers. Ce regroupement permet des économies d'échelle en rationalisant l'utilisation des ressources en personnel paramédical et en moyens techniques. Il est par ailleurs très intéressant d'un point de vue qualité : la lisibilité de l'organisation des consultations externes est ainsi très bonne pour les patients et il est possible de normaliser les procédures d'accueil et de prise en charge aisément. Par ailleurs, cette organisation permet à un cadre d'assurer la cohérence de l'organisation des consultations.

Ces atouts sont donc à préserver. Or devant la saturation des plages de consultation que connaît aujourd'hui le CHO, on peut constater la multiplication des consultations « sauvages » dans les services. **Il paraît peu souhaitable voir contre-productif de persévérer dans cette voie.** En effet, le manque d'organisation de ce type de consultation, le manque d'encadrement en personnel paramédical et en secrétariat, l'absence d'une démarche qualité qui encadre la venue du patient et le risque en matière de dégradation du taux de recouvrement doivent pousser les managers hospitaliers à **accompagner la croissance du nombre de consultations sur le site unique prévu à cet effet.**

Les propositions qui suivent visent précisément à remplir cet objectif.

- **Réorganiser les plages de consultation pour équilibrer les charges de travail et optimiser l'utilisation des moyens humains.** En effet, aujourd'hui, certaines consultations médicales n'utilisent qu'une partie de la plage horaire réservée, entraînant dès lors des inoccupations de salles (exemple de la gériatrie qui n'utilise que 50% du temps qui lui est alloué). Il est donc nécessaire de prévoir une programmation basée non pas sur la demi-journée, mais sur l'heure. Cette programmation plus fine serait sans aucun doute plus difficile à mettre en œuvre, mais elle aurait deux avantages : d'une part un médecin aurait plus de difficulté à se présenter à sa consultation avec une demi-heure de retard si celle-ci

ne dure que 1H30, d'autre part elle permettrait d'ajuster au plus près le temps nécessaire en fonction de la demande des patients et non de l'influence d'un médecin.

- Grâce à la typologie des consultations et aux fiches de postes évoquées dans le groupe de propositions n°9, mais grâce également à une programmation plus fine, il serait possible **d'adapter la dotation en ressources humaines aux véritables besoins de la consultation et ainsi de réorganiser les plannings et les horaires des personnels pour assurer une présence équilibrée et utile.**

- **Disposer d'un planning actualisé en permanence des présences médicales pour anticiper et ajuster les effectifs nécessaires en cas de congrès, congés, absences, etc.**

Cette proposition qui peut paraître évidente est pourtant difficile à mettre en œuvre. En effet, une expérience menée pour les congés d'été 2009 a montré que sur 63 médecins consultants interrogés sur leurs prévisions de congés à 3 mois, deux seulement avaient répondu à la demande. Dans ces conditions, toute volonté de mettre en place un planning relève de l'exploit pour le cadre. Cette situation est donc inacceptable dans le cadre d'une revalorisation du rôle des consultations externes comme vitrine du CHO. Comme il a été évoqué précédemment, une des pistes possibles pour obliger les intervenants médicaux à transmettre en amont leurs prévisions d'absences est le recours à une charte. L'adhésion à cette charte serait obligatoire afin de pouvoir utiliser le plateau technique. Le non-respect de cette charte entraînerait soit une information à la CME, soit une pénalité financière sur l'enveloppe d'intéressement du pôle, soit le refus pour un médecin de l'accès au plateau technique des consultations.

- **Accroître la polyvalence des personnels administratifs et des secrétaires médicales afin de gagner en souplesse et en permanence dans l'organisation des réponses aux besoins.** Le groupe de proposition n°4 prévoit déjà la formation des secrétaires médicales aux procédures d'admission, dans le cadre de la formation d'un pôle « accueil – admission - secrétariat médical » spécifique aux consultations externes. Cette polyvalence doit être recherchée en permanence afin de permettre les mutualisations les plus fortes, dans l'intérêt des agents (diversité de tâches au cours d'une journée et possibilité de prendre en charge un patient du début à la fin de sa venue), dans l'intérêt du patient (une consultation = un médecin = un interlocuteur administratif), et dans l'intérêt du CHO (gestion plus facile des absences et arrêts maladie).

Ainsi, l'ensemble de ces mesures pourrait utilement permettre d'augmenter la productivité du service qui est cependant loin d'être négligeable aujourd'hui. Cependant, ces mesures n'ont de sens que s'il est possible de mesurer leurs impacts. C'est pourquoi, leurs mise en œuvre doit être précédée par la création des indicateurs présentés dans le groupe de propositions n°8 (tableaux de bord).

### **Groupe de Propositions n°10: accroître la productivité du service**

- **Réorganiser les plages de consultation pour équilibrer les charges de travail et optimiser l'utilisation des moyens humains ;**
- **Adapter la dotation en ressources humaines aux véritables besoins de la consultation et ainsi réorganiser les plannings et les horaires des personnels pour assurer une présence équilibrée et utile ;**
- **Disposer d'un planning actualisé en permanence des présences médicales pour anticiper et ajuster les effectifs nécessaires en cas de congrès, congés, absences, etc ;**
- **Accroître la polyvalence des personnels administratifs et des secrétaires médicales afin de gagner en souplesse et en permanence dans l'organisation des réponses aux besoins.**

### **3.2.2 Agir sur le volet recette de l'activité des consultations externes en optimisant le codage des actes et en agissant sur le taux de recouvrement**

Nous avons précédemment évoqué tout un ensemble de mesure visant à accroître l'activité des consultations externes du CHO et donc ainsi ayant vocation à permettre une augmentation du nombre d'actes. Nous avons ainsi évoqué notamment les pistes suivantes :

- Augmenter le potentiel de recettes en faisant connaître les consultations par des informations aux médecins généralistes, aux professionnels de santé, au personnel de l'établissement et à la population par des formes de communication adéquates ;
- Collecter et analyser le nombre d'appels perdus pour y détecter d'éventuels dysfonctionnements responsables de perte de clientèle ;
- Collecter et analyser les délais de rendez-vous ;
- Identifier avec le corps médical de l'établissement les médecins libéraux, les éventuels nouveaux besoins de la population et les consultations supplémentaires que le CHO pourrait proposer.

Ces mesures dépassent largement le seul cadre de l'amélioration du volet recette des consultations externes. Elles ont en effet une dimension structurelle qui touche plus largement à la qualité de la prise en charge du patient et donc à la renommée du service et du CHO. Cependant, ces mesures ont indéniablement un intérêt financier qui ne doit pas être présenté comme premier. De la même manière, les mesures qui suivent présentent avant tout quant à la qualité de la prise en charge du patient.

**L'accroissement des amplitudes des plages de consultation (notamment après 17 h, voire le samedi)** est un bon exemple d'une mesure permettant d'apporter un

service supplémentaire à la population et ainsi de satisfaire aux obligations du service public hospitalier. Cette mesure a aussi un intérêt financier évident. Si aujourd'hui les salles d'examens du CHO sont occupées 27H par semaine, ce temps moyen d'occupation pourrait être porté logiquement à 35H au moins. Ainsi, débiter des consultations plus tôt, finir plus tard ou consulter le samedi peut également être envisagé avec les médecins désireux de consulter plus. Cette solution nécessite néanmoins au préalable un chiffrage financier afin de déterminer le coût supplémentaire induit par les effectifs nécessaires en IDE, SM et AS afin de couvrir une plage horaire plus grande.

En matière de codage, la direction financière du CHO a d'ores et déjà particulièrement insisté sur un rattrapage des éventuelles pertes de recettes. En effet, un agent de cette direction assure chaque jour une vérification de la cohérence du codage des actes en collaboration avec le DIM. **Cependant, obtenir un codage immédiat et exhaustif des consultations et des actes réalisés**, notamment les actes médico-techniques, pourrait utilement trouver sa place dans la charte de fonctionnement des consultations externes. L'informatique pourrait être un moyen opérant d'obtenir un codage systématique en prévoyant la mise en place de verrous numériques à la fermeture d'un dossier médical de patient venant consulter dont l'unique manière de passer au suivant serait de procéder au codage des actes en temps réel.

Autre action sur le volet recette : **l'amélioration du taux de recouvrement**. Le Groupe de Propositions n°4 présenté ci-dessus prévoit de réaliser l'admission et l'encaissement des patients directement au secrétariat des consultations en créant ainsi une unité de lieu. Cette proposition qui améliorerait grandement le circuit du patient présente également l'avantage d'organiser le circuit du patient consultant de telle manière que soit obligatoire le passage préalable par un bureau d'enregistrement et par une caisse après la consultation. S'il s'avérait difficile de mettre en œuvre ce nouveau circuit du patient, notamment du fait du manque de place au niveau du site des consultations externes, il serait néanmoins nécessaire de renforcer les modalités d'encaissement des sommes dues (régies, horaires d'ouverture des caisses, terminaux carte bancaire, retour en fin de consultation pour récupérer la carte vitale) afin d'améliorer le taux de recouvrement.

Enfin, d'autres mesures existent comme **une action de communication via le site Internet du CHO et le livret d'accueil visant à décliner toutes les possibilités de consultations**, et faisant apparaître le numéro unique d'accès à l'hôpital (et non pas une longue liste de numéro de téléphone par service qui sont autant de point d'entrée dans le CHO cause d'une errance téléphonique). **Des affiches déclinant cette offre pourraient être également apposées dans les cabinets des médecins libéraux.**

**Groupe de Propositions n°11: Accroître les recettes générées par les consultations :**

- **accroître les amplitudes des plages de consultation ;**
- **obtenir un codage immédiat et exhaustif des consultations et des actes réalisés ;**
- **améliorer le taux de recouvrement ;**
- **communiquer via le site Internet du CHO et le livret d'accueil en déclinant toutes les possibilités de consultations ;**
- **afficher l'offre de consultations dans les cabinets des médecins libéraux.**

## Conclusion

Comme l'a démontré le travail exposé ci-dessus, les consultations externes sont le premier contact du patient avec l'hôpital, constituant ainsi autant une porte d'entrée qu'une vitrine. La facilité avec laquelle le patient aura obtenu un rendez-vous, son temps d'attente, les conditions de cette attente, la complexité de son parcours dans l'établissement déterminera pour une grande part l'image qu'il retiendra de l'hôpital. Bien sûr, la consultation externe est avant tout le contact entre un patient souvent inquiet et angoissé et son médecin. C'est pourquoi l'organisation des consultations doit faciliter et non ajouter de la confusion au stress déjà présent des patients.

Pénalisé par un mode de financement peu motivant avant la mise en œuvre de la T2A, et par un volume d'activité faible au regard de celui généré par l'hospitalisation, le secteur des consultations a souffert d'un relatif désintérêt des managers hospitaliers. Ainsi les consultations externes se sont développées de manière autonome voire empirique, poussées par une demande toujours plus forte des patients et par le développement en médecine de ville du secteur II. Il en découle une organisation résultant des fruits de l'histoire du service plus que d'une réflexion organisée vers l'efficacité, aussi bien en termes de conditions de travail des personnels que de confort des patients. A ce titre, la procédure de certification aide dans ses différentes versions à prendre conscience des lacunes organisationnelles.

Dans ce contexte général, le centre hospitalier d'Orsay possède de réels atouts : un bassin de vie adapté au développement des consultations, un secteur II développé, un hôpital accessible et situé en centre ville, un plateau technique unique doté d'un cadre dédié et expérimenté, une bonne optimisation des ressources tant humaines que matérielles. Pourtant, les marges de progression sont fortes et les pistes d'amélioration sont nombreuses.

En effet, la totalité des 11 groupes de propositions dont il est fait état ci-dessus, ont tous comme point commun d'apporter une amélioration tant du point de vue des consultations externes que pour l'ensemble de l'établissement. Ainsi, comment analyser autrement la simplification de l'accès téléphonique et de l'accueil physique, la plus grande rigueur demandée au médecin en terme de respect des horaires, l'allègement des tâches pour le service des admissions et la caisse centrale par le regroupement des tâches administratives sur le site des consultations, etc.

Au delà de ces mesures, force est de constater que les médecins et la direction du CHO sont en train de prendre conscience de la nécessaire évolution de la façon d'accueillir les patients externes. Ainsi, le chef du pôle d'appui aux activités cliniques, qui assure par là même la direction des consultations externes, a présenté récemment à la

direction un projet d'ouverture très large du CHO sur la ville par un projet ambitieux de rassemblement des différentes activités externes de l'hôpital (consultations, laboratoire, imagerie, pharmacie, prélèvements sanguins, rééducation fonctionnelle). Une fois rassemblé dans un bâtiment unique et ouvert directement sur la voie publique, indépendamment de l'entrée de l'hôpital, ce nouveau pôle externe permettrait de satisfaire à plusieurs objectifs :

- amélioration des conditions d'accueil, avec un circuit du patient simple et rapide ;
- amélioration des conditions de travail des personnels ;
- mise en conformité des locaux (notamment au regard des normes ISO propres aux activités de LAM) ;
- libération de places au sein de l'hôpital pour les activités d'hospitalisation ;
- amélioration de la sécurité sanitaire.

Ce projet qui doit s'inscrire dans le cadre d'un projet médical commun entre le CHO et le centre hospitalier de Longjumeau, nécessitera une restructuration architecturale de grande ampleur, un chiffrage financier précis afin de connaître les recettes supplémentaires attendues par une telle réorganisation, et enfin une volonté forte de la direction afin de mener à bien ce projet sur une durée de 3 à 5 ans environ.

Pour autant, durant ce laps de temps et à condition que ce projet soit mené à son terme, la présente étude vise à permettre aux consultations externes d'optimiser leur organisation afin de rendre le meilleur service médical aux patients et à permettre aux agents de travailler dans les meilleures conditions possibles.

---

## Bibliographie

---

- BLANCHET A. L'entretien dans les Sciences sociales. Dunod, 1995 ;
- TELLIER S, BOISGUERIN B. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières. Etudes et résultats de la DREES N°167, avril 2002 ;
- WATTIAUX M-J, LAURET T, MACREZ A. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat-Claude Bernard. Revue hospitalière de France. Mai-juin 2007, pp.66-69 ;
- GUIDE-ANNUAIRE D'AMELIORATION DES RELATIONS ENTRE MEDECINE DE VILLE ET MEDECINE HOSPITALIERE. Fédération Hospitalière de France / Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale. Mars 2007 ;
- MEAH. Rapport intermédiaire de phase 1. Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et cliniques. Février 2008 ;
- DONJON A. Comment ne plus perdre d'argent avec les consultations externes. Revue de finances hospitalière pp 3-8. Juin 2009 ;
- AP-HP. Note de présentation à la CME du 8 janvier 2008, de la mission d'appui sur les consultations externes de l'AP-HP ;
- GALLET JP. CHEVALLIER B. Enquête sur les délais d'attente à l'hôpital public en consultation d'urgence et sur rendez-vous. Revue de pédiatrie. pp.43-46. volume 23 ;
- ROMELAER P. L'entretien de recherche, pp. 101-137. Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. De Boeck, 2005 ;
- BURONFOSSE A. LAMY V. Les consultations externes hospitalières constituent-elles une activité médicale homogène comme le modèle PMSI en fait l'hypothèse ? Journal d'économie médicale. pp 395-406. volume 21. 2003.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Questionnaire visant à la mesure de la satisfaction des patients reçus en consultation externe au CHO ;

Annexe 2 : Questionnaire visant à la mesure de la charge de travail et des conditions de travail des secrétaires médicales du Centre hospitalier d'Orsay ;

Annexe 3 : L'offre de soins sur le territoire de santé 91-2 ;

Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées ;

Annexe 5 : Répartition des capacités d'hébergement du CHO ;

Annexe 6: Bilan anonymé de l'étude relative aux secrétariats médicaux ;

Annexe 7: Calcul du coût net employeur d'une secrétaire médicale au CHO ;

Annexe 8: répartition de l'activité du service des consultations externes du CHO.

## **Annexe 1 : Questionnaire visant à la mesure de la satisfaction des patients reçus en consultation externe au CHO**

Mesure de la satisfaction des patients des consultations externes  
Centre hospitalier d'Orsay

Date
Heure
CS

**Question 1** Lors de la prise de RDV par téléphone, avez-vous trouvé facilement le bon interlocuteur ?

oui                       non

**Question 2** Lors de la prise de RDV par téléphone, avez-vous trouvé votre interlocuteur agréable et professionnel ?

oui                       non

**Question 3** Combien de temps avez-vous attendu en salle d'attente ?

- de 10 mn                       entre 10 et 30 mn                       + de 30 mn

**Question 4** Avez-vous trouvé facilement les consultations externes dans l'hôpital ?

oui                       non

**Question 5** Pour la consultation d'aujourd'hui, quel a été votre délai de rendez-vous ?

- de 10 jours                       entre 10 et 30 jours                       + de 30 jours

**Question 6** Comptez vous continuer à être suivi au niveau du CHO ?

oui                       non

## Annexe 2 : Questionnaire visant à la mesure de la charge de travail et des conditions de travail des secrétaires médicales du Centre hospitalier d'Orsay.

Entretien Mme X	
pôle: PAAC	service: RADIO

activités principales	mesure						score agrégé		
traitements des courriers, dossiers et documents médicaux (enregistrement, tri, diffusion et archivages)	nombre de dossiers soumis à la secrétaire / jour	0	temps moyen consacré à chaque dossier <small>en mn</small>	0			0		
saisie et mise en forme des documents, rapports, courriers, comptes rendus médicaux	nombre de dossiers soumis à la secrétaire / jour	0	temps moyen consacré à chaque dossier <small>en mn</small>	0	taille moyenne en nombre de pages des documents produits <small>en pages</small>	0	pénibilité liée aux transcriptions <small>de 1 à 10 (10=très forte pénibilité)</small>	0	
accueil physique des patients	nombre de patients vus chaque jour	15	temps moyen consacré à chaque patient	7	degré de tension moyen dans l'accueil du patient <small>de 1 à 10 (10=très forte tension)</small>	3	présence d'un pic journalier <small>oui=5 - non=3</small>	3	236
accueil téléphonique des patients	nombre de patients chaque jour	50	temps moyen consacré à chaque patient	7	degré de tension moyen dans l'accueil du patient <small>de 1 à 10 (10=très forte tension)</small>	7	présence d'un pic journalier <small>oui=5 - non=3</small>	5	1531
planification des rendez-vous des patients	temps moyen consacré à cette activité (en mn)		indice de pénibilité de cette activité <small>de 1 à 10 (10=très pénible)</small>						0
reproduction des dossiers médicaux	temps moyen consacré à cette activité (en mn)	2	indice de pénibilité de cette activité <small>de 1 à 10 (10=très pénible)</small>	0					0
saisie des tableaux de vacations, astreintes, gardes	temps moyen consacré à cette activité (en mn)	1	indice de pénibilité de cette activité <small>de 1 à 10 (10=très pénible)</small>	1					1
gestion du planning des médecins	temps moyen consacré à cette activité (en mn)	0	indice de pénibilité de cette activité <small>de 1 à 10 (10=très pénible)</small>	0					0
organisation des transports patients en interne et externe	temps moyen consacré à cette activité (en mn)	0	indice de pénibilité de cette activité <small>de 1 à 10 (10=très pénible)</small>	0					0
Travail en rapport avec les archives	temps moyen consacré à cette activité (en mn)	0	indice de pénibilité de cette activité	0					0
environnement	possibilité de prendre facilement vos congés et repas (oui=1 à non=10)	1	installation matérielle (mauvaise=10/normale=5/excellente=1)	5	nombre de secrétaire dans le service (plus de trois=2/ trois=3/ deux=4/seule=5)	2	sentiment par rapport à la charge de travail (trop lourde=10/normale=5/faible=1)	8	80
<b>score total</b>									<b>1848</b>

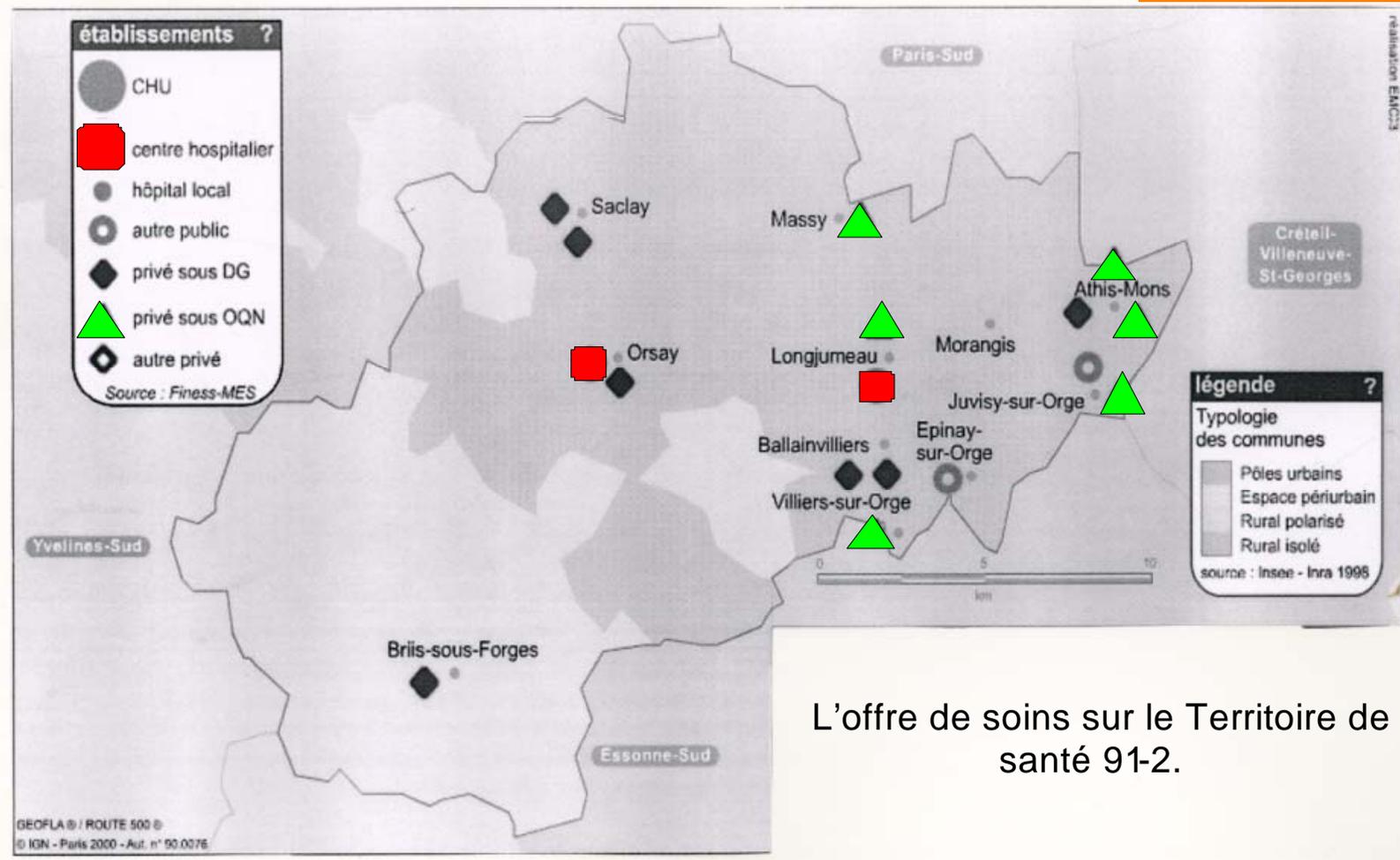
<b>indice de charge de travail</b> <small>(Qte de travail / Temps de travail)</small>	71%
--	-----

<b>indice de pénibilité du poste</b>	15%
--------------------------------------	-----

<b>indice de bien être</b>	14%
----------------------------	-----

-8  
écart à la cible (en mn)

### Annexe 3 : L'offre de soins sur le territoire de santé 91-2.



L'offre de soins sur le Territoire de santé 91-2.

## **Annexe 4 : Liste des personnes rencontrées**

M. E.GRAINDORGE, directeur des centres hospitaliers d'Orsay et Longjumeau ;  
Mme. S.BEDNARSKI, directrice des services économiques du centre hospitalier d'Orsay ;  
Mme. M.JULLIAN, directrice de la communication du centre hospitalier d'Orsay ;  
Mme M.PIZZO-FERRATO, directrice des ressources humaines ;  
Dr. V.ESTEVE, médecin biologiste, chef du pôle PAAC du CHO ;  
Mme. M.LOZANO, cadre de santé des consultations externes du CHO ;  
Mme. S.CANTO, attaché d'administration hospitalière, direction financière du CHO ;  
Mme DARIEN, secrétaire médicale du service de chirurgie orthopédique du CHO ;  
Mme LEFEVRE, secrétaire médicale du service de chirurgie orthopédique du CHO ;  
Mme AUDIGIER, secrétaire médicale du service de chirurgie viscérale du CHO ;  
Mme DHUMEZ, secrétaire médicale du service de chirurgie viscérale du CHO ;  
Mme FOFANA, secrétaire médicale du bloc opératoire du CHO ;  
Mme GARRIGUE, secrétaire médicale du service de pédopsychiatrie du CHO ;  
Mme PASQUEREAU, secrétaire médicale du service de pédopsychiatrie du CHO ;  
Mme GUILLAUME, secrétaire médicale du service de pédiatrie du CHO ;  
Mme LETERTRE, secrétaire médicale du service de pédiatrie du CHO ;  
Mme TELLA, secrétaire médicale de la maternité du CHO ;  
Mme GRAND, secrétaire médicale de la maternité du CHO ;  
Mme BELLAICHE, secrétaire médicale du laboratoire d'analyse médicale du CHO ;  
Mme MURAT, secrétaire médicale du laboratoire d'analyse médicale du CHO ;  
Mme LAVICE, secrétaire médicale du département de l'information médicale ;  
Mme GIRARD, secrétaire médicale du département de l'information médicale ;  
Mme MICHEL, secrétaire médicale du service d'imagerie médicale du CHO ;  
Mme HERVIEU, secrétaire médicale du service d'imagerie médicale du CHO ;  
Mme SURLAIVE, secrétaire médicale du service d'imagerie médicale du CHO ;  
Mme DUDOGNON, secrétaire médicale du service d'imagerie médicale du CHO ;  
Mme BACHARD, secrétaire médicale du service d'imagerie médicale du CHO ;  
Mme LEJEUNE, secrétaire médicale du service d'imagerie médicale du CHO ;  
Mme BOURIEZ, secrétaire médicale du service des consultations externes du CHO ;  
Mme BERTIN, secrétaire médicale du service des consultations externes du CHO ;  
Mme SYLVESTRE, secrétaire médicale du service des consultations externes du CHO ;  
Mme BONNET, secrétaire médicale du service des consultations externes du CHO ;  
Mme CHARRUE, secrétaire médicale du service de médecine 3 ;  
Mme DUFRENNES, secrétaire médicale du service de médecine 3 ;  
Mme DIF, secrétaire médicale du service de médecine 5 ;  
Mme KELLER, secrétaire médicale du service de réanimation ;  
Mme PINTO, secrétaire médicale du service des urgences ;  
Mme LAURENT, secrétaire médicale du service de gériatrie.

## Annexe 5: Répartition des capacités d'hébergement du CHO

SERVICES	Lits et Places au 31 décembre 2008
<b>COURTS SÉJOURS</b> Médecine interne Chirurgie Ambulatoire Gynécologie-Obstétrique Pédiatrie Néonatalogie Réanimation Urgences <p style="text-align: right;"><i><b>Total</b></i></p>	55 40 8 (8 places) 19 16 (14 lits HC, 2 places HDJ) 9 6 4 <p style="text-align: right;"><i><b>157</b></i></p>
<b>PSYCHIATRIE</b> - Hospitalisation Adultes Massy Orsay Palaiseau - Hospitalisation de Jour Enfants <p style="text-align: right;"><i><b>Total</b></i></p>	44 (29 lits, 15 places) 44 (29 lits, 15 places) 44 (29 lits, 15 places) 25 (25 places) <p style="text-align: right;"><i><b>157</b></i></p>
<b>GÉRIATRIE</b> Soins de Suite et de Réadaptation Soins de Longue Durée <p style="text-align: right;"><i><b>Total</b></i></p>	30 80 <p style="text-align: right;"><i><b>110</b></i></p>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>424 lits et places</b>

**Annexe 6: Bilan anonyme de l'étude relative  
aux secrétariats médicaux**

	Pôle	service	SCORE	charge de travail	pénibilité du poste	bien etre au travail
1	C	CO	673	68%	26%	29%
2	C	CO	702	68%	28%	29%
3	C	CV	549	64%	19%	33%
4	C	CV	527	77%	19%	33%
5	C	BO	316	62%	18%	32%
6	FEF	PP	453	62%	7%	36%
7	FEF	PP	288	80%	14%	42%
8	FEF	P	709	76%	19%	20%
9	FEF	P	762	38%	11%	20%
10	FEF	M	2071	91%	7%	25%
11	FEF	M	793	133%	7%	25%
12	PAAC	IM	161	90%	9%	24%
13	PAAC	LAM	518	106%	9%	23%
14	PAAC	LAM	518	106%	9%	23%
15	PAAC	DIM	463	44%	13%	45%
16	PAAC	DIM	396	44%	13%	50%
17	PAAC	RAD	362	80%	19%	20%
18	PAAC	RAD	1464	151%	11%	15%
19	PAAC	RAD	371	179%	14%	16%
20	PAAC	RAD	1848	71%	15%	14%
21	PAAC	RAD	1833	71%	15%	16%
22	PAAC	CE	1421	99%	26%	16%
23	PAAC	CE	1617	211%	22%	18%
24	PAAC	CE	1301	231%	14%	18%
25	PAAC	CE	1887	164%	13%	11%
26	PAAC	CE	439	42%	8%	37%
27	PMA	M3	794	91%	11%	27%
28	PMA	M3	777	88%	11%	27%
29	PMA	M5	1734	95%	19%	25%
30	PMA	U	594	143%	7%	35%
31	PMA	REA	378	74%	14%	71%
32	GER	1	387	38%	8%	45%
<b>MOYENNE DES RESULTATS</b>			<b>846,9</b>	<b>95%</b>	<b>14%</b>	<b>28%</b>

**Annexe 7: Calcul du coût net employeur  
d'une secrétaire médicale au CHO.**

	Pôle	service	quotité de travail	cout employeur	âge	ancienneté
1	C	CO	100%	4049	50	16
2	C	CO	100%	5183	60	28
3	C	CV	100%	2321	30	7
4	C	CV	100%	4019	55	36
5	C	BO	100%	2290	56	10
6	FEF	PP	100%	4039	56	37
7	FEF	PP	100%	3350	47	28
8	FEF	P	100%	3616	45	21
9	FEF	P	80%	2812	43	23
10	FEF	M	100%	2339	40	16
11	FEF	M	90%	3300	42	23
12	PAAC	IM	100%	2266	43	2
13	PAAC	LAM	100%	2388	35	12
14	PAAC	LAM	100%	2013	55	36
15	PAAC	DIM	80%	2127	35	12
16	PAAC	DIM	70%	1586	46	2
17	PAAC	RAD	100%	4238	56	34
18	PAAC	RAD	100%	4234	53	35
19	PAAC	RAD	100%	3837	47	6
20	PAAC	RAD	100%	2388	38	8
21	PAAC	RAD	100%	2229	30	7
22	PAAC	CE	100%	3252	50	30
23	PAAC	CE	100%	2215	26	3
24	PAAC	CE	100%	2207	30	3
25	PAAC	CE	80%	1866	29	4
26	PAAC	CE	100%	2269	32	1
27	PMA	M3	50%	1342	36	3
28	PMA	M3	80%	2173	30	8
29	PMA	M5	100%	3841	50	31
30	PMA	U	100%	2934	44	0
31	PMA	REA	80%	3196	45	24
32	GER	1	100%	3614	44	25
<b>MOYENNE DES RESULTATS</b>			<b>94%</b>	<b>2922,9</b>	<b>43,1</b>	<b>16,6</b>

**Annexe 8: répartition de l'activité du service des consultations externes du CHO  
(hors activité de Gynécologie).**

	C	CNP	CS	CSC	CSF	CSG	CSHN	CSPED	TOTAL ACO	AMI	TOTAL ADC	TOTAL ADE	TOTAL ADI
	Consultation	Consultation Neuro-Psychiatrie	Consultation Spécialisée	Consultation Spécialisée Cardiologie	Consultation Sage-Femme	Consultation Spécialisée Gratuite	Lentilles Hors Nomenclature	Consultation Spécialisée Pédiatrie	Acte Obstétrique	Acte d'Infirmier	Acte Chirurgie	Acte Echographie	Acte Imagerie
Consultations externes			104						0		0	0	0
Allergologie pédiatrique	1		44					14	0		0	0	0
Cardiologie - ECG. - Echo-cardiaque - Epreuve d'effort - Ho	1		15	662					0		0	1 146	0
Dermatologie			217						0		8	0	1
Douleur	13		214						0		0	0	0
Gastro-entérologie -Endoscopie digestive - PH métrie	38		1 009						0		6	0	0
Médecine générale (consult.)	88								0		0	0	0
Neurologie, EMG	17	1 445	18						0		0	0	0
Oncologie			55						0		0	0	0
Phlébologie - Doppler (artériel ou veineux)	348		7						0	2	0	135	0
Rhumatologie			762						0		0	0	0
Trouble du sommeil		209							0		0	0	0
Pneumologie pédiatrique - Exploration pulmonaire			50						0		0	0	0
Troubles de la mémoire		17	128						0		0	0	0
Gériatrie			144						0	8	0	0	0
EEG			1						0		0	0	0
Activité externe de médecine			30	2					0		0	0	0
Chir.orthopédique (consult.)	2		5 711						0		1	0	2
Chir.viscérale (consult.)			1 294			1			0		0	0	0
Chir.pédiatrique (consult.)			351						0		0	0	0
Urologie			20						0		0	0	0
Activité externe de chirurgie	1		40						0		575	0	0
Pédiatrie (consult.)		7	513					602	0		0	0	0
Anesthésie (consult.), ECG	260		2 453						0		0	0	0
OPH	7		1 465			1	2		0		3	0	0
ORL	2		2 263						0		48	0	0
Médecine nucléaire (s.h.f.joliot)									0		0	0	2 020
Planification			1						0		0	0	0
Activité Privée											0	0	0
<b>TOTAL CONSULTATIONS</b>	<b>778</b>	<b>1 678</b>	<b>16 909</b>	<b>664</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>616</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>641</b>	<b>1 281</b>	<b>2 023</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20 649</b>								<b>12 150</b>				