



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**DES BUREAUX DES ENTREES A
L'ESPACE ACCUEIL CLIENTELE : LA
CONDUITE D'UN PROJET DE
REORGANISATION D'UNE FONCTION
ADMINISTRATIVE TRADITIONNELLE
AU CHU DE ROUEN**

David MALLET

Remerciements

Je tiens à remercier Monsieur Christian PAIRE, Directeur Général du CHU de Rouen, et Monsieur Jean-Michel BUDET, Directeur Général Adjoint, ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction du CHU pour leur disponibilité et leurs conseils.

Je remercie tout particulièrement Madame Pascale TICOS, qui m'a conseillé et renseigné sans compter son temps sur le projet qu'elle a mis en œuvre, et Messieurs Olivier BRAND et Christophe GOT, mes maîtres de stage, pour leurs encouragements et leur soutien sans faille.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Monsieur Denis MARTIN, chargé d'encadrer mon mémoire, pour son aide.

Enfin, mes remerciements vont aussi à toutes les personnes qui m'ont accordé un entretien et à toutes celles qui m'ont aidé à l'élaboration et à la concrétisation de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION : APPROCHE THEORIQUE	1
PERSPECTIVE HISTORIQUE : L'ACCUEIL A L'HOPITAL ENTRE RUPTURE ET CONTINUTE	1
<i>L'accueil, une fonction traditionnelle de l'hôpital</i>	<i>1</i>
<i>Le redéploiement de l'accueil dans l'hôpital moderne</i>	<i>1</i>
L'accueil : une activité matricielle de l'hôpital.....	1
Le renforcement de la mission d'accueil par le législateur	2
La nécessaire prise en compte d'une plus grande précarité d'une plus grande partie de la population	3
PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF : PERSPECTIVE SOCIOLOGIQUE ET FONCTIONNELLE.....	4
<i>Une question commune à l'ensemble des services publics</i>	<i>4</i>
De l'usager à l'usager – client : l'évolution de la relation entre les services administratifs et le public	4
Des contraintes communes.....	5
L'impact de l'ouverture des services publics aux technologies de l'information et de la communication (TIC)	6
<i>Annonce du plan.....</i>	<i>6</i>
1. POURQUOI UNE REORGANISATION DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF DU CHU DE ROUEN?.....	8
1.1 L'ACCUEIL ADMINISTRATIF A L'HOPITAL : LES BUREAUX DES ENTREES	8
1.1.1 <i>Les spécificités hospitalières en raison de la personne accueillie</i>	<i>8</i>
1.1.2 <i>En raison de la fonction : l'accueil à l'hôpital une fonction transversale aux contours flous</i>	<i>9</i>
1.1.2.1 Un périmètre vaste à géométrie variable selon les établissements.....	9
1.1.2.2 Une grande diversité d'acteurs	11
1.2 LES BUREAUX DES ENTREES DU CHU DE ROUEN : UNE INDISPENSABLE REORGANISATION DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF	13
1.2.1 <i>Présentation du contexte.....</i>	<i>13</i>
1.2.1.1 L'environnement sanitaire du CHU de Rouen	13
1.2.1.2 Le CHU de Rouen : l'établissement de référence au niveau régional	13
1.2.2 <i>Présentation de l'accueil administratif au CHU de Rouen</i>	<i>13</i>
1.2.2.1.1 Répartition géographique et fonctionnement.	14
1.2.2.1.2 Organisation hiérarchique	16

1.2.2.2 Les ressources humaines : un effectif important qui se caractérise par une moyenne d'âge élevée	16
1.2.2.2.1 La répartition des effectifs selon les sites.....	17
1.2.2.2.2 La répartition des effectifs selon l'âge :	17
1.2.2.3 L'activité des bureaux des entrées : des missions variées et un volume d'activité élevé	18
1.2.3 <i>L'émergence d'une situation de crise</i>	19
1.2.3.1 Un service administratif bureaucratique qui souffre d'une image dégradée... ..	19
1.2.3.2 ...en dépit d'éléments d'évolution	20
1.2.4 <i>L'événement déclencheur : la crise Cpage fin 2000 – début 2001</i>	21
1.3 QUELLES REPONSES POSSIBLES POUR LE CHU DE ROUEN?.....	22
1.3.1 <i>Des sources d'inspirations diversifiées</i>	23
1.3.1.1 Peut-on réaliser des gains de productivité dans un service administratif ?.....	23
1.3.1.1.1 Une expérience réussie : le CHU de Grenoble	23
1.3.1.1.2 La question des gains de productivité : l'un des points de départ du projet de réorganisation de l'accueil administratif au CHU de Rouen.....	23
1.3.1.2 Quel intérêt à décentraliser l'accueil administratif?	24
1.3.1.2.1 La décentralisation de l'accueil administratif : principes et objectifs	24
1.3.1.2.2 Des expériences concluantes.....	24
1.3.1.2.3 Le cas du CHU de Rouen : les limites techniques de la décentralisation	25
1.3.1.3 Quelle est la pertinence d'une démarche qualité dans les services administratifs ?	26
1.3.1.3.1 Les enjeux de la qualité dans les services administratifs	26
1.3.1.3.2 Certification et accréditation : des moteurs pour un changement d'organisation	27
1.3.1.3.3 L'exemple d'une démarche qualité au niveau des services administratifs : les Hospices de Beaune	30
1.3.2 <i>La réponse du CHU de Rouen : réorganiser les bureaux des entrées en s'appuyant sur une démarche de certification</i>	31
1.3.2.1 Le contexte général	31
1.3.2.1.1 Le contexte externe.....	31
1.3.2.1.2 Le contexte interne : un cadre et un levier	32
1.3.2.2 Le diagnostic	33
1.3.2.3 Les objectifs du projet	35

2	COMMENT CONDUIRE UN PROJET DE REORGANISATION DANS UN SERVICE ADMINISTRATIF?	37
2.1	LA LOGIQUE TECHNIQUE.....	38
2.1.1	<i>L'architecture du projet</i>	38
2.1.1.1	Les acteurs engagés	38
2.1.1.1.1	Le comité directeur	39
2.1.1.1.2	Le comité pilotage projet	40
2.1.1.1.3	Les groupes projets	40
2.1.1.2	Une méthodologie claire : la démarche de certification.....	43
2.1.1.2.1	La cartographie de l'accueil administratif	43
2.1.1.2.3	Un système d'amélioration continue de la qualité.....	46
2.1.1.3	Du lancement du projet à son déroulement : les étapes de la mise en œuvre du projet	46
2.2	LA LOGIQUE ORGANISATIONNELLE : LE DIRECTEUR MANAGER DE PROJET	49
2.2.1	<i>D'un problème technique à une problématique "ressources humaines" : la prise en compte des changements organisationnels.</i>	49
2.2.1.1	Un remodelage de l'organisation hiérarchique	49
2.2.1.1.1	Les référents :.....	50
2.2.1.1.2	Les responsables de secteur et les responsables accueil clientèle : des compétences partagées en matière de management et de ressources humaines.	51
2.2.1.2	La mise en place d'une nouvelle gestion des ressources humaine.....	51
2.2.2	<i>Comment le directeur peut-il créer et porter une dynamique de changement? Le choix d'une démarche participative encadrée.</i>	52
2.2.2.1	Le management participatif comme fondement d'une dynamique de projet	52
2.2.2.2	Susciter la participation des agents	53
2.2.2.2.1	La participation de l'ensemble des agents : le décloisonnement	53
2.2.2.2.3	Synthèse : la démarche participative autour de 4 enjeux	54
2.2.2.3	Emporter l'adhésion des acteurs en favorisant la compréhension des décisions	55
2.2.2.3.1	L'écoute pendant la mise en œuvre du projet.....	55
2.2.2.3.2	La sensibilisation	55
2.2.3	<i>Qu'est-ce que la "résistance au changement"? Le directeur doit être capable d'intégrer la dimension humaine d'un projet.</i>	58
2.2.3.1	Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : importance de la dimension culturelle du changement.....	59
2.2.3.2	Faire face aux aléas et aux imprévus d'un projet	60

2.3	LA LOGIQUE STRATEGIQUE	63
2.3.1	<i>L'apport du coaching</i>	63
2.3.1.1	Qu'est-ce qu'un coach?.....	63
2.3.1.2	Le consultant : un facteur clé de succès du projet de réorganisation.....	64
2.3.2	<i>Le rôle stratégique de la démarche certification, levier du changement</i>	65
2.3.2.1	Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : les transformations d'un lieu de travail	65
2.3.2.1.1	Les travaux prévus	65
2.3.2.1.2	Le développement d'un nouvel outil pour l'accueil : un gestionnaire de clientèle multisites.	66
2.3.1.3	La construction d'outils d'aide à la stratégie : le reporting	67
2.3.3	<i>La dimension stratégique de la communication : le plan de communication</i>	69
2.3.3.1	Présentation du plan de communication	69
2.3.3.2	Les décalages dans la réalisation du plan de communication du projet : un avantage?.....	69
2.3.4	<i>Stratégie et management de projet : les compétences du directeur</i>	71
	CONCLUSION : UN MOIS AVANT L'AUDIT DE CERTIFICATION, QUELS RÉSULTATS?.....	73
	UN PREMIER BILAN POSITIF.	73
	<i>Les enquêtes de satisfaction</i>	73
	<i>Une montée en charge de l'évaluation de la réorganisation : La certification.</i>	73
	LE DEVENIR DE L'ESPACE ACCUEIL CLIENTELE : PERSPECTIVES	74
	<i>Des projets qui demeurent en cours</i>	74
	<i>Vers un redéploiement de la fonction accueil administratif au CHU de Rouen</i>	74
	<i>Le projet accueil : la continuité de la réorganisation des bureaux des entrées</i>	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	LISTE DES ANNEXES	III

Liste des sigles utilisés

AFAQ : Association Française pour l'Assurance de la Qualité
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
BE : Bureau des Entrées
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP : Comité Pilotage Projet
CSP : Code de la Santé Publique
CTE : Comité Technique d'Etablissement
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
DCF : Direction de la Clientèle et des Finances (CHU de Rouen)
DIR : Direction de l'Informatique et des Réseaux (CHU de Rouen)
DSEL : Direction des Services Economiques et de la Logistique (CHU de Rouen)
EPS : Etablissement Public de Santé
GIP : Groupement d'Interêt Public
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
LDH : Ligue des Droits de l'Homme
NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PME : Pavillon Mère Enfant
POSU : Pôle Spécialisé d'accueil, de traitement des Urgences
SAU : Service d'Accueil et d'Urgence
SMQ : Système Management de la Qualité
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication
UNAF : Union Nationale des Associations Familiales
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION : APPROCHE THEORIQUE

Perspective historique : l'accueil à l'hôpital entre rupture et continuité

L'accueil, une fonction traditionnelle de l'hôpital

L'histoire hospitalière, qui est souvent une clé de compréhension des phénomènes actuels, met en évidence l'accueil comme une mission multiséculaire des hôpitaux. Dès le début du moyen âge, la principale mission de l'hôpital est d'héberger et d'accueillir les populations les plus défavorisées. Cette mission ancestrale d'accueil des indigents et des malades démunis est liée au rôle de l'Eglise dans le développement des hospices et des Hôtels Dieu. Les institutions hospitalières se sont peu à peu laïcisées avec la construction progressive d'un Etat central fort. Quoiqu'il en soit, ce passage de l'ère de la charité à l'ère de la bienfaisance puis à l'ère de l'assistance, n'a que peu modifié les missions d'hébergement et d'accueil à l'hôpital.

L'étymologie conforte cette brève analyse historique puisque le terme latin hospitalis qui est à l'origine du mot hôpital désigne un lieu d'hébergement. Ainsi, l'adjectif "hospitalier" s'applique à celui qui pratique volontiers l'hospitalité et qui pourvoit aux besoins de l'homme¹.

Le redéploiement de l'accueil dans l'hôpital moderne

L'accueil : une activité matricielle de l'hôpital

Si hôpital et accueil sont deux notions intrinsèquement liées par l'histoire, la période de 1941 à nos jours a façonné avec les grandes lois hospitalières un système sanitaire performant centré sur le curatif dont l'hôpital est le pivot. Il s'agit d'un changement radical de perspective puisque la mission de l'hôpital n'est plus de veiller à héberger les indigents mais d'assurer des diagnostics et des soins. Les ordonnances du 10 et du 30 décembre 1958 portant sur la réforme hospitalo-universitaire mais aussi la loi du 31 décembre 1970 qui rompt avec la traditionnelle confusion entre le champ social et le champ sanitaire, l'hébergement à l'hôpital ne devenant qu'éventuel, consacrent le passage d'une logique avant tout hôtelière à une logique de production de soins.

Cependant, malgré la prépondérance apparente de la fonction sanitaire, il ne s'agit pas d'une rupture mais plus du redéploiement d'une activité matricielle de l'hôpital.

¹ Dictionnaire de l'Académie française, 9^{ème} édition.

Les évolutions de la société et du droit sont allées en réalité dans le sens d'un poids de plus en plus important conféré à l'accueil. Sans être exhaustif, plusieurs facteurs ont participé à ce redéploiement de la fonction accueil.

Le renforcement de la mission d'accueil par le législateur

Il s'agit d'abord de l'obligation faite aux établissements publics hospitaliers d' « être en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement » (article L.6112-2 du CSP). S'il est inutile d'insister sur l'importance des services d'accueil et des urgences des hôpitaux, que ce soit en terme de volume d'activité ou d'image, l'autre évolution importante à prendre en compte concerne plus directement les droits des patients accueillis à l'hôpital.

L'affirmation des droits des patients

Cette évolution est plus récente puisque la généralisation de la communication de la « charte du patient hospitalisé » annexé au livret d'accueil lors de l'admission du patient date de 1995 (circulaire ministérielle du 6 mai 1995). Les malades peuvent également demander à voir le règlement intérieur qui décrit le statut du malade et les règles de fonctionnement au sein de l'établissement.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dont l'objectif est de poser les bases d'une nouvelle démocratie sanitaire, vient compléter ces dispositions en cherchant à instaurer une relation plus équilibrée entre les professionnels et les malades. Trois points de cette loi concernent directement l'accueil des patients :

- La loi pose le principe d'accès aux soins les plus appropriés à l'état de la personne (chapitre 2 *Droits de la personne*, article L. 1110-5 du CSP).
- Le respect des droits des malades est désormais l'un des éléments obligatoirement pris en compte par l'ANAES dans l'évaluation des soins et l'accréditation des établissements de santé (chapitre 2 *Droits de la personne*, article L. 1110-7 du CSP).
- La mise en place de commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ces commissions ont pour mission de veiller au respect des droits des usagers, de faciliter les démarches des personnes désirant exprimer leurs griefs auprès des responsables d'établissement. Par ailleurs, ces commissions ont également pour fonction de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des malades (et de leurs proches) et de leur prise en charge. Elle est consultée sur la politique de l'établissement en matière d'accueil et de prise en charge et fait des propositions en ce domaine. (chapitre 3 *Droits et responsabilités des usagers*, article L. 1112-3 du CSP).

L'obligation d'évaluation de l'activité hospitalière.

Depuis 1991, la loi impose à tous les établissements de santé de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (article L. 6113-1 du CSP). L'objectif de la procédure d'accréditation, menée par les experts visiteurs de l'ANAES, est de garantir la qualité et l'efficacité des soins hospitaliers et de la prise en charge des malades (article L. 6113-2 du CSP). Comme indiqué dans le paragraphe 2.3.2, un certain nombre de référentiels -notamment les référentiels *Droits et information du patient, Droits du patient (DPA) et Organisation de la prise en charge des patients (OPC)*- concernent directement l'accueil de l'utilisateur à l'hôpital. Au-delà d'aspects purement réglementaires, l'accréditation doit pouvoir s'appuyer sur un management des ressources humaines centré sur l'efficacité et l'efficacité. A ce titre, les impacts de cette démarche sur le plan du management et de la stratégie sont à prendre en compte.

La nécessaire prise en compte d'une plus grande précarité d'une plus grande partie de la population

La société française a assisté ces dernières années à une exclusion croissante du système de santé de personnes du fait de la multiplication des situations de précarité. Ces situations sont notamment liées à la hausse du chômage et à des difficultés croissantes pour accéder au logement.

La pauvreté : sont considérés comme pauvres en France ceux dont les ressources sont inférieures à la moitié du niveau de vie médian. Sur la base de cette donnée, on estime à 1,8 millions le nombre de ménages pauvres².

Conscients de cette hausse de la précarité, les pouvoirs publics ont souhaité que l'hôpital renoue avec une tradition d'accueil des indigents qui n'a jamais été en réalité complètement abandonnée. En effet, l'une des priorités de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion est de permettre une réelle accessibilité au système de santé. Cette loi fait obligation aux établissements de santé de veiller à ce que les patients qui sortent de l'hôpital disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. Dans le cadre de cette loi, les établissements doivent également mettre en place des « permanences d'accès aux soins de santé ».

² Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Rapport 2000, La Documentation Française, Paris 2000.

Présentation de la problématique de l'accueil administratif : perspective sociologique et fonctionnelle

En préalable à l'analyse de la situation des bureaux des entrées du CHU de Rouen, une approche sociologique et fonctionnelle des organisations administratives permet de mettre d'expliquer pourquoi et en quoi les accueils des services publics en général, et des établissements hospitaliers en particulier, sont amenés à évoluer depuis ces dernières années.

Une question commune à l'ensemble des services publics

De l'usager à l'usager – client : l'évolution de la relation entre les services administratifs et le public

Même s'il existe une spécificité hospitalière liée à l'histoire, l'évolution de l'accueil à l'hôpital, et a fortiori de celle de l'accueil administratif, s'inscrit dans le cadre plus général de l'évolution de l'ensemble des services publics qui ont placé progressivement le public au cœur de leurs préoccupations.

Ce centrage progressif vers l'usager est d'abord le résultat d'une volonté des pouvoirs publics.

La loi du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration dans les relations entre l'administration et le public mais aussi, plus récemment, la loi du 12 avril 2000³ relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ont contribué à faire évoluer l'accueil administratif au sens large. A cela s'ajoute le projet de charte des services publics dont l'un des axes essentiels est de mieux prendre en compte les besoins et les attentes des citoyens, et ce dès l'accueil⁴.

Ensuite, l'accueil administratif a évolué du fait même des services publics. Dans un environnement de plus en plus concurrentiel, les services publics découvrent peu à peu le rôle stratégique de l'accueil et raisonnent volontiers en termes de marketing et de

³ Loi n°2000-321 du 12 avril 2000, relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

⁴ La circulaire du Premier ministre en date du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'Etat et des services publics définit 5 objectifs prioritaires et pose les premiers jalons d'une charte.

segments de clientèle⁵. Par ailleurs, les sociologues ont en effet mis en évidence les changements d'organisation de l'accueil induit par l'aménagement de l'attente du public⁶.

Enfin, cette évolution est à attribuer pour une grande part aux usagers eux-mêmes. Ceux-ci se reconnaissent de moins en moins dans la figure de l'usager au sens traditionnel du terme. L'usager mêle en réalité plusieurs statuts de sorte que certains auteurs mettent en avant le triptyque consommateur - contribuable - citoyen pour le définir. En tout état de cause, que ce soit en raison du développement du consumérisme ou d'une conscience citoyenne, le public est de plus en plus exigeants à l'égard de l'administration, notamment l'administration de proximité. L'accueil administratif représente donc un lieu symbolique d'un service public et il recouvre aussi à cet égard une fonction stratégique.

Des contraintes communes

Le recours à des études menées dans d'autres services publics permet de poser plus largement la problématique de l'accueil aujourd'hui dans les services administratifs. Ces derniers semblent avoir à concilier une triple contradiction :

- L'accueil est la vitrine du service, mais il est généralement dévalorisé par rapport aux autres activités de l'organisation⁷. Si l'accueil constitue le premier contact avec une institution, il est rare qu'il soit considéré comme une fonction noble.
- Accueillir en tenant compte de la diversité des situations mais en garantissant l'égalité de traitement. A l'image de la relation qu'entretient l'Etat avec les individus, la fonction accueil ne peut plus se contenter d'une réponse unique et égalitaire. L'accueil administratif se doit en effet d'être au service de tous en s'adaptant à la complexité et à la fragmentation de la société⁸.
- Les services administratifs qui accueillent du public sont enfin contraints de concilier deux logiques antinomiques puisqu'ils doivent à la fois offrir une prestation de qualité tout en respectant des contraintes de productivité et d'efficacité économique⁹.

⁵ L'ouvrage *Usagers ou clients? Marketing et qualité dans les services publics* de B. de QUATREBARBES, éditions d'organisation 354 pages, Paris 1996, pose de façon éclairante cette problématique.

⁶ Voir par exemple A. JEANTET, *Le temps des guichetiers : la poste*. In *Temps de travail et temps libre*, C. DURAND et A. PICHON, Bruxelles, De Boeck Université, 2001.

⁷ *Des métiers face au public*. In Informations Sociales n°52, Frédéric KLETZ, Frédérique PALLEZ.

⁸ *L'égalité dans la complexité*. In Informations Sociales n°52, Odon VALLET.

⁹ *Entre productivité et amabilité*. In Informations Sociales n°52, Julien DAMON.

L'impact de l'ouverture des services publics aux technologies de l'information et de la communication (TIC)

Si la prise en compte de ces contradictions conduit les services publics à évoluer dans leur relation avec les usagers, le développement des technologies de l'information ont également un impact significatif sur cette relation¹⁰. Les TIC sont le vecteur de deux changements pour les services publics : faciliter d'une part l'accès des citoyens à l'administration et d'autre part moderniser le fonctionnement de l'Etat.

Concrètement, cela implique le développement des téléprocédures, c'est à dire l'échange dématérialisé de formalités entre les autorités publiques et leurs usagers. Ce souci de dématérialiser les procédures administratives, qui s'inscrit dans le cadre de la modernisation de l'administration et donc de sa simplification, ne marque pas pour autant la fin de l'accueil physique. Au contraire, si les TIC contribuent à instaurer une plus grande interactivité entre les usagers et leur administration pour les procédures les plus simples ou les publics les plus favorisés, l'accueil physique assume désormais les tâches les plus complexes et les cas particuliers. Le téléservice public n'a pas vocation à se substituer au traitement humain des dossiers et des individus.

Par ailleurs, le mode de fonctionnement de l'accueil administratif est modifié par le développement des outils de bureautique et la modernisation des systèmes d'information. Il apparaît de plus en plus probable que les administrations vont réaliser d'importants gains de productivité et de qualité sur les tâches de gestion (back office) ; pour certains, ces gains doivent "être mis au service d'un accueil du public, le front office, qui doit plus que jamais rester au centre des priorités¹¹".

Annonce du plan

Cette introduction a posé la problématique de l'accueil administratif en empruntant au droit, à l'histoire hospitalière ainsi qu'à la sociologie des organisations publiques. Il est proposé à présent d'analyser la mutation des bureaux des entrées du CHU de Rouen en Espace accueil clientèle en distinguant deux temps :

- Dans un premier temps, l'objectif sera de présenter la fonction accueil du CHU de Rouen, d'en analyser le fonctionnement et les dysfonctionnements et d'expliquer,

¹⁰ Dossier de l'AJDA, 20 juillet/20 août 2001, pages 608 à633.

¹¹ B. LASSERRE, *l'Etat et les technologies de l'information et de la communication*, cité par G. CHATILLON dans *Administration électronique et services publics*, AJDA août 2001 p 620.

compte tenu des expériences menées ailleurs, quelle a été la réponse apportée (1).

- Il sera ainsi possible d'étudier dans un second temps la façon dont a été conduit le projet de réorganisation d'un service administratif en situant l'action du directeur dans sa triple logique technique, managériale et stratégique (2).

1. POURQUOI UNE REORGANISATION DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF DU CHU DE ROUEN?

1.1 L'accueil administratif à l'hôpital : les bureaux des entrées

En préalable à l'analyse de la situation des bureaux des entrées du CHU de Rouen, il convient d'exposer brièvement les spécificités de l'hôpital en matière d'accueil administratif. Ces spécificités se situent principalement à deux niveaux :

- au niveau des personnes accueillies
- au niveau de l'organisation des services chargés de recevoir ces personnes

Mais, que ce soit en raison de la personne accueillie ou en raison de l'organisation de la fonction accueil, le service public hospitalier se caractérise par des mutations de l'accueil administratif auxquelles il doit faire face.

1.1.1 Les spécificités hospitalières en raison de la personne accueillie

Trouver une dénomination pertinente pour définir la population qui se présente à l'hôpital est un problème récurrent et évoqué récemment par la conférence nationale des directeurs de centre hospitalier¹². Le substantif "malade" décrit imparfaitement cette population puisque beaucoup de personnes qui se présentent à l'hôpital ne le sont pas. Ce terme méconnaît la dimension préventive du système hospitalier. Il a néanmoins le mérite de souligner l'une des spécificités de l'accueil administratif en milieu hospitalier : la personne qui se présente à l'entrée de l'hôpital est dans un état de vulnérabilité particulièrement important.

De son côté, le terme de "patient" n'est pas entièrement satisfaisant car il ne reconnaît qu'un rôle passif à la population qui se présente à l'hôpital. Cependant, ce terme est adapté au secteur de l'accueil administratif puisque l'attente en est la composante essentielle.

Plus classiquement, le terme "usager" renvoie au fait que les personnes utilisent un service public, le service public hospitalier. L'accueil administratif est donc un accueil des usagers.

¹² Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier "plate forme pour une nouvelle politique de santé", juillet 2003.

Enfin, la notion de "client" ne peut être ignorée par l'hôpital public dans la mesure où cette notion a pour corollaire la satisfaction du client¹³. Afin de rompre avec un certain archaïsme, le projet du CHU de Rouen utilise délibérément ce terme de "client" qui implique d'importantes contraintes organisationnelles pour le fournisseur (prestataire de service).

Pour caractériser les spécificités de l'accueil à l'hôpital, il est également éclairant d'avoir recours à la vision extérieure des patients. En ce sens, les conclusions d'une enquête menée en 1993 par l'UNAF et la Ligue des Droits de l'Homme fournissent une représentation intéressante de l'impression que les malades conservent de leur arrivée à l'hôpital¹⁴. Parmi les points forts relevés, l'enquête signale la qualité satisfaisante de l'accueil en général et son amélioration progressive. Cependant, les délais d'attente sont souvent jugés trop importants et les informations fournies incomplètes. Les personnes qui ont répondu à l'enquête souhaitent être mieux informées sur les conditions pratiques du séjour à l'hôpital. Elles souhaitent aussi pouvoir identifier plus facilement selon leurs fonctions les divers intervenants.

1.1.2 En raison de la fonction : l'accueil à l'hôpital une fonction transversale aux contours flous

Le secteur de l'accueil administratif à l'hôpital est une réalité complexe à appréhender en raison du périmètre concerné et du nombre d'acteurs impliqués.

1.1.2.1 Un périmètre vaste à géométrie variable selon les établissements

Plusieurs services sont concernés par l'accueil administratif :

- *L'accueil administratif des hospitalisations*. Sa dénomination habituelle est le plus souvent "service des admissions". Ce service assure des missions d'accueil et de prise en charge administrative des patients par le biais de boxes ou de guichets (« front office ») et des missions qui relèvent d'avantage de la gestion et du suivi (tâches de « back office »). Les agents de ces services sont chargés de la création du dossier administratif du patient, de l'encaissement des prestations (notamment ticket modérateur lié à la prestation médicale) et de l'état civil (enregistrement des naissances et des décès,

¹³ Cela s'inscrit dans le mouvement plus large de l'émergence de l'utilisateur – client, notion qui apparaît depuis quelques décennies.

¹⁴ LDH, UNAF *L'hôpital vu par ses usagers*. In *Réalités familiales*, n°34, mars 1995.

réception des familles). Ils sont également chargés de la facturation. Enfin, ils ont un rôle de suivi en fournissant des indicateurs d'activité.

- *L'accueil des consultations externes.* Le premier accueil dans l'institution hospitalière, hormis les cas d'urgence qui conduisent à une hospitalisation immédiate, se situe au niveau des consultations externes. La courte durée d'une consultation peut faire oublier qu'il s'agit d'une porte d'entrée majeure d'un établissement de santé en dépit du nombre élevé de consultants.

Les consultations externes désignent l'ensemble des activités de soins réalisées sans le recours à l'hébergement. Avec la « révolution thérapeutique » induite par une médecine plus efficace, l'hospitalisation n'est plus systématique. L'existence de consultations externes avait été reconnue par les ordonnances de 1958. Si ces dispositions sont aujourd'hui abrogées, l'activité des consultations externes s'est accrue au cours des dernières années car elles permettent aux patients d'accéder au plateau technique de l'hôpital. Les tâches, réparties entre le front office et le back office, sont comparables à celles des services d'admissions (accueil, ouverture de droits, encaissement¹⁵).

Cependant, les consultations externes présentent une spécificité supplémentaire puisque, au niveau des services de soins, les secrétariats médicaux remplissent également un rôle d'accueil. De nombreux hôpitaux préfèrent en effet privilégier une prise de rendez-vous par les services, considérant que les secrétariats sont plus aptes à orienter les patients vers la bonne discipline¹⁶.

- *Le stand d'accueil général*, porte d'entrée de l'hôpital, sa mission est de renseigner et d'orienter toute personne qui se présente (patients et visiteurs).
- *Les services sociaux* : géographiquement proches des services d'admissions, ils sont chargés d'informer et de conseiller les patients sur les démarches administratives.

¹⁵ Le décret n°2001-367 du 25 avril 2001 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé dispose que l'encaissement par les services de consultations externes concerne aussi bien l'activité publique que l'activité libérale des praticiens exerçant dans un EPS. Ces dispositions ont été dernièrement modifiées par l'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé qui dispose que « Le praticien exerçant une activité libérale choisit de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital ».

¹⁶ Eric GINESY et Stéphane BLOT, *La qualité de l'accueil, c'est simple comme un coup de fil*, Gestions Hospitalières, octobre 2001.

- *Les services d'accueil des urgences* : en vertu de dispositions réglementaires¹⁷, les établissements doivent organiser un accueil administratif au niveau des services d'accueil des urgences. Les missions d'accueil sont identiques à celles qui sont assurées aux guichets du service des admissions.
- *L'essor de l'accueil téléphonique* : l'accueil physique n'est plus la règle et, comme dans d'autres services publics, les hôpitaux renforcent actuellement leurs prestations en matière d'accueil téléphonique.
- *Le développement de nouveaux services administratifs* : ces services correspondent aux évolutions de l'accueil administratif. Ainsi, certains hôpitaux ont développé des services d'accompagnement pour les patients qui ont des difficultés à s'orienter dans les bâtiments ou qui nécessitent une attention particulière lors de leur séjour.

1.1.2.2 Une grande diversité d'acteurs

L'accueil administratif ne constitue pas la mission particulière d'un corps spécifique d'agents de la fonction publique hospitalière. Au contraire, il s'agit d'une fonction partagée par des personnels marqués par une grande diversité des statuts :

- *Des personnels administratifs de catégorie B*. Il s'agit des secrétaires médicaux pour les consultations externes.
- *Les personnels administratifs de catégorie C* concernés par l'accueil sont les adjoints administratifs et les agents administratifs. Ils sont affectés dans les services des admissions, des consultations externes et aussi au guichet d'accueil.

Plus encore que d'autres peut être, l'ensemble de ces personnels administratifs qui sont au contact direct des patients sont amenés à connaître des informations protégées par le secret professionnel, qu'elles soient d'ordre médical ou non¹⁸. Les dispositions réglementaires, confirmées par la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, soulignent que « le personnel non médical des établissements d'hospitalisation public est de par son statut même soumis aux règles instituées dans le

¹⁷ Décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997.

¹⁸ Carole HERVAGULT, *Secret professionnel du personnel administratif hospitalier*, Cahiers Hospitaliers n°164, janvier 2001.

Code pénal en matière de secret professionnel auxquelles s'ajoute l'obligation de discrétion professionnelle à raison des faits et informations dont ce personnel a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ¹⁹».

- *Des personnels paramédicaux* de catégories B ou C (agents des services hospitaliers, aides soignantes qui sont reclassées sur des fonctions d'accueil général).
- *Des personnels d'encadrement* (adjoint des cadres).
- *D'autres catégories de personnel sont également concernées* : les assistants sociaux, les emplois jeunes lorsqu'ils sont chargés de missions d'accompagnement ou de médiation...

Il n'existe donc pas une filière métier accueil à l'hôpital pas plus qu'il n'existe de formation spécifique. Cela traduit une certaine dévalorisation d'un secteur qui est souvent tenu à l'écart des grandes évolutions de l'établissement. Il est nécessaire d'évoquer les conditions de travail de ces agents qui accueillent du public à l'hôpital. Une étude récente²⁰ réalisée par deux ergonomes évoque les difficultés de deux ordres :

- Physiques : il s'agit de dorsalgies, cervicalgies et douleur de l'épaule liées à des défauts de conception des postes de travail.
- Psychologiques : la relation avec les patients peut être éprouvante, les agents font part également d'un stress au travail lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de répondre à tous les appels.²¹

La multiplicité des lieux et des acteurs donne une image brouillée de l'accueil administratif à l'hôpital, certains soulignant le caractère kafkaïen d'une administration intitulée "bureaux des entrées" mais dont l'une des missions est d'assurer les procédures de sortie des patients.

¹⁹ Circulaire du 20 avril 1973 relative au secret dans les établissements d'hospitalisation publics.

²⁰ Madeleine ESTRYN-BEHAR, S. CHEIK *Le personnel administratif accueillant du public à l'hôpital*, Gestions hospitalières, mars 2002.

²¹ L'étude précitée fait état de 60% d'appels qui n'aboutiraient pas.

1.2 Les bureaux des entrées du CHU de Rouen : une indispensable réorganisation de l'accueil administratif

1.2.1 Présentation du contexte

Une présentation succincte de l'environnement sanitaire du CHU de Rouen permet de mieux cerner la situation qui caractérise les bureaux des entrées.

1.2.1.1 L'environnement sanitaire du CHU de Rouen

La Haute-Normandie compte 1 780 192 habitants, dont 1 239 138 pour le seul département de Seine-Maritime²². En matière de santé, la Haute-Normandie fait partie des régions défavorisées avec un taux de mortalité qui la classe au 6^{ème} rang national pour les hommes et au 8^{ème} rang pour les femmes. C'est également la 2^{ème} région la plus touchée par les cancers²³.

1.2.1.2 Le CHU de Rouen : l'établissement de référence au niveau régional

Le CHU de Rouen comprend 5 établissements de soins et d'hébergement et deux établissements industriels répartis sur l'ensemble de l'agglomération rouennaise (450 000 habitants).

Quelques données clés méritent d'être indiquées afin de souligner l'importance du CHU : L'établissement emploie 7 841 salariés.

Chaque année, le CHU réalise 107 469 entrées et 297 000 consultations.

En 2002, le CHU a accueilli au total 70 887 patients dont l'origine géographique se répartit de la façon suivante :

- 68 659 patients sont originaires de Haute-Normandie, 58 037 (82 %) d'entre eux venant du département de Seine-Maritime dont 10 561 de Rouen.
- 2 228 patients, soit 3 % du total, viennent d'une autre région.

1.2.2 Présentation de l'accueil administratif au CHU de Rouen

L'objectif de cette présentation est de préciser la façon dont la fonction accueil administratif s'organise au CHU de Rouen.

1.2.2.1 L'organisation des bureaux des entrées : un accueil administratif multisites.

²² Recensement 1999.

²³ Source : Statiss 2001. Les régions françaises – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

1.2.2.1.1 Répartition géographique et fonctionnement.

Si le CHU de Rouen comprend 5 sites, l'activité du service des Bureaux des entrées est concentrée sur les 3 sites de court séjour et de moyen séjour. Il s'agit des sites de Charles Nicolle, de Bois-Guillaume et de Saint Julien. Deux agents sont également chargés de l'accueil administratif sur les sites de Oissel et de Boucicaut.

Tableau n°1 : Sites et horaires d'ouverture de l'accueil administratif au CHU de Rouen.

Sites	Du lundi au vendredi	Samedi	Dimanche
Hôpital Charles Nicolle :			
Anneau central	7h45 – 18h30	8h00 – 18h00	9h00 – 18h00
Derocque (consultations externes)	8h00 – 17h00 (V=16h00)	fermé	fermé
Leschevin ²⁴	8h00 – 17h00	fermé	fermé
Ophthalmologie (consultations externes)	8h30 – 17h00 (V=16h00)	fermé	fermé
ORL (consultations externes)	8h30 – 17h00 (V=16h00)	fermé	fermé
Pédiatrie	8h00 – 19h00	10h – 19h00	12h00 – 19h00
Pavillon Mère Enfant (PME)	8h00 – 19h00	8h30 – 13h00	10h00 – 18h00
Urgences (SAU et urgences pédiatriques)	24h /24h	24h / 24h	24h / 24h
Hôpital de Bois-Guillaume	7h30 – 18h00	9h00 – 18h00	10h00 – 18h00
Hôpital de Saint Julien			
Médecine Saint Julien	8h30 – 17h00	fermé	fermé
UPATOU	8h00 – 18h00	10h00 – 18h00	fermé

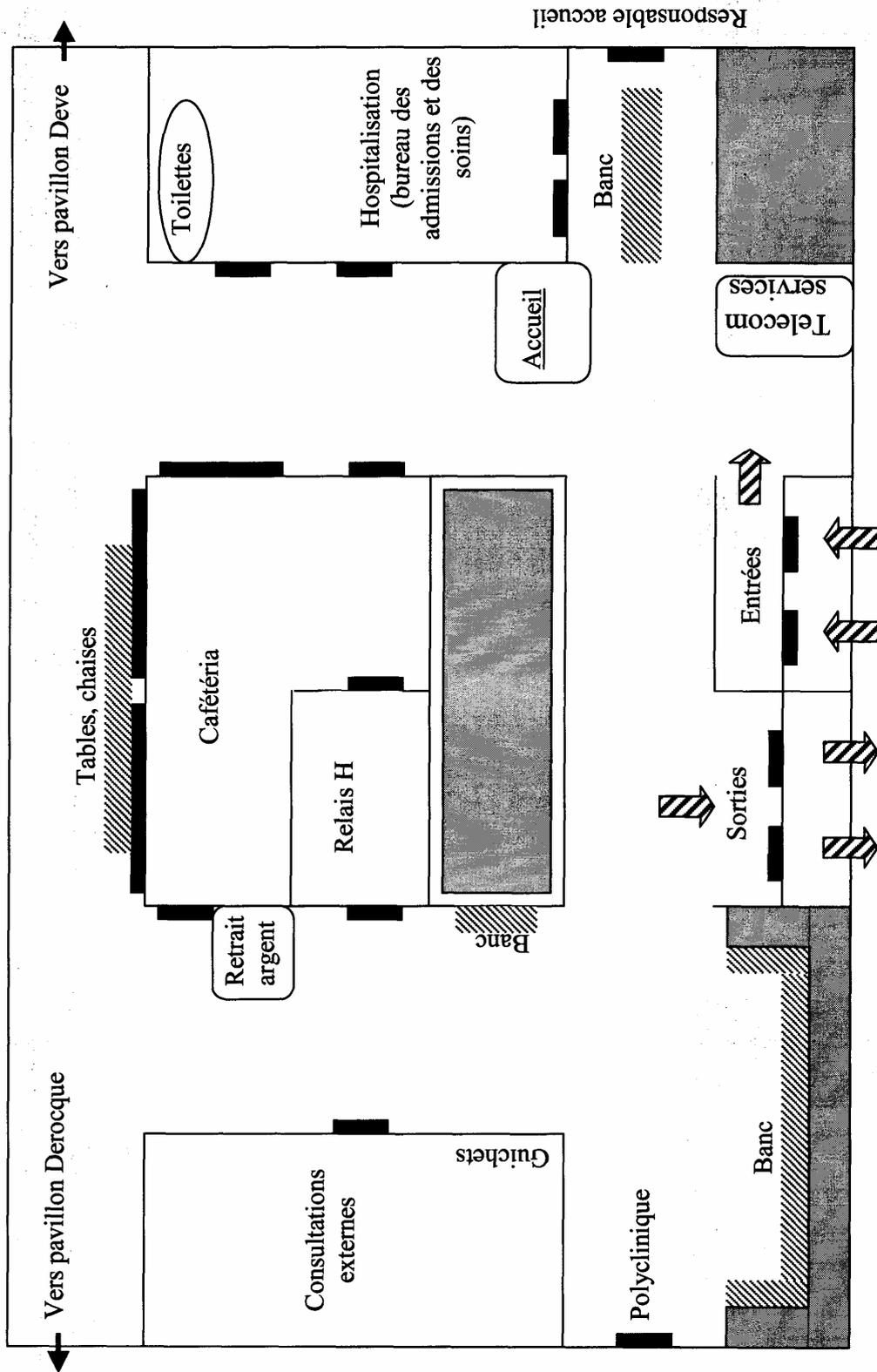
L'hôpital Charles – Nicolle et son important plateau technique constitue le noyau du CHU de Rouen autour duquel gravitent des sites spécialisés (moyen et long séjour, hôpital urbain de proximité...)

L'Anneau central, dans lequel sont installés non seulement les bureaux des entrées pour des consultations externes et des hospitalisations mais aussi le stand d'accueil et les services sociaux, est le cœur du dispositif d'accueil administratif. Aisément identifiable pour le patient ou le visiteur, il représente la principale porte d'entrée de l'hôpital Charles – Nicolle, et donc du CHU de Rouen. On peut en préciser l'organisation actuelle à l'aide du schéma qui figure page suivante.

²⁴ il s'agit de services de dermatologie, de pneumologie et de psychiatrie

Schéma n°1: hall d'accueil "anneau central".

Schéma simplifié : hall d'accueil « anneau central ».

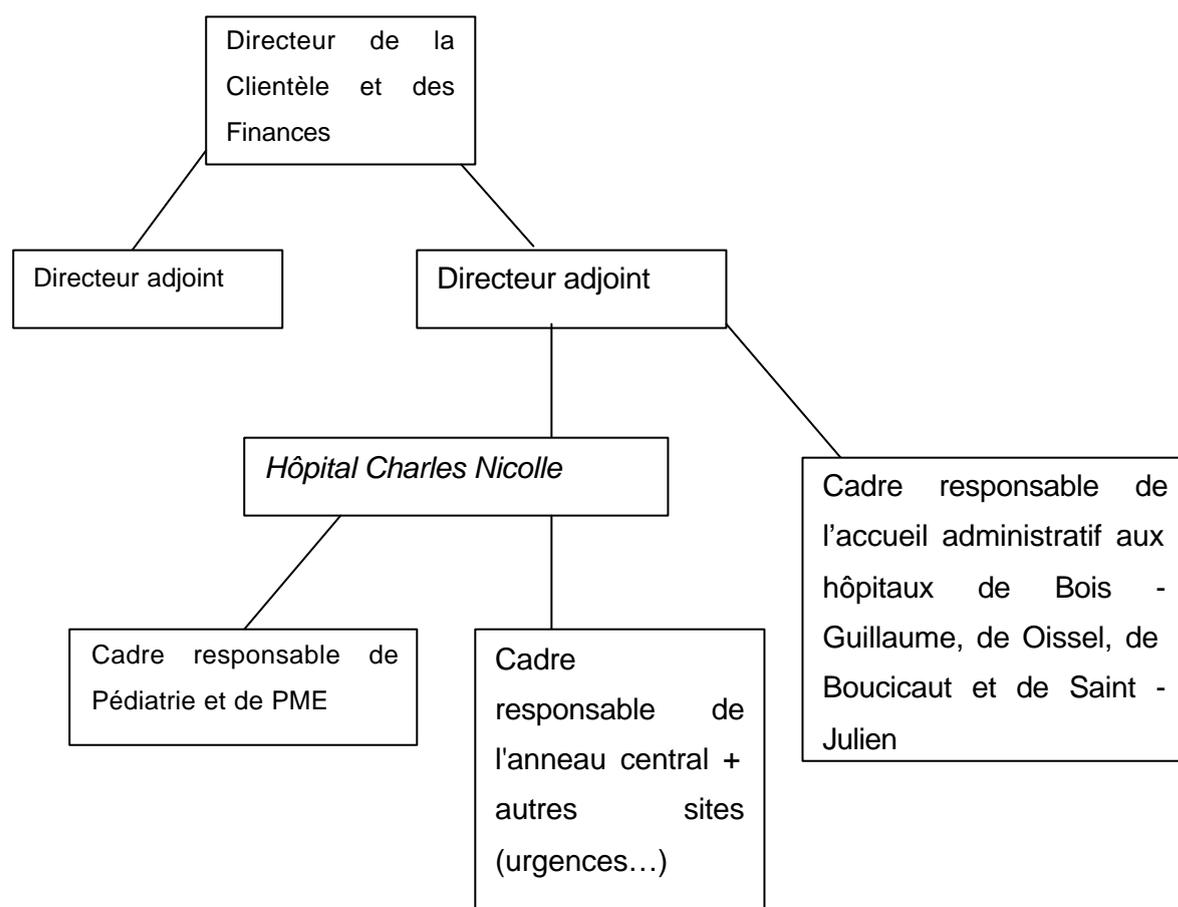


1.2.2.1.2 Organisation hiérarchique

Le service des bureaux des entrées est placé sous la responsabilité de la Direction de la Clientèle et des Finances. Un directeur adjoint est spécifiquement chargé de l'organisation et du fonctionnement de ce secteur dont l'encadrement est assuré par 3 adjoints des cadres.

Le rôle du cadre est de faire le lien entre la Direction et l'équipe. Il a à cet égard un rôle d'information important.

Schéma n°2 : organigramme simplifié des bureaux des entrées.



1.2.2.2 Les ressources humaines : un effectif important qui se caractérise par une moyenne d'âge élevée

L'analyse de la composition de l'effectif des bureaux des entrées et de ses principales caractéristiques permet de donner une première indication sur le projet de réorganisation et de son déroulement. En effet, compte tenu du nombre d'agents concernés, 104 personnes, il s'agit d'un projet d'envergure où la dimension humaine est fondamentale.

1.2.2.2.1 La répartition des effectifs selon les sites

- Anneau Central : 57 %
- PME / Pédiatrie : 19 %
- Bois Guillaume : 14 %
- Saint Julien : 8 %
- Autres sites : 2 %

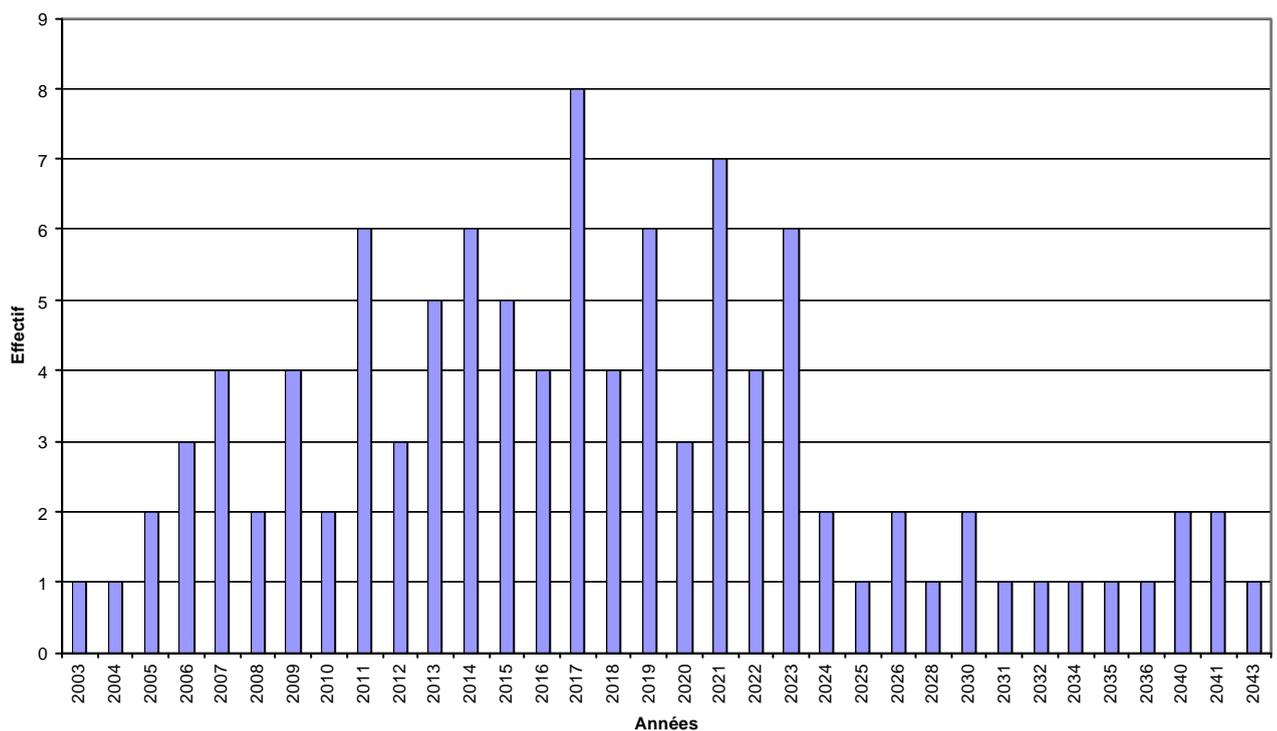
1.2.2.2.2 La répartition des effectifs selon l'âge :

Un effectif vieillissant...

Tableau n°2 : répartition des effectifs par tranche d'âge.

Moins de 40 ans	De 40 à 49 ans	De 50 à 60 ans
17 % des agents	54 % des agents	29 % des agents

Graphique n°1 : évaluation du nombre de départs à la retraite pour la période 2003 – 2043.



...qui va connaître un renouvellement et un rajeunissement dans les prochaines années.

Avec 83% de personnes âgées de 40 ans et plus, la moyenne d'âge du personnel des bureaux des entrées (45 ans) est sensiblement plus élevée que dans d'autres secteurs administratifs. Cette donnée pèse sur le contexte du projet de réorganisation car le

vieillessement progressif des agents rend prévisible un nombre important de départs à la retraite dans les années à venir.

(NB : Ces données ne tiennent pas compte des effets de la prochaine réforme des retraites).

Au total, ce sont 33 personnes, soit un tiers de l'effectif total du service, qui vont partir à la retraite d'ici 2013. Par ailleurs, plus de la moitié de l'effectif des bureaux des entrées (56 personnes) sera renouvelé d'ici 2017.

L'importance des effectifs, mais aussi leur âge sont deux éléments qui ont un impact fort sur le contexte de la réorganisation. L'objectif pour le directeur manager est en effet de parvenir à un changement en profondeur d'une organisation lourde où le risque de démotivation des agents (compte tenu de l'âge et des données sur dévalorisation du service) n'est pas négligeable.

1.2.2.3 L'activité des bureaux des entrées : des missions variées et un volume d'activité élevé

Ce service qui accueille les usagers et les prend en charge administrativement jusqu'à la facturation des prestations reçoit environ 1,5 millions de personnes (patients et visiteurs confondus) chaque année.

Les missions des bureaux des entrées sont les suivantes :

- Création des dossiers
- Accueil téléphonique et physique. Pour certains sites (Anneau Central, PME) une hôtesse est chargée de l'accueil. Ce n'est pas le cas pour les autres sites où les agents réalisent également l'accueil.
- Etat civil.

Les naissances : l'état civil des naissances est une activité importante du bureau des entrées du PME puisqu'il y a chaque année près de 3 000 naissances (2 928 déclarations de naissances en 2002). La déclaration des naissances se fait en lien avec le service d'état civil de la Ville de Rouen.

Les décès : l'état civil des décès concerne essentiellement l'Anneau central et l'hôpital de Bois-Guillaume.

- La facturation. Il s'agit du traitement des dossiers.

Quelques chiffres sur la facturation des dossiers permettent de réaliser le volume de cette activité.

Tableau n°3 : facturation des dossiers facturés (consultations externes et hospitalisations) pour l'année 2002.

Sites	Nombre de dossiers facturés
Charles Nicolle : Anneau central, anciens bâtiments, pavillon Dévé, pavillon Derocque et urgences.	486 468
Pédiatrie et PME	22 321
Bois Guillaume et Saint Julien	83295
Total CHU	59 2084

-Régie de dépôts et régies de recettes.

-Les sorties des patients. Cette mission présente des spécificités en pédiatrie car les sorties de mineurs posent fréquemment des problèmes juridiques liés à la responsabilité parentale.

-Les relations avec les services et avec les partenaires extérieurs (l'Etat civil, la CPAM et les ambulanciers).

-Le traitement des dossiers de contentieux. La lettre de plainte, envoyée par le patient à la Direction, est transmise ensuite aux agents des bureaux des entrées qui étaient en charge du dossier afin qu'ils apportent les informations nécessaires.

1.2.3 L'émergence d'une situation de crise

La fonction accueil administratif du CHU de Rouen n'a pas évolué autant que son environnement tant interne qu'externe. Progressivement, une situation de crise s'est donc installée.

1.2.3.1 Un service administratif bureaucratique qui souffre d'une image dégradée...

Jusqu'aux années 1960, des « portières » conduisaient les patients dans les services de soin. A leur sortie, les malades étaient également accompagnés jusqu'au bureau des

entrées. Les missions des agents des bureaux des entrées étaient également plus étendues puisqu'ils avaient par exemple à annoncer à la famille le décès du patient²⁵.

De l'admission manuelle à l'admission informatisée: le service remettait au patient lors de son admission une fiche de salle. Le suivi des admissions était réalisé chaque jour par l'enregistrement des patients en fonction de leur arrivée sur une feuille de population. Le passage à l'informatisation s'est fait progressivement, simplifiant par la même les démarches et réduisant les délais de facturation.

Les bureaux des entrées véhiculent une image dégradée du secteur accueil administratif. Traditionnellement, être affecté aux bureaux des entrées était considéré par les agents comme « une punition » que ce soit pour des raisons disciplinaires ou pour une incapacité à être exercé à un autre poste. Aussi les bureaux des entrées ont-ils souffert d'une image de service peu valorisante, se caractérisant par un faible niveau de qualification des agents et par une organisation fortement pyramidale et rigide.

Par conséquent, ils représentaient pour les partenaires du service (internes ou externes au CHU) une caricature de l'administration dans sa pesanteur. Peu à peu, les tâches de gestion occupaient une place de plus en plus importante par rapport à la fonction accueil proprement dite. La valeur ajoutée des bureaux des entrées pour l'ensemble de l'établissement a pu donc paraître de moins en moins évidente pour les autres services.

1.2.3.2 ...en dépit d'éléments d'évolution

*Une expérience de réorganisation inaboutie : le cercle de qualité inter-bureaux des entrées*²⁶

Entre 1990 et 1991, le cercle de qualité inter – bureaux des entrées a mené une enquête dans les divers secteurs et l'entourage immédiat des bureaux des entrées au moyen de grilles d'observations portant sur 5 thèmes :

- secteur d'hospitalisation
- secteurs consultations externes
- visiteurs
- signalisation
- Renseignements divers pouvant être demandés dans les bureaux des entrées.

²⁵ Témoignage publié dans la revue interne du CHU de Rouen, *Echanges magazine*, février 2001.

²⁶ *Echanges magazine*, octobre 1991.

Sur les 250 observations relevées, les principales sources d'insatisfaction des patients étaient liées à la confusion entre les secteurs de consultations externes et les secteurs d'hospitalisation et à la question de la confidentialité.

Les conséquences positives de cette expérience :

- La mise en place de certaines améliorations (exemple : allongement des horaires d'ouverture et propositions de nouvel agencement des locaux (exemple : banque d'accueil située dans le hall des pavillons, face à l'entrée).
- Cette expérience a permis d'amorcer un débat/réflexion et de permettre aux agents de s'impliquer dans les évolutions. D'ailleurs, les responsables des bureaux des entrées évoquent souvent à ce sujet un tournant culturel susceptible de faire évoluer la fonction accueil. En ce sens, le cercle qualité inter - bureaux des entrées a contribué à faire émerger l'idée d'une approche participative de la démarche qualité. Cette idée sera reprise dans la stratégie mise en œuvre dans le cadre du projet de réorganisation.

Des conséquences négatives : faute de moyens et du soutien nécessaire, les propositions d'amélioration du cercle de qualité n'ont pas été traduites concrètement. Il en est ressorti une grande frustration pour les agents qui s'étaient impliqués. Lors des réunions des groupes de travail, cette expérience inachevée a été régulièrement évoquée. Une des clefs de la réussite de la réorganisation de 2002-2003 était donc de parvenir à motiver les agents et à mettre en évidence la pertinence et la faisabilité du projet en insistant sur l'idée de continuité.

1.2.4 L'événement déclencheur : la crise Cpage fin 2000 – début 2001

Le remplacement du logiciel de gestion administrative Gemme par le logiciel Cpage Malade en octobre 2000 a été l'événement déclencheur d'une situation de crise. La mise en place de Cpage a en effet posé problème car la démarche choisie pour former les agents présentait deux faiblesses.

D'une part, elle reposait uniquement sur le principe de la démultiplication, à savoir que quelques référents étaient chargés de l'apprentissage de l'ensemble des agents. Cette formation de quelques référents assurée par la DIR a été insuffisante. L'ensemble des équipes aurait dû être directement formé à l'utilisation d'un logiciel qui modifiait en profondeur le mode de travail des agents.

D'autre part, il s'agissait d'une démarche menée exclusivement en interne avec un suivi documentaire faible. L'accompagnement du changement n'a pas été à la mesure du changement induit par l'utilisation d'un nouveau logiciel.

Concrètement, les files d'attente aux guichets sont devenues très importantes et le processus de gestion/facturation des dossiers administratifs a été pratiquement bloqué. Plus grave encore, la clôture comptable de l'exercice 2001 n'a pu être réalisée qu'en avril 2002. Le CHU a d'ailleurs dû faire appel à une aide extérieure pour traiter les dossiers. Cette situation a contribué à dévaloriser fortement le travail des bureaux des entrées tant en interne (services de soins) qu'en externe (notamment les partenaires extérieurs des bureaux des entrées).

La mise en œuvre de Cpage a cependant eu pour effet positif de permettre aux bureaux des entrées et à la Direction de l'Informatique et des Réseaux d'acquérir une expérience commune car des réunions de mise au point avaient été instituées deux fois par mois. Au sortir de cette période de turbulences pour l'accueil administratif, les relations entre les agents des bureaux des entrées et de la Direction de l'Informatique et des Réseaux étaient donc plus étroites.

Le service des bureaux des entrées a donc été confronté à une situation de crise majeure. Cette crise a justifié une remise à plat de l'organisation de l'accueil administratif. Le développement d'une réflexion et la mise en place d'une réorganisation devenant une question de survie. La question sur l'avenir des bureaux des entrées a même pu se poser en terme de maintien ou de suppression. En effet, dans un contexte où, parallèlement à la mise en œuvre des pôles et des centres de responsabilités, la tendance est à l'éclatement de l'activité des bureaux des entrées au niveau des services de soins, l'hypothèse d'une disparition des bureaux des entrées en tant que tels n'était donc pas à exclure. Certains services étant favorables à la suppression d'un secteur général d'accueil administratif au profit d'une décentralisation de l'accueil dans les services.

1.3 Quelles réponses possibles pour le CHU de Rouen?

Si la situation rouennaise, que ce soit en raison de l'organisation des bureaux des entrées ou des dysfonctionnements rencontrés présente ses caractéristiques propres, il ne s'agit cependant pas d'un cas isolé. La réponse apportée, le projet de réorganisation, ne constitue pas non plus une création ex nihilo. C'est pourquoi il est intéressant de présenter dans un premier temps les réflexions et les expériences menées depuis quelques années dans les hôpitaux publics français avant de décrire, dans un second temps, la réponse que le CHU de Rouen a décidée de mettre en œuvre.

1.3.1 Des sources d'inspirations diversifiées

1.3.1.1 Peut-on réaliser des gains de productivité dans un service administratif ?

1.3.1.1.1 Une expérience réussie : le CHU de Grenoble

L'expérience du CHU de Grenoble²⁷ est à ce titre révélatrice. L'objectif général d'amélioration de l'accueil a en effet été décliné selon deux axes principaux :

- Au niveau du front office, il s'est agi de réduire les files d'attente avec notamment le développement des pré admissions. Cette procédure permet aux patients d'éviter de passer par le Bureau des Entrées le jour de l'admission. L'expérience des pré admissions s'est révélée porteuse de gains de productivité significatifs puisque les postes d'accueil, exception faite des urgences, ont pu être fermés le week end et que les plages d'ouverture de ces postes ont été réduites.
- Au niveau du back office, l'effort s'est porté sur le traitement des dossiers incomplets car ceux-ci génèrent d'importants retards dans la facturation. Ici, ce sont les procédures de fonctionnement des relances qui ont été revues (informatisation des relances).

Au total, les gains de productivité escomptés ont été réalisés puisque le service est passé de 76 agents en janvier 1990 à 60 en juin 1992. De plus, la vitesse de facturation est passé de 53,6 jours en 1990 à 40,2 jours en 1992.

Toutefois, la présentation de cette expérience n'omet pas de souligner que l'atteinte de ces objectifs de productivité a impliqué de profonds changements pour les agents, que ce soit au niveau organisationnel (développement de la polyvalence) ou au niveau culturel (sentiment pour la plupart des agents de passer d'une logique « sociale » à une logique « financière »).

1.3.1.1.2 La question des gains de productivité : l'un des points de départ du projet de réorganisation de l'accueil administratif au CHU de Rouen

Le souci de réaliser des gains de productivité au niveau de la fonction accueil se situe à la genèse du projet. En effet, dans le cadre des négociations avec la DHOS sur le financement du Contrat d'Objectifs et de Moyens, la Direction du CHU de Rouen s'était engagée à générer des économies dans les services administratifs. Cet objectif signifie donc une limitation des effectifs. Soucieuse de réaliser des gains de productivité, la Direction de la Clientèle et des Finances n'a pas souhaité pour autant que se mette en

²⁷ La démarche menée au CHU de Grenoble est présentée par Philippe CASTETS dans *Des gains de productivité dans un service administratif*, Gestions hospitalières n°329, octobre 1993.

place un système de contre prime à l'efficacité. C'est pourquoi, tout au moins dans un premier temps, la question d'une diminution des effectifs de l'accueil administratif n'est pas envisagée.

1.3.1.2 Quel intérêt à décentraliser l'accueil administratif?

1.3.1.2.1 *La décentralisation de l'accueil administratif : principes et objectifs*

La mise en place progressive des pôles dans les établissements a été l'occasion d'une réflexion autour de la décentralisation de l'accueil administratif. Concrètement, la décentralisation implique de passer de l'accueil au niveau du hall d'entrée à l'accueil au niveau de chaque étage dès lors qu'il existe une homogénéité (-par pathologies ou par activités-) au niveau des étages. Le développement de l'informatisation et de la mise en réseau des informations sont les leviers indispensables pour individualiser la prise en charge des tâches administratives au niveau des services de soins.

Les cas présentés ci-après permettent d'enrichir la réflexion. Ils ne sont toutefois pas transposables tels quels au CHU de Rouen car la comparaison entre établissements est à nuancer en fonction du volume d'activité de ces derniers.

1.3.1.2.2 *Des expériences concluantes*

Plusieurs hôpitaux se sont lancés dans une telle démarche. Trois expériences peuvent ici être évoquées.

L'expérimentation d'antennes administratives au CH de Lannion

Depuis le 15 mai 1997, des antennes administratives sont expérimentées dans trois services²⁸. Leur mission est de prendre en charge l'accueil administratif du patient dans sa totalité (accueil, mouvements, sortie) et d'être l'interface du service avec les autres secteurs administratifs de l'établissement. Ainsi, l'agent d'accueil effectue chaque mois la saisie des éléments variables de paye des agents qui travaillent dans le service concerné dans un logiciel utilisé habituellement par la Direction des Ressources Humaines.

Selon ses concepteurs, la mise en place des antennes administratives permet une approche plus personnalisée du malade avec un interlocuteur unique pour toutes les formalités administratives et une plus grande rapidité dans le traitement des dossiers. L'objectif du CH de Lannion est donc de poursuivre cette expérimentation.

²⁸ François PONCHON, *Des antennes dans les services de soins*, Gestions Hospitalières, n°383, janvier 1999.

La décentralisation au CH de Blois

Le CH de Blois s'est engagé dans la voie de la décentralisation de ses bureaux des entrées depuis 1999, date de l'ouverture d'une antenne d'accueil administratif dans le service de pneumologie (consultations et hospitalisations)²⁹. Les évaluations indiquent que ces expériences sont positives tant pour les patients (le circuit est plus court) que pour les personnels (simplification des échanges services de soins/bureau des entrées). Des points restent toutefois à améliorer, notamment pour ce qui concerne les absences de l'agent administratif à l'étage.

Après cette première phase d'expérimentation au niveau de certains services, l'objectif de l'établissement est de parvenir à la décentralisation complète de l'accueil administratif vers les unités de soins. Il s'agit d'un changement d'envergure qui induit de fait une nouvelle configuration interne de l'établissement.

Les postes d'accueil décentralisés à l'HEGP

La décentralisation de l'accueil a été également le choix privilégié par l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Chaque étage comporte en effet un poste d'accueil décentralisé pour faciliter les démarches administratives. D'autres structures sont prévues afin d'accompagner les patients durant leur séjour et faire face aux cas particuliers : l'espace "Information-Ecoute" pour les renseignements et les réclamations, le centre "La réponse" destiné aux malades âgés et leur famille³⁰.

1.3.1.2.3 Le cas du CHU de Rouen : les limites techniques de la décentralisation

Les expériences menées dans les établissements précités se sont révélées concluantes. La décentralisation de l'accueil administratif au CHU de Rouen n'a toutefois pas été retenue car sa mise en œuvre paraissait soulever plus de difficultés qu'apporter de solutions. Il aurait en effet d'abord fallu définir précisément ce qu'est l'accueil, fonction parfois méconnue des praticiens qui estiment parfois que ce secteur "parasite" les activités de leurs services sans pour autant contribuer à l'activité du CHU.

Compte tenu de la taille de l'établissement, de l'existence de plusieurs sites et, sur le site principal, de pavillons de grandes dimensions, la Direction de la Clientèle et des Finances n'a pas souhaité retenir la voie de la décentralisation. En effet, la question du nombre rend difficile la mise en place d'une déconcentration. Il y a 500 000 dossiers traités par an

²⁹ Thierry MERGNAC, *La déclinaison organisationnelle d'un projet stratégique : la décentralisation de l'accueil administratif au centre hospitalier de Blois*, mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, décembre 2001.

³⁰ Source : Internet, <http://www.hbroussais.fr/hegp>

et plus de 1,5 millions de personnes qui se présentent chaque année à l'un des bureaux des entrées du CHU. Organiser l'accueil d'un si grand nombre de personnes directement au niveau des services de soins paraît dès lors difficilement concevable.

De plus, l'indispensable gestion de l'interface avec la DIR rend indispensable l'existence d'un service de l'accueil en tant que tel.

Enfin, en terme d'acceptabilité sociale, un projet de décentralisation aurait été mal vécu par les agents des bureaux des entrées au moment où une crise aggravait les difficultés du secteur.

1.3.1.3 Quelle est la pertinence d'une démarche qualité dans les services administratifs ?

1.3.1.3.1 *Les enjeux de la qualité dans les services administratifs*

Si les services logistiques, médico-techniques ou médicaux sont à présent familiarisés avec les démarches qualité dont ils ont assimilé les outils, ce type de démarche est en revanche plus rare dans les services administratifs. Pourtant, la notion de qualité, comprise comme adéquation du service aux besoins des bénéficiaires, peut s'appliquer aux services administratifs. Parce qu'elle est le résultat d'une chaîne clients-fournisseurs, la qualité se définit en effet comme un processus de production de service pouvant être décomposé en autant qu'il y a d'acteurs intervenant dans le processus. La qualité de l'ensemble d'un service repose donc sur la qualité de chacun des maillons constitués par une relation client-fournisseur, mais c'est aussi un objectif d'efficacité interne.

Les éléments théoriques proposés par D. PHANUEL³¹ éclairent cette approche de la qualité et permettent d'appréhender l'accueil administratif comme une chaîne composée de plusieurs maillons caractérisés par une relation client-fournisseur.

La chaîne relationnelle peut se définir comme la succession des moments et des lieux propices à la communication entre les différents personnels de l'hôpital qui sont en contact avec le patient. L'auteur note que l'institution hospitalière se caractérise par une concentration d'espaces très diversifiés (lieux de travail administratif, lieux de soins, lieux de vie utilisés par les usagers) qui sont susceptibles de générer de nombreux échanges. Par ailleurs, la nature même du service de soin exacerbe le stress et l'angoisse du patient: cela doit être pris en compte afin d'accroître son confort. En somme, le personnel de contact doit informer, rassurer et reconforter le patient à chaque étape afin que le

³¹ Dominique PHANUEL, *Utilisation de la chaîne relationnelle : la charte de l'accueil au centre hospitalier de Bourges*. Gestions Hospitalières, mars 2000.

passage d'une phase à l'autre s'effectue dans les meilleures conditions de confort et de confiance.

Le recours au concept de « chaîne relationnelle » permet de préciser la place spécifique de l'accueil. En effet, D. PHANUEL souligne l'importance de l'idée d'enchaînement et d'interaction des différentes phases du processus en indiquant que « l'accueil ne se justifie pas seulement par rapport à lui-même, c'est à dire comme un élément spécifique, mais comme une étape transitoire vers une autre étape. Il doit alors être conçu dans une optique de préparation à l'acte suivant et plus généralement comme devant faciliter la suite du séjour, réduire l'anxiété, informer et guider le patient.³² » On peut même aller jusqu'à considérer que l'accueil contribue à diffuser une image positive de l'établissement et que cette image peut rendre l'arrivée du patient moins angoissante.

Sur la base de ces observations, la structure de la chaîne relationnelle des services administratifs peut être représentée de la façon suivante³³ :

Tableau n°4: structure de la chaîne relationnelle des services administratifs.

Avant Entrée	Entrée	Pré- transformatio n	Post- transformatio n	Sortie	Après - sortie
Ecouter S'informer Comprendre Renseigner	Orienter Prévenir Rendre service	Accueillir Orienter Surveiller	Accueillir Orienter Surveiller	Recommander Indiquer Enregistrer	Accueillir

Ces travaux permettent d'aider à rendre compte de la dimension stratégique de l'accueil administratif qui doit être organisé de manière à garantir la cohérence et la continuité de la chaîne.

1.3.1.3.2 Certification et accréditation : des moteurs pour un changement d'organisation

L'accréditation, procédure d'évaluation externe conduite par l'ANAES, vise à s'assurer de la bonne prise en compte des conditions de sécurité et de qualité des soins et de la prise

³² idem

³³ D. PHANUEL, article précité. L'auteur présente un schéma pour l'ensemble des acteurs qui sont en contact avec le patient (équipe soignante et services administratifs).

en charge des patients. Pour le CHU, la procédure d'accréditation concerne toutes les activités à l'exception de l'enseignement et de la recherche, et elle est prévue pour juin 2004. La fonction accueil, en raison de sa transversalité, est concernée par l'accréditation au titre de trois référentiels : Droits et informations du patient (DIP), Droits du patient (DPA) et Organisation de la prise en charge des patients (OPC). D'autres référentiels, notamment Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA) et Gestion des ressources humaines (GRH) concernent directement le projet de réorganisation des bureaux des entrées; ce projet ayant un impact fort en termes de management et de ressources humaines.

De son côté, la certification est une procédure d'appréciation externe de la qualité sur les bases des normes ISO, réalisée par des intervenants non professionnels du domaine d'activité dans lequel ils interviennent, permettant l'assurance écrite qu'un service est conforme à des exigences spécifiées. Les normes ISO 9000 sont des normes génériques de management applicables à toute organisation car elles traitent de la manière dont l'organisation gère ses processus. A la différence de l'accréditation, la certification est une procédure réalisée de façon volontaire sur l'initiative de l'établissement.

Si le projet de réorganisation du CHU de Rouen a pour objectif de parvenir à une certification, il n'en demeure pas moins que la certification doit être d'avantage considérée comme un levier du changement et comme un pré requis à l'accréditation de l'ensemble du CHU (visite prévue pour le deuxième trimestre 2004).

Aussi est-il intéressant d'indiquer de manière exhaustive les correspondances qui peuvent exister entre les rubriques de certification ISO et les référentiels de certification tant sur l'aspect accueil que sur l'aspect ressources humaines et management.

Tableau n°5 : comparatif des rubriques ISO et référentiel accréditation.

Référentiels accréditation	Rubriques certification
DIP.1.c : L'existence de la charte est portée à la connaissance des professionnels et le document est disponible dans tous les secteurs d'activité.	- Ecoute client (5.2) - Processus relatifs au client (7.2)
DIP.2.a : L'établissement assure à tous l'accès aux soins. En cas d'urgence, l'établissement accueille toutes les personnes sans distinction et quelles que soient leurs conditions de couverture sociale.	- Processus relatifs au client (7.2) - Maîtrise de la production et de la préparation du service (7.5.1) - Validation des processus de production et de préparation du service (7.5.2)
DIP.3.b : Le patient reçoit des informations pratiques concernant son séjour.	- Maîtrise de la production et de la préparation du service (7.5.1)

DIP.3.c : Le patient est informé des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle.	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise de la production et de la préparation du service (7.5.1) - Validation des processus de production et de préparation du service (7.5.2)
DIP.3.e : L'établissement favorise toute démarche permettant au patient de bénéficier de l'aide des services sociaux.	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction du client (8.2.1) - Surveillance et mesure du produit (8.2.4)
DIP.8.a : L'établissement facilite l'expression des suggestions, réclamations et/ou plaintes des patients.	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute client (5.2) - Analyse des données (8.4)
DIP.8.c : Toutes les réclamations et/ou plaintes des patients sont analysées et ont une réponse.	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise du produit non conforme (8.3) - Analyse des données (8.4) - Amélioration (8.5)
DPA.4.b : Les responsabilités des différents intervenants sur la tenue du dossier du patient sont établies par écrit.	<ul style="list-style-type: none"> - Maîtrise des documents (4.2.3) - Maîtrise des enregistrements (4.2.3) - Responsabilité et autorité (5.5.1) - Validation des processus de production et de préparation du service (7.5.2)
OPC.2.c : Selon leurs spécificités, les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en compte dans leur organisation les attentes du public.	<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute client (5.2) - Détermination des exigences relatives au produit (7.2.1) - Communication avec les clients (7.2.3) - Satisfaction du client (8.2.1)
OPC.3.a : Une permanence de l'accueil est assurée.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition des ressources (6.1) - Environnement de travail (6.4) - Maîtrise de la production et de la préparation du service (7.5.1) - Validation des processus de production et de préparation du service (7.5.2)
OPC.3.b : L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable du patient.	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction du client (8.2.1) - Surveillance et mesure des processus (8.2.3) - Surveillance et mesure du produit (8.2.4)
OPC.3.f : Le séjour du patient est préalablement organisé au plan médical et administratif.	<ul style="list-style-type: none"> - Processus relatifs au client (7.2) - Maîtrise de la production et de la préparation du service (7.5.1) - Validation des processus de production et de préparation du service (7.5.2)

MEA.6.d : Le responsable du secteur d'activité définit et organise les relations avec les autres secteurs d'activités nécessaires à la prise en charge du patient.	- Achats (7.4) - Maîtrise des dispositifs de surveillance et de mesure (7.6)
MEA.7.b : Les compétences et les domaines de responsabilités des responsables des secteurs d'activité et de l'encadrement sont clairement définis et écrits.	- Maîtrise des documents (4.2.3) - Responsabilité et autorité (5.5.1) - Compétence, sensibilisation et formation (6.2.2)
MEA.7.c : Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de la mesure, et en particulier du bon déroulement des démarches d'amélioration continue de la qualité.	- Mesures, analyse et amélioration (8)
GRH.4.c : Une description actualisée des fiches de fonction et des profils de poste est effectuée. Les responsabilités et les exigences de tout poste font l'objet d'un document écrit et communiqué.	- Compétence, sensibilisation et formation (6.2.2) - Maîtrise de la production et de la préparation du service (7.5.1)

1.3.1.3.3 L'exemple d'une démarche qualité au niveau des services administratifs : les Hospices de Beaune

L'expérience menée dans les Hospices de Beaune³⁴, qui concernait l'ensemble des services administratifs et pas uniquement l'accueil, est révélatrice car la décision de mettre en œuvre une politique d'assurance qualité correspond à une étape préalable aux procédures d'accréditation. Après avoir identifié avec l'aide d'un consultant le périmètre, l'établissement s'est engagé dans une démarche qualité décomposée en 5 étapes :

- Réalisation de l'inventaire des processus de chaque service dans le cadre de la relation clients / fournisseurs. Après une définition des missions de chaque service, les fournisseurs et les clients ont été listés. La réflexion a également porté sur les attentes de chacun, sur l'optimisation des processus et sur les moyens d'une mise en œuvre de la qualité.
- Analyse des processus les plus importants ou qui demandent à être améliorés.

³⁴ Antoine JACQUET et Dominique LACHAT, *Démarche qualité dans les services administratifs des Hospices civils de Beaune*, Revue hospitalière de France, n°5, octobre 1999 p21.

- Rédaction d'un manuel qualité : ce manuel de service est un document qui reprend à partir de documents normalisés les missions du service, son organigramme et les définitions des différentes fonctions. Le manuel inclut également le schéma des principaux processus et les procédures ainsi que les instructions opératoires.
- Mise en place de l'audit interne afin de vérifier la bonne application, l'efficacité et la cohérence des procédures.
- Elaboration de plans de progrès et de contrat inter services dans la relation « clients / fournisseurs » en interne à l'établissement.

Cette démarche, de par la méthodologie suivie et l'objectif recherché, est riche d'enseignements pour le cas du projet des bureaux des entrées du CHU de Rouen.

1.3.2 La réponse du CHU de Rouen : réorganiser les bureaux des entrées en s'appuyant sur une démarche de certification

1.3.2.1 Le contexte général

1.3.2.1.1 Le contexte externe

Des éléments extérieurs qui ont pesé sur le contexte.

Il s'agit d'abord de la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux qui remplace doit remplacer la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) au premier janvier 2004. La CCAM est une nomenclature unique d'actes techniques médicaux avec un seul codage fondée sur le principe de l'acte global : chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte. Cette nomenclature, dont le codage permet à la fois de déterminer la charge et le tarif induit par un acte déterminé, a donc un impact sur les bureaux des entrées.

Le secteur des bureaux des entrées doit également tenir compte des évolutions technologiques. Il s'agit notamment de l'expérimentation par le CHU de Rouen, à la demande de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, de la télétransmission des titres de recettes pour les rétrocessions. A terme, l'objectif est de parvenir à une dématérialisation de l'ensemble des supports et, moyennant des outils de gestion performants, d'alléger au maximum les tâches administratives (back office). Ces évolutions sont conformes aux orientations de la circulaire interministérielle d'avril 2003 relative à la généralisation des normes B2 et NOEMIE³⁵ dans les établissements publics de santé. L'objectif de ce

³⁵ Circulaire interministérielle DHOS/F4/DSS/DGCP/6B 2003 n°209 du 28 avril 2003.

dispositif est de généraliser à partir de 2003 un système de communication électronique des avis des sommes à payer des établissements vers les caisses d'assurance maladie et, en retour, des paiements par les caisses d'assurance maladie vers les comptes des établissements. La circulaire préconise par ailleurs que l'application de ces normes de télétransmission concerne en premier lieu les Centres Hospitaliers Régionaux.

1.3.2.1.2 Le contexte interne : un cadre et un levier

Le projet de réorganisation de l'accueil administratif se doit d'être en cohérence avec les orientations générales du CHU. C'est pourquoi le projet d'établissement mais aussi la démarche qualité (accréditation/certification) constituent à la fois un cadre et un levier pour le projet.

La mise en œuvre du Projet d'Etablissement 2001-2005.

Le projet d'établissement du CHU constitue le cadre de référence des projets développés par les différentes Directions. La réorganisation des bureaux des entrées concerne, en raison de sa transversalité, plusieurs axes de ce projet porté par l'institution.

- Le projet médical. Ce projet médical cherche à organiser l'activité médicale en pôles et à mieux identifier les modes de prise en charge des patients. De façon explicite, le document souligne que le patient doit être au centre de l'organisation ; en ce sens, le projet médical est également porteur de changements pour l'accueil administratif. Le choix stratégique de regrouper sur le site de Charles Nicolle l'ensemble des services d'hospitalisation de court séjour, l'ensemble des consultations externes a un impact sur le fonctionnement de l'accueil administratif.
- Le Plan Directeur. Ce Plan est la traduction spatiale des orientations du projet médical. Pour ce qui concerne les bureaux des entrées, les modifications architecturales qui induisent une réorganisation de l'activité sont la restructuration des services d'accueil et des urgences (SAU adultes et POSU pédiatriques) et l'extension et le réaménagement de l'anneau central.
- Le projet social. Parce qu'elle permet aux agents de participer à la réalisation des changements en cours et qu'elle vise à améliorer les conditions de travail, la démarche de réorganisation des bureaux des entrées s'inscrit également dans le cadre du volet social du projet d'établissement. Le projet social est en effet structuré en fonction de trois axes principaux (organiser l'aménagement des conditions de travail, prévoir l'évolution des métiers et favoriser l'émergence de la citoyenneté hospitalière) qui ont un impact sur le projet Accueil Clientèle.

L'accréditation.

La certification de l'accueil clientèle sera un atout en vue de l'accréditation (se reporter au paragraphe 1.3.1.3.2 *Certification et accréditation : des moteurs pour un changement d'organisation*).

1.3.2.2 Le diagnostic

Si d'autres solutions auraient pu être envisageables, le diagnostic réalisé par le CHU et le consultant a fait émerger la nécessité d'une réorganisation. Fondamentalement, un diagnostic a pour fonction de rechercher les degrés d'influence de facteurs internes et externes qui déterminent l'évolution du service, de mesurer l'état des forces et des faiblesses de ces facteurs à un moment donné et de recenser les opportunités et les menaces.

Après avoir fait un premier bilan en interne, la Direction de la Clientèle et des Finances a décidé de repenser complètement l'organisation des bureaux des entrées en mettant en place une démarche projet se traduisant par la certification de l'ensemble des bureaux des entrées. Consciente de l'ampleur des difficultés rencontrées et de l'importance du changement, la DCF a fait appel à un consultant extérieur pour réaliser un audit externe.

L'étude d'organisation de la société CSP Normandie³⁶ constitue donc le diagnostic et c'est en quelque sorte un avant-projet. Cette étude a été réalisée par un consultant, directeur de CSP Normandie, entre juillet et septembre 2001.

L'état des lieux :

Dans un premier temps, le consultant a identifié un certain nombre de points forts. Il s'agit notamment de l'attachement des agents aux notions de patient, de relation avec les clients/partenaires et de performance. De même, les agents ont su faire preuve d'adaptabilité et de réactivité face à une situation difficile à la fin de l'année 2000.

Dans un second temps, le consultant a analysé les faiblesses des bureaux des entrées. Celles-ci se situent à plusieurs niveaux :

- Au niveau des objectifs : les objectifs opérationnels sont peu fixés et il y a d'avantage réaction au fil des événements qu'anticipation (absence d'une politique d'accueil). Ce manque d'anticipation se traduit aussi par une faible gestion du changement.

³⁶ Guilain VANDAELE, *Etude d'organisation Bureau des entrées*, CSP Normandie, juillet - septembre 2001.

- Au niveau de l'organisation, il n'existe pas de description des missions, des processus et des fonctions. De plus, les méthodes de classement sont hétérogènes. Enfin le service des bureaux des entrées, service dont les activités sont en interface avec de nombreux acteurs, subit plus ces relations qu'il ne les maîtrise.
- Au niveau des méthodes de traitement des problèmes rencontrés, le consultant a souligné l'absence d'anticipation et de suivi des risques de défaillances. Les risques ne sont pas hiérarchisés et les méthodes de traitement des problèmes ne font pas l'objet d'une évaluation systématique de leur efficacité.
- Au niveau des ressources humaines (utilisation et évaluation des compétences), l'étude d'organisation a confirmé un certain nombre de faiblesses / points sensibles :
 - La formation des agents des bureaux des entrées est historiquement faible.
 - L'accompagnement des agents sur des changements importants est insuffisant (exemple de Cpage).
 - L'ancienneté des agents va nécessiter une adaptation des compétences à 3 ou 5 ans (cf. répartition par âges des agents).
 - Les experts ou référents sont insuffisants dans les fonctions.
 - La motivation des agents est altérée.
 - La polyvalence existe mais comme solution ponctuelle. Cette polyvalence des agents demeure inefficace (notamment au niveau de l'anneau central) et elle s'apparente davantage à un traitement empirique des éventuelles difficultés rencontrées.

Les déficiences de cette gestion des ressources humaines ont un impact important en terme de productivité. En effet, si les problèmes de productivité ont été soulignés par la mise en œuvre de Cpage, ils existaient cependant auparavant. Le consultant a mis en évidence le manque de clarification de la politique d'accueil et de facturation et l'absence d'anticipation. Le consultant a également observé un manque d'homogénéité sur les sites et a parfois constaté l'existence de zones d'incertitudes. C'était le cas du SAU où le lien entre les agents administratifs et les bureaux des entrées de l'Anneau central était quelque peu distendu.

En résumé, le diagnostic a permis de mettre en évidence deux limites organisationnelles :

- L'impossibilité d'identifier clairement les effectifs des bureaux des entrées et de connaître la répartition des tâches entre les différents agents. Il n'existait pas en effet de fiches de poste ni de descriptions des missions, processus et fonctions.

- Les limites de l'organisation des bureaux des entrées sur le plan de l'utilisation et de l'évaluation des compétences. La formation de base des agents des bureaux des entrées est très faible et ce service est souvent perçu de façon par les autres services.

1.3.2.3 Les objectifs du projet

Sur la base de l'étude d'organisation, la Direction de la Clientèle et des Finances a élaboré un plan d'action à 3 ans permettant :

- D'identifier les missions du secteur à court et moyen terme en fonction du contexte général (accréditation, CCAM, Télétransmission), des besoins des clients (malades, familles, services médicaux, autres professionnels de santé) et des choix stratégiques du CHU (pôles et contractualisation interne, restructuration des urgences, direction de sites...).
- De revaloriser l'image du secteur de l'accueil clientèle.
- De mettre en place une organisation adaptée et évolutive en tenant compte de l'expérience acquise et des attentes du personnel.

Ces objectifs peuvent être déclinés en sous-objectifs qui sont les suivants :

- Réaliser des gains de productivité. Au sujet de la question délicate mais pourtant cruciale du rapport entre gains de productivité et effectifs, l'engagement de la DCF est de maintenir dans un premier temps les effectifs, à l'exception de quelques cas particuliers (exemple : mise en place d'un binôme soignant / administratif à l'accueil des urgences). Dans un second temps, il est envisagé que les départs d'agents ne soient pas systématiquement remplacés.
- Optimiser la facturation et l'encaissement.
- Satisfaire l'ensemble des clients, non seulement les patients mais aussi tous les partenaires. Parvenir à l'élaboration d'une charte clientèle.
- Introduire de la dynamique dans la structure en développant la polyvalence des agents.
- Parvenir à une traçabilité des flux³⁷.
- Enfin, la démarche choisie doit pouvoir assurer l'adaptabilité des fonctions accueil dans le temps en anticipant les évolutions en terme de moyens humains (les nombreux départs à la retraite) et en tenant compte des évolutions technologiques.

³⁷ Voir § 2.3.2.1.2 où est présenté le produit permettant une gestion des files d'attente.

Les objectifs ont été définis conjointement par la Direction des Finances et le consultant. Fondamentalement, un projet se doit d'avoir un impact positif pour 3 types d'acteurs : les clients, le personnel et l'institution. Dans le cas des bureaux des entrées, les clients sont à la fois les patients, les services du CHU et les partenaires extérieurs.

Tableau n°6: triptyque de la plus value du projet de réorganisation des bureaux des entrées.

Acteur	Plus value escomptée
Les clients	- amélioration du service rendu
Le personnel	- redéploiement des fonctions - participation au projet - amélioration des conditions de travail - valorisation de l'image du service
Le CHU	- préparation de l'accréditation - amélioration du traitement des dossiers - amélioration de la productivité de l'effectif - valorisation de l'image de l'institution

Tableau n°7: récapitulatif des enjeux et des objectifs du projet.

Éléments de contexte	Méthodologie proposée	Résultats attendus
Accréditation	Démarche certification	Certification des bureaux des entrées et amélioration de la qualité
Dysfonctionnement du service	Management participatif	- Professionnalisation des fonctions - Adhésion à la réorganisation - Capacité d'adaptation aux évolutions futures
Dévalorisation du service	Plan de communication	Image positive en interne et en externe

2 COMMENT CONDUIRE UN PROJET DE REORGANISATION DANS UN SERVICE ADMINISTRATIF?

L'objectif de cette seconde partie est d'identifier les facteurs clé de succès, mais aussi les points critiques du projet, cela dans le but de mettre en évidence les différentes facettes du métier de directeur d'hôpital. Schématiquement, l'action du directeur semble devoir s'inscrire dans trois dimensions : une dimension technique (l'aspect opérationnel d'un projet), une dimension managériale (l'aspect organisationnel mais aussi humain d'un projet) et la dimension stratégique. Le directeur manager de projet cherche à concilier ces trois logiques qui seront examinées successivement dans cette partie. Dans le même temps, le directeur se doit d'éviter l'écueil du changement pour le changement puisque pour citer JC GUILLEBAUD, "on réclame d'autant plus le changement qu'on ne sait plus où l'on va"³⁸.

Il est indispensable de rappeler en préalable la spécificité du positionnement d'élève directeur. Cette spécificité présente l'intérêt d'avoir une lecture du projet à deux niveaux :

- Une vision de détail en participant à un grand nombre de réunions (groupe de travail) ce qui permet d'assister à la création d'une dynamique de projet, mais aussi de découvrir les difficultés au quotidien de cette réorganisation. Ce positionnement sur le détail s'est traduit notamment dans le cadre du SMQ, par la participation à la construction des enquêtes de satisfaction et par la rédaction du Manuel Qualité.
- Une vision d'ensemble, le déroulement du projet ayant coïncidé avec la période de formation dans son ensemble.

Ces deux visions sont donc indissociables et cette partie, consacrée à l'analyse du projet de son lancement à sa réalisation, ne peut faire l'économie d'un aller et retour constant entre les apports théoriques issus d'une abondante littérature sociologique relative au management et les points concrets (qu'ils soient positifs ou négatifs) du projet de réorganisation de l'accueil administratif mené par le CHU de Rouen. La perspective de cette analyse se situe à la croisée de deux axes, celui de l'action et celui de la compréhension.

³⁸ JC GUILLEBAUD, *Le goût de l'avenir*, Editions du seuil, 2003.

2.1 La logique technique

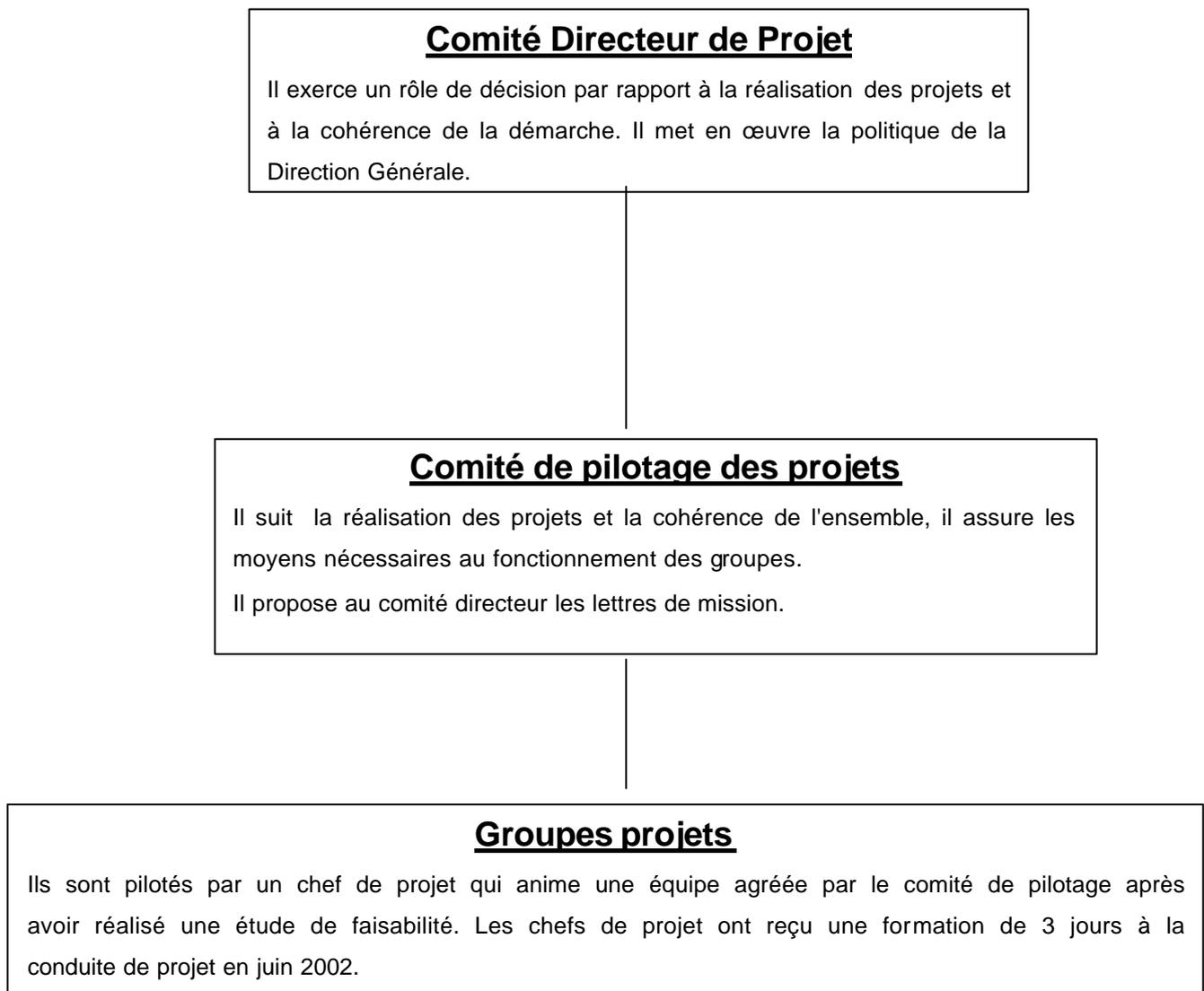
2.1.1 L'architecture du projet

Un projet comme celui de la réorganisation de l'accueil administratif d'un CHU suppose que le directeur puisse s'appuyer sur une structure et sur une méthodologie claire.

2.1.1.1 Les acteurs engagés

L'organigramme ci-dessous permet d'avoir une vision d'ensemble de l'architecture du projet et du positionnement de chacun des acteurs. Ce positionnement est ensuite explicité en trois points.

Schéma n°3 : *organigramme simplifié du projet de réorganisation des bureaux des entrées.*



2.1.1.1.1 Le comité directeur

Avant tout, les membres du comité directeur ont défini le périmètre et les objectifs du projet. Il a donc été décidé que les sites de Oissel et de Boucicaut sont hors périmètre. Le rôle du comité directeur a été celui d'une instance décisionnaire qui engage la réalisation effective des projets tout en veillant à leur cohérence avec les objectifs globaux de l'établissement. A ce titre, le comité directeur est le représentant de la Direction Générale, à laquelle il rend compte de l'avancement du projet et fait remonter les éventuels problèmes rencontrés. Les réunions de ce comité sont mensuelles.

Tableau n°8: la composition du comité directeur.

Membre	Fonction au sein du comité
Directeur de la DCF	Chargé de la maîtrise d'ouvrage du projet, il valide le programme de réalisation, détermine le budget, fait des choix. Il est chargé de l'exploitation du produit fini.
Directeur adjoint de la DCF	Chef du projet, il en est le maître d'œuvre. Chargé de la réalisation du projet, il a une responsabilité opérationnelle et stratégique (voir 3 ^{ème} partie).
Directeur responsable de la communication	Son rôle est de mettre en œuvre le plan de communication à deux niveaux : - au niveau du service : sensibilisation du personnel concerné par le projet - au niveau du CHU : valorisation des réalisations.
Responsable du service Informatique et Etudes de la DIR	Si sa fonction relève avant tout de l'expertise, son rôle est essentiel au projet dans la mesure où ce projet de réorganisation a pour origine un problème d'utilisation de logiciel.
Responsable informatique de la DCF	Rôle d'interface entre la DIR et la DCF d'une part et entre les responsables de groupe d'autre part, cette personne est chargée de la mise en œuvre du système d'information (groupe projet). En raison de cette fonction transversale, c'est aussi la personne qui va assurer le suivi de la mise en œuvre du projet.

La démarche a commencé au début de l'année 2002 avec la création du comité directeur, qui a validé en mai 2002 les groupes projet sur la base de deux documents : une étude d'opportunité (ou lettre de faisabilité) et un cahier des charges (la lettre de mission).

2.1.1.1.2 Le comité pilotage projet

Le Comité de Pilotage Projet (CPP) est l'instance opérationnelle de suivi des projets. Il propose au comité directeur les lettres de mission des groupes projet. Le CPP se réunit mensuellement afin de coordonner et d'assurer les moyens nécessaires au fonctionnement des groupes projets. Enfin, il pour fonction de veiller à la cohérence de l'ensemble du projet : il lui faut donc hiérarchiser les priorités et arbitrer entre des propositions différentes.

Différents types de participants peuvent être identifiés :

- Participants qui ont une approche globale du projet : le chef de projet, le responsable du plan de communication et le consultant
- Participants qui sont responsables de fonctions transversales au sein du projet : le responsable du système d'information, le responsable du système management de la qualité et les trois cadres responsables de l'accueil administratif.
- Participants "occasionnels" : ce sont les responsables de groupe projet. Ce cas de figure s'est toutefois rarement présenté.

Remarque : on note qu'il existe un noyau commun de participants entre le CPP et le comité directeur. De ce fait, les points abordés en comité directeur étaient quelque peu redondants.

2.1.1.1.3 Les groupes projets

Les groupes projets sont placés sous la responsabilité d'un chef de projet qui est chargé d'animer les travaux. Afin d'assurer un fonctionnement efficace, les équipes projet sont constituées de 7 à 8 personnes. L'impératif d'efficacité, imposé par un calendrier clairement établi, doit cependant être concilié avec un impératif de représentativité. Si la diversité du profil des participants est en effet indispensable, elle est néanmoins délicate à constituer dans un établissement de la taille du CHU de Rouen. L'objectif a donc été de représenter l'ensemble des sites (notamment Saint - Julien) et d'inviter des personnes extérieures à la DCF. Ainsi, plus de 40 personnes ont participé au projet. Il est nécessaire de préciser, sans pour autant faire une énumération exhaustive, que les personnes participantes étaient pour moitié issues de secteurs autres que les bureaux des entrées (notamment présence de cadres de santé, de secrétaires médicales, responsable qualité...) et que les 3 sites inclus dans le périmètre étaient représentés.

Les 13 groupes projets correspondent aux objectifs identifiés par les différents acteurs. Le chef de projet (directeur adjoint de la DCF) était présent dans tous les groupes de travail.

Tableau n°9: présentation des groupes projets.

Nom du groupe	Missions	Profil du chef de projet
<i>Création des dossiers dans C Page Malades.</i>	Fiabiliser le recueil et la saisie des informations de manière à faciliter la gestion des dossiers.	Responsable des bureaux des entrées PME-Pédiatrie.
<i>Accueil administratif de la clientèle.</i>	Améliorer l'accueil administratif en cohérence avec l'accueil médical afin de mieux répondre aux attentes de tous les usagers des bureaux des entrées.	Responsable des bureaux des entrées (anneau central).
<i>Accueil téléphonique appels entrants.</i>	Traiter en temps réel des demandes téléphoniques de la clientèle et des partenaires institutionnels.	Agent des bureaux des entrées (anneau central).
<i>Accueil administratif des urgences. (dans le cadre de la création des nouvelles urgences).</i>	Réétudier l'accueil administratif des urgences adultes en cohérence avec l'accueil médical.	Consultant.
<i>Etat Civil.</i>	Personnaliser l'accueil des familles et faciliter les formalités administratives.	Agent bureaux des entrées (anneau central).
<i>Régie de recettes</i>	Définir des processus garantissant l'optimisation des encaissements en direct.	Responsable des bureaux des entrées (anneau central).
<i>Gestion des dossiers</i>	Maîtriser, homogénéiser et optimiser la procédure de gestion des dossiers.	Responsable système d'information DCF.

<p><i>Gestion des dossiers de rétrocession des produits pharmaceutiques hospitaliers.</i></p>	<p>Définition d'un protocole permettant l'optimisation de la facturation et la traçabilité des dossiers rétrocession des produits pharmaceutiques hospitaliers dans le cadre de la mise en place de la télétransmission.</p>	<p>Responsable gestion des recettes DCF.</p>
<p><i>Saisie des actes de laboratoire pour les patients externes du CHU de Rouen.</i></p>	<p>Optimiser le circuit des informations nécessaires à la facturation entre les laboratoires et les bureaux des entrées.</p>	<p>Responsable de la cellule "recettes", DCF.</p>
<p><i>Système management qualité.</i></p>	<p>Mettre en place une démarche qualité aboutissant à la certification du secteur accueil administratif pour la fin de l'année 2003.</p>	<p>Cadre responsable des bureaux des entrées de Bois Guillaume, formé au management de la qualité.</p>
<p><i>Plan de communication.</i></p>	<p>Valoriser la démarche engagée et susciter l'adhésion du personnel concerné.</p>	<p>Directeur chargé de la communication.</p>
<p><i>Dénommer la nouvelle fonction accueil et bureau des entrées.</i></p>	<p>Proposer une nouvelle appellation du service (visibilité du changement et valorisation des équipes).</p>	<p>Elève directeur 2001-2003.</p>
<p><i>Reporting de l'activité.</i></p>	<p>Mettre en place un système d'indicateurs pour le pilotage de l'activité.</p>	<p>Responsable gestion des recettes DCF.</p>

Les responsables des groupes projet ont été formés à la conduite de projet par le consultant pendant 3 journées. De plus, la personne responsable du système de management de la qualité a reçu une formation spécifique.

Le rôle attendu des acteurs engagés :

- Validation de protocoles, de documents de travail
- Participation aux tests sur actions d'amélioration
- Application des processus, des actions validées
- Acquisition de nouvelles compétences
- Participation aux audits
- Auto-analyse de l'efficacité des actions

2.1.1.2 Une méthodologie claire : la démarche de certification

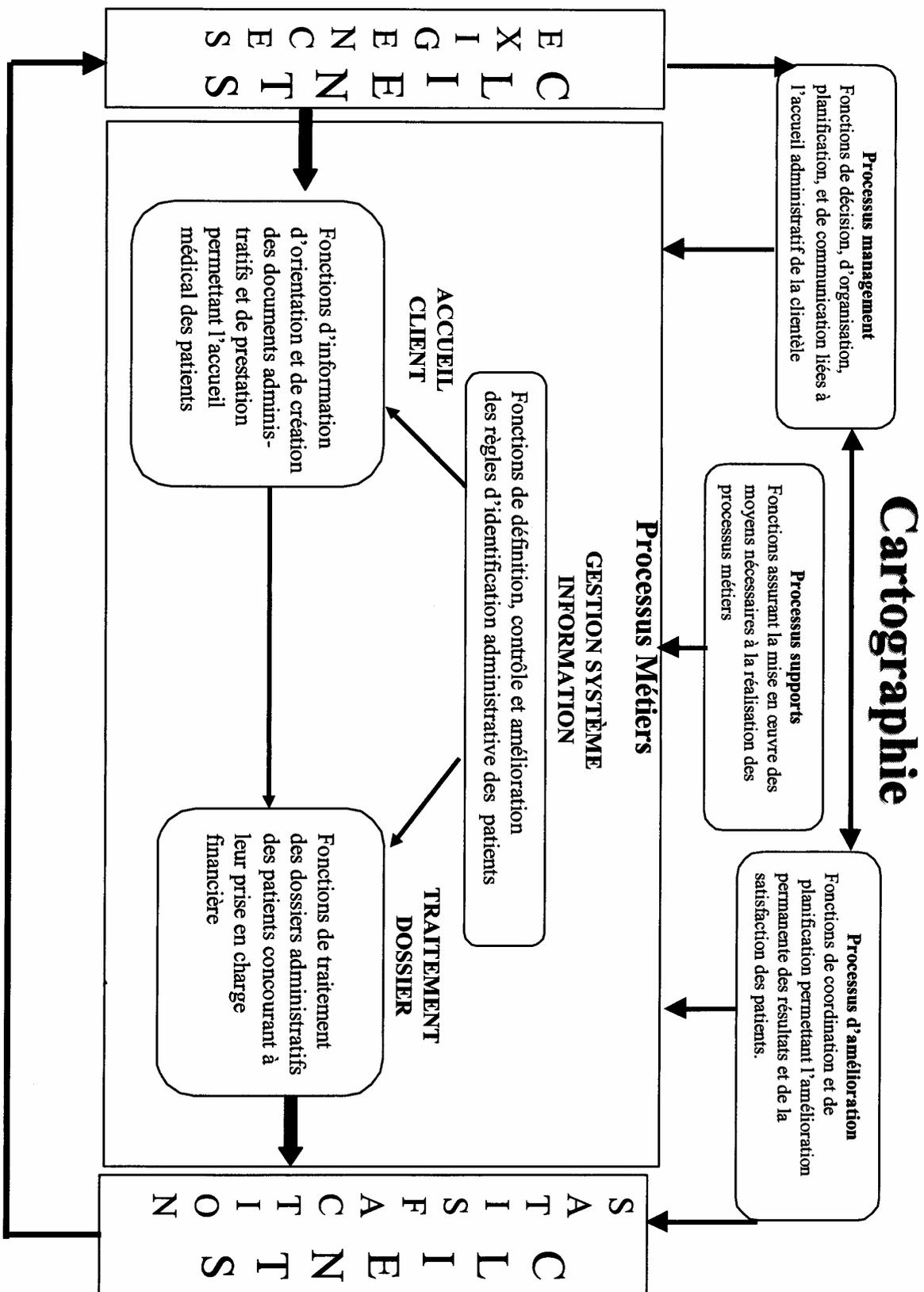
Comme l'indique le tableau n°9, le projet de réorganisation se décline en différents sous-projets dont certains ont une importance cruciale que ce soit pendant ou après la réorganisation (système de management de la qualité et reporting de l'activité notamment). Devant une telle complexité, le recours à une méthodologie comme celle de la démarche certification permet d'éviter de négliger un aspect du projet ou de le segmenter. Concrètement, le projet de réorganisation a pu s'appuyer sur deux outils méthodologiques de la certification permettant de poser clairement les objectifs recherchés et les responsabilités des acteurs :

- La cartographie de l'accueil administratif.
- La base documentaire (manuel qualité).

2.1.1.2.1 *La cartographie de l'accueil administratif*

Les objectifs d'une cartographie sont de représenter sur un schéma la priorité donnée au client, l'amélioration permanente du système, les fonctions et les liens qui existent entre ces fonctions. L'élaboration d'une cartographie répond à la fois aux exigences de l'accréditation et de la certification. Dans le cas du projet de réorganisation de l'accueil administratif, la cartographie a permis de mettre en évidence les trois fonctions essentielles de ce secteur : l'accueil clients, le traitement des dossiers et la gestion du système d'information. Comme le fait apparaître le schéma ci-dessous, ce mode de représentation met en évidence les liens entre ces fonctions dans la mesure où la fonction gestion du système d'information conditionne le traitement des dossiers, de même que la fonction de gestion des dossiers (back office) conditionne l'accueil administratif (front office).

Schéma n°3 : La cartographie de l'accueil administratif au CHU de Rouen.



2.1.1.2.2 La structure du système qualité : la matrice du changement

Le recours à cette structure a impliqué une remise à plat de tout le fonctionnement des bureaux des entrées. L'objectif était de formaliser à la fois les objectifs et les outils de travail.

Cette structure du système qualité est décrite et portée à la connaissance de tous au travers du Manuel Qualité que j'ai rédigé avec le responsable du système de management de la qualité. Le Manuel Qualité de l'espace accueil qualité est un document de synthèse qui reprend l'ensemble de la base documentaire du projet.

Ainsi, le projet se décompose en 7 processus, 6 procédures et 17 protocoles. Un processus décrit une organisation générale, il concerne l'ensemble des activités ou fonction qui concourent à un métier. La procédure est ce qui permet de faire vivre un système organisationnel dans le temps. Enfin, un protocole est une instruction de travail qui se rattache à un processus ; il décrit l'ensemble des actions à mener pour réaliser une activité et il contribue donc à homogénéiser les pratiques. La pyramide documentaire (voir en annexe 1) donne une représentation schématique de cette base documentaire. Si la liste des procédures et protocoles (annexe 2) est également fournie en annexe, il n'est pas inutile de présenter ici les 7 processus retenus.

Tableau n°10: les processus du projet espace accueil clientèle.

Processus	Intitulé du processus	Objectif du processus
Processus 1	<i>Management.</i>	Assurer le pilotage de l'ensemble de l'espace accueil clientèle et de la mise à disposition des moyens nécessaires.
Processus 2	<i>Amélioration.</i>	Garantir la bonne gestion du SMQ.
Processus 3	<i>Gestion des Ressources Humaines.</i>	Garantir la gestion des besoins et disponibilités des ressources humaines nécessaires à l'activité.
Processus 4	<i>Traitement des achats.</i>	Gestion des demandes d'achat.
Processus 5	<i>Gestion Système d'Information.</i>	Définir, contrôler et améliorer les règles d'identification des patients et de gestion des dossiers.
Processus 6	<i>Accueil Clientèle.</i>	Garantir la qualité de l'information et de l'orientation des clients. Garantir la qualité de la création des documents administratifs.
Processus 7	<i>Traitement des dossiers.</i>	Garantir la qualité du traitement des dossiers administratifs des patients concourant à la prise en charge financière .

2.1.1.2.3 Un système d'amélioration continue de la qualité

S'il n'est pas nécessaire d'être exhaustif et de présenter l'intégralité des procédures, il convient de présenter les procédures qui constituent le principal moyen de traçabilité et qui garantissent également la transparence, la pérennité et l'adaptabilité du système. Ces procédures mettent en évidence l'intérêt d'une méthodologie type démarche de certification dans un projet de réorganisation lourd où les risques de retard, de décalage, d'incohérence sont élevés.

- **La procédure documentaire** présente les règles de gestion des documents utilisés dans le Système Management Qualité, elle constitue donc en quelque sorte la mémoire du projet. Il en est de même pour la procédure de gestion des Enregistrements Relatifs à la Qualité qui vise à assurer l'identification et l'archivage (classement, protection, accessibilité et durée de conservation) de ces informations.

- **La procédure de gestion des anomalies** décrit les dispositions qui permettent d'identifier et de traiter les anomalies. Cette procédure est essentielle dans la perspective de la satisfaction des clients et d'une amélioration continue de la qualité. La procédure, qui envisage les anomalies à tous les niveaux (lors de la réalisation des activités liées aux protocoles, lors du suivi des indicateurs liés aux processus ou à la suite d'une réclamation d'un client), prévoit la mise en place d'une fiche d'anomalie et un circuit de gestion de cette fiche (voir annexe 3). Parallèlement à cette procédure, une procédure intitulée "actions correctives et préventives" a été mise en place pour l'ensemble des processus. Une fiche d'action corrective/préventive a également été prévue³⁹.

- La dernière procédure qui garantit la solidité méthodologique du projet de réorganisation concerne **les audits internes**. Il est en effet prévu que l'ensemble des processus du système sera couvert annuellement par un programme d'audits (présentation des résultats sous forme d'une "fiche écart d'audit").

2.1.1.3 Du lancement du projet à son déroulement : les étapes de la mise en œuvre du projet

Le projet de réorganisation se caractérise donc par un nombre important d'acteurs, ce qui est un facteur de complexité mais aussi de richesse, et par une méthodologie simple et rigoureuse.

³⁹ Se reporter à l'annexe 4.

Par ailleurs, la présentation des bureaux des entrées, le diagnostic des difficultés rencontrées, mais aussi les objectifs définis (voir 1^{ère} partie) font de ce projet un projet lourd à mettre en œuvre. La maîtrise de l'agenda, le respect des échéances par les différents acteurs conditionne la réussite du projet et relève de la responsabilité du maître d'œuvre du projet.

Tableau n°11: calendrier du déroulement du projet de réorganisation.

Jun 2001	Etude d'organisation. Détermination d'objectifs généraux.
Début 2002	22 février : 1 ^{ère} réunion du comité de pilotage. Avril 2002 : 1 ^{ère} réunion du comité directeur.
Jun 2002	Validation des projets et de la démarche de certification, formation des Chefs de projet à la conduite de projet.
Décembre 2002	Diffusion du guide de présentation du système management qualité.
Février 2003	Présentation des premiers projets. Résultats des groupes.
Avril 2003	Mise en place du système management qualité. Mise en place des actions d'amélioration. Mise en place des processus.
Jun 2003	Validation du projet, planification des changements. Réalisation des Tests. Mise en œuvre des premiers changements. Information : - par courrier aux chefs de service de soins - en réunion aux cadres infirmiers de secteur
Juillet 2003	Diffusion des documents qualité sur Intranet. Lancement enquête clientèle.
Septembre 2003	Application de la nouvelle organisation, poursuite des changements.
Octobre 2003	Audit à blanc. Enquête auprès des services de soins.
Novembre 2003	Audit de certification

1 ^{er} semestre 2004	Poursuite des changements. Consolidation et analyse de l'efficacité Des actions et de la démarche.
2 ^{ème} semestre 2004	Pérennisation de la démarche. Audit de suivi

Précisions :

- *Phase de préparation (juin 2001- juin 2002).*

La présentation des différents acteurs engagés dans le projet a permis d'identifier les modalités de cette phase préparatoire : les groupes projets étant validés par le comité directeur après approbation de la lettre de faisabilité et de la lettre de mission du chef de projet.

La lettre de faisabilité s'apparente à une étude d'opportunité : elle consiste à présenter l'adéquation entre le besoin et le projet et à proposer un planning prévisionnel. La lettre de mission constitue un cahier des charges qui résume les engagements pris par le chef de projet. Ainsi, la lettre de mission précise quels sont les enjeux du projet pour les clients, pour le CHU, pour le secteur de l'accueil administratif mais aussi pour la réorganisation. Ces lettres de mission sont donc des feuilles de routes pour chacun des responsables de groupe de travail.

- *Phase d'élaboration (juin 2002-février 2003).*

Cette phase correspond aux travaux des groupes projets. Elle appelle peu de commentaires. Il faudrait cependant noter que cette phase a permis de faire émerger les différentes actions de changement.

- *Phase de mise en œuvre (mars 2003-2004).*

Cette phase comporte plusieurs étapes.

-Mise en place : les réunions de mise en place sont des réunions de travail spécifiques qui se sont révélées nécessaires devant l'importance des changements ou parce que, même s'il a fait des propositions, le groupe de travail n'a pas suffisamment approfondi la faisabilité du projet. Ces réunions, qui se sont substituées aux groupes de travail, avaient pour objectif de parvenir à un consensus sur les actions de changement à appliquer.

Le suivi de la mise en œuvre est essentiel et il y a un travail d'interfaçage des différents projets à réaliser. Ce rôle d'interfaçage est assuré par le chef de projet mais aussi par la personne responsable de projets transversaux (la gestion du système d'information et le

reporting). En effet, dans la perspective de garantir la pérennité du système, il importe que la mise en œuvre ne repose pas uniquement sur le consultant.

-Information/sensibilisation : voir paragraphe sur le management (Ressources humaines) et sur la stratégie (plan de communication). Cette étape est fondamentale pour préparer l'audit de certification et pour rendre effectifs les changements prévus.

-Tâches confiées à l'élève directeur : rédaction du Manuel Qualité de l'Espace Accueil Clientèle et participation à l'élaboration des enquêtes de satisfaction.

-Préparation de l'audit de certification. L'audit blanc mené par un collaborateur du consultant est prévu pour la mi-octobre ; au cours des deux jours d'audit, tous les acteurs du projet seront interviewés, ainsi que des agents de l'espace accueil clientèle (importance de la sensibilisation).

2.2 La logique organisationnelle : le directeur manager de projet

Les enjeux pour un directeur :

- démarche participative sans démagogie

- proposer et faire accepter une nouvelle organisation

- savoir faire face aux imprévus inhérents à tout projet et à tout changement

L'objectif de cette partie est de montrer comment un projet qui à l'origine était envisagé comme une réponse à des problèmes techniques est devenu un axe de refondation de l'organisation d'un service de plus de 100 agents. Les références à diverses théories permettent en outre de mettre en évidence le fait que, sans le savoir, les acteurs du projet ont décliné un manuel de psychosociologie.

2.2.1 D'un problème technique à une problématique "ressources humaines" : la prise en compte des changements organisationnels.

2.2.1.1 Un remodelage de l'organisation hiérarchique

La recherche de solutions d'amélioration des prestations conduit souvent à redéfinir des tâches et des fonctions. Ceci est particulièrement vrai pour le projet de l'espace accueil clientèle qui remodèle l'organisation hiérarchique du secteur de l'accueil administratif. Si la principale innovation concerne l'instauration de référents, les rôles du directeur adjoint (responsable du secteur) et des cadres (responsables accueil clientèle) méritent également quelques commentaires.

2.2.1.1.1 Les référents :

L'objectif est d'introduire dans l'organisation un nouveau niveau d'encadrement. Il est essentiel que leur rôle soit clairement défini (notamment par rapport aux cadres) afin que le personnel accepte cette nouvelle fonction.

Tableau n°12 : récapitulatif de la fonction référent.

Nombre de référent	Domaine d'action
5 (un par site identifié)	Création de dossiers
1	Accueil information
1	Accueil téléphonique
3 (un par site concerné)	Régie de recettes
1	Régie de dépôt
1	Etat civil
6	Traitement des dossiers

Les attentes du responsable de projet : présentation des missions et des critères d'évaluation des référents.

Les missions :

- Suivi des protocoles qui concernent le domaine du référent.
- Suivi de l'équipe concernée. Ce suivi est réalisé à partir du tableau des fonctions (voir exemplaire en annexe 6).
- Suivi des indicateurs. A l'exception des référents Etat civil et Régie de dépôt, l'ensemble des référents ont pour mission de suivre les indicateurs du tableau de bord qui les concernent. Exemple : suivi de l'indicateur "taux d'abandon téléphonique" par le référent accueil téléphonique.
- Correspondant Qualité. Le référent est chargé de remplir les fiches anomalies dans le domaine qui le concerne.
- Reporting : les référents rencontrent les responsables accueil clientèle et le responsable du système d'information. Ces rencontres sont hebdomadaires en 2003 ; à partir de 2004, il est prévu que ces réunions soient maintenues à raison de 8 réunions par an.

Evaluation de la fonction référent :

- L'évaluation est réalisée conjointement par le responsable accueil clientèle concerné et le responsable de la gestion du système d'information.

- Des critères d'évaluation communs à l'ensemble des référents (l'intégration des nouveaux, les fiches d'anomalie et le reporting).

Les référents sont à la fois des animateurs d'équipe et des experts dans un domaine. Ce double profil est pris en compte de la fiche de fonction référent. Il s'agit donc d'un niveau intermédiaire qui tient compte de l'impossibilité croissante des cadres à avoir un rôle de proximité auprès de leurs équipes. Etre référent repose sur une démarche volontaire, et ce n'est pas non plus immuable. En effet, la fonction de référent est mise progressivement en place dès l'été 2003, un premier bilan étant prévu en fin d'année. La période de septembre à décembre 2003 constitue une phase d'expérimentation.

2.2.1.1.2 Les responsables de secteur et les responsables accueil clientèle : des compétences partagées en matière de management et de ressources humaines.

En matière de management :

-Domaine exclusif du responsable de secteur : l'élaboration de la politique du secteur en coordination avec la stratégie globale de l'établissement.

-Domaines partagés : la planification de la politique du secteur, la clarification des responsabilités (organigramme et tableau des fonctions), la communication interne (en lien avec le responsable du système d'information) et l'écoute clients (en lien avec le responsable du système management de la qualité).⁴⁰

En matière de ressources humaines :

Le responsable de secteur associe les responsables accueil clientèle à l'ensemble des domaines de la gestion des ressources humaines (analyse des besoins, recrutement et intégration ainsi que formation et gestion des aptitudes et compétences). De plus, les responsables accueil clientèle remplissent chacun leur tableau des fonctions.

2.2.1.2 La mise en place d'une nouvelle gestion des ressources humaine

L'un des objectifs du projet était de formaliser la polyvalence des agents. La mise en œuvre de la polyvalence a parfois suscité débats et controverses que ce soit sur la forme (discussions autour du terme polyvalence auxquels certains préfèrent polyfonction) et sur le fond (interrogation sur le point de vue des agents au sujet d'une alternance secteurs hospitalisation/consultation et surtout d'une alternance *back office / front office*. Concrètement, les agents doivent peu à peu alterner entre secteur des hospitalisations et secteur des consultations à partir de juin 2003.

⁴⁰ Les référents sont également concernés par ces deux derniers domaines (voir supra).

Mettre en place une nouvelle gestion des ressources humaines implique de recourir à de nouveaux outils. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences signifie que les responsables de l'accueil disposent d'outils permettant de croiser les besoins et les ressources disponibles. L'outil majeur de cette nouvelle gestion des ressources humaines est le tableau des fonctions (voir annexe) qui permet de positionner chaque agent sur des fonctions identifiées. Il permet donc une répartition des effectifs sur les fonctions et constitue également un argument dans les négociations autour des effectifs avec la direction des ressources humaines.

2.2.2 Comment le directeur peut-il créer et porter une dynamique de changement? Le choix d'une démarche participative encadrée.

2.2.2.1 Le management participatif comme fondement d'une dynamique de projet

Qu'est-ce qu'une dynamique de changement ? Dès lors que le travail technique est réalisé, c'est le management des équipes pour les conduire vers le changement qui devient essentiel. En effet, pour que la polyvalence soit effective et que les agents puissent avoir la possibilité d'évoluer vers d'autres fonctions à l'avenir, il est nécessaire de créer une dynamique. En ce sens, le projet de réorganisation de l'accueil administratif constitue un "laboratoire" de psychosociologie.

La motivation : une notion centrale mais floue en raison de la multiplicité des paramètres à prendre en compte.

Les facteurs de motivation sont multiples, et ils peuvent varier selon l'individu. En tout état de cause, il est fondamental que les personnes aient la possibilité de s'accomplir dans leur travail. Cela implique que l'agent ait le sentiment d'une reconnaissance accordée par le supérieur ou l'organisation. Cette reconnaissance se situe à plusieurs niveaux :

-La possibilité d'avoir des responsabilités : les individus seront d'autant plus motivés qu'ils auront le sentiment d'être responsabilisés et d'être associés à la réalisation des objectifs du projet. La mise en place de la fonction de référent correspond à cette attente.

-L'intérêt du travail proprement dit : cela correspond au déploiement de la polyvalence pour les agents. Le rôle des cadres de l'espace accueil clientèle est également revalorisé, afin d'accroître leur motivation.

- La possibilité d'avoir de l'avancement. La question de la NBI (souhait des cadres qu'elle soit accordée à l'ensemble des agents des bureaux des entrées). Au-delà de cette question, la réorganisation ouvre, notamment pour les agents les plus

jeunes, des perspectives d'évolution de carrière au travers de la formation continue.

- Enfin, les conditions matérielles de travail jouent un rôle non négligeable de levier de motivation. En ce sens, la rénovation matérielle des locaux de l'espace accueil clientèle participe de cette reconnaissance de la fonction accueil administratif au sein du CHU de Rouen.

Il est important de souligner que, au début du projet, la mobilisation des acteurs autour de la réorganisation était loin d'être acquise. Le contexte défavorable (auto dévalorisation des agents des bureaux des entrées, frustration induite par des projets inaboutis...) n'était pas propice à la motivation des agents. L'intérêt d'une démarche participative dans le cadre d'un projet de réorganisation consiste à réduire le plus possible l'écart entre la fonction confiée (la fonction qui correspond aux attentes de l'organisation) et la fonction acceptée (la fonction telle qu'elle est perçue par l'agent)⁴¹ créant par là-même une dynamique de motivation.

Si la motivation est une condition générale de performance, elle ne semble pas être une condition suffisante ; d'autres facteurs étant également à prendre en compte. L'objectif de ce paragraphe est donc d'analyser les ressorts de cette dynamique qui a permis au projet d'aboutir. Les facteurs peuvent être regroupés en deux ensembles non exclusifs : les facteurs qui permettent de **susciter la participation des agents** et ceux qui permettent **d'emporter leur adhésion**.

2.2.2.2 Susciter la participation des agents

2.2.2.2.1 *La participation de l'ensemble des agents : le décloisonnement*

Dans la perspective du management participatif, le fait qu'un projet soit partagé par l'ensemble du personnel est un facteur clé de sa réussite. Il est nécessaire de rappeler ici que le projet espace accueil clientèle a été l'opportunité de décloisonner horizontalement et verticalement les structures administratives du CHU de Rouen. La coopération tout au long du projet avec la Direction de l'Informatique et des Réseaux est un exemple de décloisonnement horizontal, le décloisonnement vertical désignant la prise en compte de

⁴¹ N. AUBERT, *Diriger et motiver, art et pratique du management* (ouvrage collectif), Editions d'organisation, 2002.

tous les niveaux hiérarchiques de la DCF afin que le projet de réorganisation ne soit pas (mal) vécu comme un projet à sens uniquement descendant.

2.2.2.2 Naviguer entre démagogie et anarchie : une démarche participative encadrée

Si le management participatif, tout au moins par certains aspects, s'apparente à la démocratie en entreprise, il doit prendre en compte certaines contraintes. Comme cela a été indiqué dans la première partie, le projet de réorganisation est un projet qui doit être mis en place sur une période d'un an et demi à deux ans. Cette période, compte tenu des changements prévus, est brève et le responsable de projet a donc une obligation de résultats. La conduite de projet doit donc éviter deux écueils : la démagogie et l'anarchie. Pour ce faire, il est indispensable de s'appuyer sur l'encadrement.

Importance de l'encadrement :

Sur les 3 cadres, deux sont des agents qui travaillent aux bureaux des entrées depuis plus de 30 ans. Leur connaissance du terrain et leur légitimité « historique » sont deux éléments fondamentaux pour la mise en œuvre du projet. L'évolution de ces derniers au cours de l'avancement du projet est révélatrice ; certains ayant le sentiment d'avoir été "rattrapés" par les aspects managériaux de ce projet. Un autre cadre a précédemment exercé la fonction de secrétaire médical. Ici encore, c'est un atout pour le projet dans la mesure où ce cadre connaît les attentes du corps médical en matière d'organisation administrative des rendez - vous. De même, l'un des cadres responsables de l'accueil occupe des fonctions syndicales : son ancienneté et son appartenance syndicale donne une légitimité supplémentaire au projet. Le cadre joue son rôle de lien entre la direction et la "base". De plus, son engagement prouve qu'aux yeux des acteurs de terrain le projet présentait suffisamment d'intérêt pour le personnel pour que celui-ci s'engage.

2.2.2.3 Synthèse : la démarche participative autour de 4 enjeux

1^{er} enjeu : Une démarche de changement en profondeur ne peut se faire que de façon participative. Le rôle du coach est de faire en sorte que les personnes participent mais que cette participation ne signifie pas une perte de temps pour le projet.

2^{ème} enjeu : Assimilation du projet et de ses objectifs par les participants. Il ne s'agit pas d'un problème de capacité technique. L'enjeu repose sur la capacité comportementale : notamment pour les chefs de projet, la question fondamentale était celle de leur aptitude à animer les groupes. Les chefs de projet se sont acquittés de leur mission avec succès.

3^{ème} enjeu : Atteindre les résultats conformément au temps prévu. Le problème est lié ici à la confusion qui existe dans l'esprit des acteurs entre participation et consensus total.

La participation des personnes au travers des groupes de travail permet de faire des propositions et d'alimenter la réflexion. Ces propositions peuvent cependant être refusées par le directeur responsable du projet.

Cette confusion a posé des difficultés dans certains groupes de travail lorsque le consensus issu du groupe n'a pas été suivi en Comité Pilotage Projet (CPP). Le groupe souhaitait en effet que les décisions du CPP lui soient transmises pour avis.

4^{ème} enjeu : Etre capable de passer de la phase conceptuelle à la phase opérationnelle.

Les personnes qui ont participé considéraient généralement que le problème était réglé lorsque tout avait été vu. Il faut également pouvoir hiérarchiser.

Pour le consultant, le responsable du projet a su intégrer le concept de hiérarchisation, elle a en revanche eu plus de mal à le faire vivre.

2.2.2.3 Emporter l'adhésion des acteurs en favorisant la compréhension des décisions

2.2.2.3.1 *L'écoute pendant la mise en œuvre du projet*

L'écoute désigne ici la communication au sens large. Il y a en effet indiscutablement une dimension stratégique de la communication. (dimension qui sera prise en compte au paragraphe 2.3).

Les réunions ont un rôle de production (atteindre des objectifs) ou de facilitation d'une production ultérieure. Elles ont également une fonction de cohésion car elles contribuent à réduire les tensions et à réguler les relations entre les acteurs.

Les réunions de sensibilisation permettent en effet d'instaurer une discussion de groupe, même si au début elles revêtent surtout la forme de l'exposé. Ces réunions donnent au directeur manager une meilleure indication de l'état d'esprit de l'auditoire et des obstacles particuliers à surmonter. Cette forme est préférable à celle de l'exposé seul ou les agents sont plus passifs et ont moins conscience d'appartenir à un groupe.

2.2.2.3.2 *La sensibilisation*

- Au niveau des cadres. L'objectif est ici de faciliter l'information et l'apprentissage du changement. Il n'est pas inutile de faire appel aux apports de la théorie de l'apprentissage organisationnel. Il s'agit en effet de comprendre quels sont les facteurs qui facilitent un changement organisationnel pour les managers de proximité que sont les cadres. Les travaux de C. ARGYRIS⁴² sont à cet égard éclairant.

⁴² Travaux présentés dans *Le socio-manager, Sociologies pour une pratique managériale*

Cet auteur distingue en effet 3 niveaux d'apprentissage. Le niveau le plus faible est celui où le cadre se contente d'apporter une réponse adaptée en réponse à un événement. Le niveau intermédiaire est celui où le manager de proximité adapte la procédure de façon ponctuelle (sans analyse des raisons du dysfonctionnement). Le 3^{ème} niveau, niveau de l'apprentissage organisationnel à proprement parler, est celui où les acteurs sont capables (souvent avec l'aide d'un consultant) de remettre en cause leur cadre de perception et font preuve d'une réelle volonté de changement. Dans le cas du projet de réorganisation, le niveau 3 a été atteint aussi bien par le directeur responsable du projet que par l'ensemble des chefs des groupes projet.

- Au niveau des agents de l'espace accueil clientèle : les réunions de sensibilisation.

La sensibilisation du personnel de l'espace accueil clientèle s'est traduite par l'organisation de réunions par le responsable du projet et le responsable du SMQ pour l'ensemble des agents par groupe. Les objectifs de ces réunions étaient de recadrer et de valoriser le travail fait et d'insister sur la volonté de transparence totale par rapport aux changements à venir. Transparence totale ne signifie pas pour autant s'exposer de façon hasardeuse aux critiques en risquant d'instaurer un climat de tensions. Ainsi, après discussions en réunion de sensibilisation et en CPP, il a été décidé que les agents ne prendraient connaissance que des modèles de tableaux de fonctions. En revanche, les réunions ont été l'occasion de diffuser le nom des référents.

Enfin, dans un souci pédagogique, il s'agissait de donner quelques exemples de changement.

Les réunions de sensibilisation étaient constituées de deux présentations : la présentation par le directeur responsable du projet de la planification générale du projet et la présentation par le cadre responsable du système de management de la qualité du dossier documentaire fourni lors de la réunion.

De manière synthétique, deux moments peuvent être distingués lors de ces réunions : la pédagogie d'un côté et les débats entre les agents et les responsables du projet de l'autre.

Tableau n°13 : le bilan des réunions de sensibilisation des agents des bureaux des entrées.

Présentation pédagogique des changements	Débat autour des changements
<p>Présentation du manuel qualité, explication de ce que sont les procédures et les protocoles. L'exemple de la procédure « gestion des anomalies » permet d'indiquer aux agents l'importance de leur rôle dans le changement et le suivi du projet.</p>	<p><i>Deux observations principales :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les agents qui redoutent d'avoir des difficultés à consulter la base documentaire à partir d'Intranet. - Les agents ne réalisent pas forcément que les protocoles décrivent le contenu de leur travail (périmètre de l'accueil administratif parfois mal connu).
<p>Présentation du tableau des fonctions et explication de la polyvalence. Ce changement est le plus redouté par les agents : le responsable souligne l'apport en terme de valorisation de l'accueil administratif, valorisation qui se traduit par un important investissement (travaux de rénovation notamment).</p>	<p>Certains agents s'interrogent sur leur positionnement ; d'autres veulent rester (en dépit des évolutions prévues) sur un profil gestion (back office) ou sur un profil accueil (front office). Mais la plupart des agents apprécie le pragmatisme de l'approche choisie.</p>
<p>Présentation du tableau de bord, le responsable introduit la notion de gains de productivité.</p>	<p>Quelques agents sont « impressionnés » par le nombre des indicateurs.</p>

A l'issue de ces réunions, qui se sont déroulées sur une semaine au milieu du mois de juin 2003, les intervenants dégagent un bilan plutôt positif. Les réunions s'inscrivent dans une dynamique de communication initiée en février (présentation du projet) et d'après les échos que peuvent avoir les cadres, les agents sont prêts aux changements. L'organisation de ces réunions de sensibilisation a eu également l'intérêt de mettre en évidence les difficultés (notamment la question de l'accueil aux urgences dont la spécificité suscite des résistances) et les sources d'inquiétude (mise en place de la polyvalence).

- Au niveau des services. Le groupe de travail "réunion de sensibilisation" a permis de préciser les points qui doivent faire l'objet d'une sensibilisation ; ces points correspondent aux travaux de chacun des groupes projet. L'objectif du groupe a été ensuite d'identifier pour chaque point l'idée clé, le support et la cible. Le groupe a souhaité informer directement les chefs de service par un courrier diffusé par les secrétariats médicaux, l'ensemble des cadres de santé étant informé lors d'une de leur réunion mensuelle. A titre d'exemple, la fiche circuit des dossiers présente aux unités de consultation les règles de paiement et les changements. Ainsi, la fiche précise que, dans le cadre du suivi du dossier de soins, une mention « payant » apparaîtra en filigrane à l'édition du dossier de soins ; l'agent d'accueil informant le consultant qu'il devra à sa sortie passer par la régie pour régler les frais à sa charge.

Par ailleurs, cette sensibilisation des services concerne l'ensemble du projet ; une note explicative sur la démarche de certification de l'accueil administratif en cours présentant les principaux axes de la réorganisation. Dans le cadre de la mise en place d'une relation client-fournisseur entre les services et l'espace accueil clientèle, les services sont également sollicités pour répondre à l'enquête de satisfaction auprès des services de soins.

2.2.3 Qu'est-ce que la "résistance au changement"? Le directeur doit être capable d'intégrer la dimension humaine d'un projet.

La notion de « résistance au changement » est fréquemment évoquée par les théoriciens du management ou par les acteurs même du changement. Pour K. LEWIN « tant que la norme du groupe est inchangée, l'individu résiste au changement avec d'autant plus de force qu'il serait amené à s'écarter d'avantage de la norme du groupe. Si la norme du groupe est elle-même modifiée, la résistance qui est due à la relation entre l'individu et la norme du groupe se trouve éliminée⁴³».

Autrement dit, l'approche psychosociologique accorde une part importante au domaine des valeurs. La prise en compte des valeurs, de la dimension culturelle, est fondamentale pour éviter une résistance des changements. Il est toutefois important de prendre également en considération tous les aléas qui composent la vie au quotidien d'un projet et qui influent sur sa dynamique.

⁴³ K. LEWIN, in Levy A., *Psychologie sociale*, Editions Dunod, 1996 cité par V. BOUSSARD dans *Le socio-manager* (p50 p52).

2.2.3.1 Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : importance de la dimension culturelle du changement

Le passage des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle est à la fois attendu et critiqué : il constitue un choc culturel. Le cas du tableau des fonctions est révélateur car c'est à la fois un moyen de valorisation du travail des agents, mais en même temps sa mise en application est redoutée.

Concrètement, la réorganisation se traduit par des changements significatifs dans le quotidien des agents ; des modifications importantes des tâches des agents vont notamment avoir lieu.

La culture et le management en CHU : l'utilisation de la notion de culture peut soulever des interrogations lorsqu'elle s'applique à une organisation comme un hôpital, mais l'hôpital est un lieu de socialisation où il existe une culture propre. Cet acquis culturel, fait de solidarité entre les personnels, doit donc pouvoir être valorisé dans un projet.

Tout au long de la mise en œuvre du projet, des controverses ont parfois eu lieu entre les différents acteurs. Il est significatif de souligner que ces controverses concernaient pour l'essentiel des valeurs. Deux exemples sont révélateurs : la question du regroupement des guichets d'état civil et la mise en place des enquêtes de satisfaction.

- L'exemple de l'état civil. Dans un souci d'optimisation des moyens, l'objectif du projet de regrouper sur un point unique (au niveau de l'anneau central) les bureaux de l'état civil de l'hôpital Charles Nicolle. Au cours des réunions de mise en place et du comité de pilotage, il est apparu que ce changement est mal vécu par les agents affectés à l'état civil en PME et en pédiatrie car ils sont attachés à leur travail relationnel avec les familles et ils estiment qu'un accompagnement spécifique est nécessaire. Après réflexion, les acteurs ont estimé que le passage au point unique pourrait être fait de façon progressive.

- Le cas des enquêtes. Le risque est que les enquêtes soient mal perçues par les agents (questions de l'amabilité et du professionnalisme notamment) ; d'autant plus que certains acteurs redoutaient que, paradoxalement, la mise en place des enquêtes ne vienne perturber le fonctionnement de l'accueil administratif. Il est intéressant d'observer un gradient des réticences selon le destinataire de l'enquête. Ainsi, aucun des acteurs du projet ne contestait l'importance d'une enquête de satisfaction auprès des patients (dont la pratique est couramment admise). En revanche, le cas des enquêtes auprès des services et, plus encore, auprès des ambulanciers, a suscité davantage de discussions. Sur la base d'un entretien avec le consultant, le succès du projet en terme d'acceptabilité (autrement dit de non-résistance au changement) repose sur trois conditions :

- 1^{ère} condition : la prise en compte d'une culture spécifique. Pour le consultant, qui a déjà travaillé avec le CHU de Lille, il existe une culture spécifique aux CHU.

- 2^{ème} condition : il est nécessaire qu'il y ait à un niveau hiérarchique supérieur (Direction Générale ou Directeur de la Clientèle et des Finances) un soutien fort. Cela implique l'existence d'une philosophie commune et d'une confiance totale. Les valeurs du manager ont un impact essentiel sur le développement d'un projet et sur son succès.

Dans le cas du projet espace accueil clientèle, il existe un socle de valeurs communes entre les deux responsables. Les valeurs du maître d'ouvrage étaient compatibles avec l'idée du projet. Le directeur a en effet fait preuve de rationalisme et de pragmatisme, convaincu que les hommes sont adaptables et que l'on peut les faire progresser et que le projet proposé apportait une valeur ajoutée à sa direction.

- 3^{ème} condition : il est nécessaire de ne pas avoir d'intention cachée. La DCF a toujours affirmé qu'il n'y aurait pas de réduction d'effectifs dans l'immédiat même si l'objectif du projet était de réaliser des gains de productivité.

Dès lors, même s'il existe des réactions d'inquiétudes quant à la situation personnelle de chacun (réaction logique), les personnes réalisent ce que le projet peut leur apporter. De sorte qu'il a été possible de valoriser un secteur qui souffrait d'une image dégradée.

2.2.3.2 Faire face aux aléas et aux imprévus d'un projet

Le rôle du directeur d'hôpital est de conduire des actions de changement. Il est fréquent que l'accent soit mis sur la seule adaptation des destinataires du changement, qui sont supposés résister à celui-ci. Dans cette perspective de l'adaptation à un changement conçu et décrété d'en haut, le rôle du directeur manager est de vaincre la résistance des destinataires. Cette perspective est cependant réductrice dans la mesure où elle omet de prendre en compte un certain nombre d'éléments.

Au-delà d'une analyse en terme de peur de l'inconnu, qui chercherait à donner des méthodes clé en main, il est nécessaire d'insister sur le fait que ce qu'on qualifie de "résistance au changement" se traduit le plus souvent dans les faits par tous les imprévus qui sont susceptibles de mettre en péril un projet. En ce sens, la vie du projet espace accueil clientèle n'a pas été un long fleuve tranquille. Plusieurs points ont menacé le projet, mais au final, ils ont renforcé la détermination des acteurs et les chances de réussite de la réorganisation.

Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique le dialogue continu entre les impondérables et les éléments de réponses proposés par les acteurs du projet.

Tableau n°14 : intégrer la dimension humaine, le facteur humain comme point faible et point fort du projet.

L'imprévu qui menace le projet	La réponse des acteurs	commentaires
<p><i>Détournement de fonds de régie.</i> Il s'avère que le détournement d'un chèque par un agent de la régie de Bois-Guillaume n'est pas un cas isolé mais qu'il y a eu des détournements de sommes importantes.</p>	<p>- les acteurs du projet (les responsables des bureaux des entrées) n'ont pas pris la mesure du problème (risque de suspension du projet).</p> <p>- le directeur responsable du projet a décidé, en accord avec le directeur de la DCF, de mettre en place un groupe de travail (examiner ce qui s'est passé et proposer des solutions). Faute de solution, le projet serait suspendu.</p>	<p>- ce problème révèle une faille dans l'organisation, manque de sécurisation du système. Cette défaillance révèle l'existence de zones d'incertitudes.</p> <p>- la procédure "Gestion des anomalies" est applicable : ce problème est décrit dans une fiche d'anomalie. Cela permet de sortir de la crise "par le haut" et de renforcer la crédibilité du projet dont les acteurs font preuve de transparence.</p>
<p><i>Les structures du projet n'ont pas fonctionné de façon optimale.</i></p> <p>- le comité directeur : redondance avec le comité de pilotage.</p> <p>- le comité pilotage projet n'a pas toujours suivi de près le travail des groupes projets et certains acteurs du projet ont été frustrés lorsque leurs idées étaient écartées.</p>	<p>Intégration de d'autres acteurs (DIR et délégation à la communication).</p> <p>Création (éphémère) d'un comité stratégique sous la direction du responsable de projet.</p> <p>Le principe de la démarche participative encadrée a</p>	<p>Le comité directeur a permis d'ajouter une transversalité, cela a eu un impact sur l'image de la DCF et de l'accueil administratif sur les autres directions.</p> <p>L'institution d'un comité stratégique a néanmoins permis de relancer le projet et le responsable du projet a montré sa détermination pour le projet : le directeur</p>

	parfois été compris par certains comme la recherche systématique du consensus.	manager est celui qui décide et qui accélère le rythme de mise en œuvre du projet. Le risque était de donner une impression de précipitation. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé : certains acteurs du projet ont trouvé à certains moments le rythme du changement trop rapide. De plus, le comité stratégique a court-circuité (temporairement) certains chefs de projet.
<p><i>Le problème de l'interfaçage</i></p> <p>Liens avec les directions associées à la réorganisation.</p>	<p>-Scepticisme (au départ) de la DIR</p> <p>-Nécessité de contact avec la Direction des Services Economiques et la Direction des Etablissements⁴⁴</p>	<p>Les responsables du projet sont parvenus à valoriser le projet et à en montrer l'intérêt : les directions sont devenues des partenaires du changement.</p> <p>Exemple : la DIR ont réalisé que l'espace accueil clientèle devenait un allié de poids dans le cadre des négociations avec le GIP de Dijon. En effet, le CHU de Dijon a fait d'importantes concessions afin que le CHU</p>

⁴⁴ DSEL pour le mobilier, les imprimés (fonction achat), la Direction des Etablissements a un rôle en matière d'accueil (les portiers, le stationnement et le plan de circulation, les ambulanciers).

<p>Suivi du système après le départ du consultant. Difficultés en terme d'effectifs car le niveau d'encadrement actuel (sur le plan numérique) est faible.</p>	<p>Les responsables accueil clientèle redoutent de ne pas être capables d'assurer le suivi du projet.</p>	<p>de Rouen se maintienne dans le GIP.</p> <p>Le responsable du projet a repensé avec le consultant l'organisation de l'encadrement : passage à 4 responsables accueil clientèle et élaboration de fiches de poste⁴⁵ pour le responsable du système d'information et pour le nouveau cadre.</p>
--	---	--

2.3 La logique stratégique

2.3.1 L'apport du coaching

2.3.1.1 Qu'est-ce qu'un coach?

Consultant et coach. Le consultant exerce un métier de conseil, il identifie et analyse les problèmes d'une organisation et recommande des solutions ; lorsqu'on lui demande, il participe également à la mise en œuvre de ces solutions. De son côté, le coaching peut se définir comme une démarche et un processus d'entraînement destinés à développer l'efficacité professionnelle d'un individu ou d'une équipe⁴⁶. Cependant, ces deux notions ne se contredisent pas, mais elles font s'inscrivent en réalité sur un continuum de l'aide extérieure au changement.

Le positionnement du coach. La littérature sur le management évoque souvent la place atypique qu'occupe le coach dans l'environnement d'un projet. Chargé de problématiser et de proposer, ce n'est pas un manager ni un décideur.

⁴⁵ Ces fiches de postes, qui restent à valider, précisent les missions, les connaissances nécessaires les aptitudes et les compétences comportementales.

⁴⁶ P. BESSON, Le coaching à l'épreuve de la transformation. Les Echos 2003 [visité le 20.08.2003]. Disponible sur Internet : <http://www.lesechos.fr>.

Il se démarque également de la figure du conseiller ou de l'expert. Enfin, son rôle n'est pas à proprement parler celui d'un formateur. En somme, le coach est une personnalité capable de créer une dynamique d'apprentissage, fondée sur la proximité, sur la disponibilité et sur le dialogue. Il doit donc être en mesure de susciter des membres du projet à la fois empathie et confiance.

2.3.1.2 Le consultant : un facteur clé de succès du projet de réorganisation

Dans le cas du projet espace clientèle, le coach s'est révélé être l'un des facteurs clé de succès, et ce à toutes les étapes du projet. Il a en effet rempli les rôles suivants :

- *Rôle d'auditeur externe* : l'étude d'organisation a pointé les faits et créé un consensus sur la situation. Elle a également permis de proposer des solutions et de définir un périmètre et un calendrier d'action.

- *Rôle de formateur* : cette fonction a évidemment concerné avant tout l'étape préalable de formation des responsables de projet, mais elle s'est étendue sur l'ensemble du projet. En effet, les qualités pédagogiques de consultant ont été souvent sollicitées car les acteurs du projet avaient régulièrement besoin de rappels théoriques. C'est par exemple le cas de l'assimilation de notions de "protocole", "processus" et "procédure" qui a posé des problèmes non seulement aux participants des groupes – projet, mais aussi aux chefs de projet eux-mêmes. Par ailleurs, le consultant a su faire preuve de pédagogie pour transmettre aux acteurs du projet des méthodes de détection et de résolutions des problèmes.

- *rôle d'expert* : le projet et l'ensemble des acteurs ont bénéficié de l'expérience du consultant dans le domaine des ressources humaines, et par conséquent jouer un rôle d'expert auprès des acteurs. Par ailleurs, le consultant s'est impliqué dans la mise en œuvre concrète de la démarche de certification en prenant contact avec l'AFAQ et en faisant réaliser l'audit blanc par l'un de ses collaborateurs.

- *Rôle de manager ?* Le coach a pu être en certaines occasions manager, notamment lors des réunions de travail. En effet, il était responsable du suivi de l'ordre du jour et il proposait souvent les dates des réunions. Enfin, le consultant a également eu un certain pouvoir de décision (ou pour le moins d'arbitrage) dans le cadre du projet dès lors que l'on considère que d'une part son avis avait un impact sur les travaux des groupes de travail et que d'autre part ses observations avaient un poids important au moment de valider des éléments de changement en comité de pilotage projet. Toutefois, le consultant

ne s'est pas substitué au responsable du projet. Sa fonction est avant tout de limiter les zones d'incertitudes du manager et de servir d'élément intégrateur au projet.

En s'appuyant sur son expérience et son charisme, le consultant a su faire fonctionner une relation de confiance, l'ensemble des acteurs du projet estimant en effet que le consultant est une personne compétente qui a su se faire apprécier.

La personnalité du consultant, son approche du projet et sa connaissance des spécificités hospitalières se sont donc révélées être des facteurs clés de succès d'un projet où la dimension humaine est prégnante. Cette dimension a d'ailleurs été ressentie par les acteurs de terrain du projet. Ainsi, l'un des chefs de groupe projet émettait la crainte de ne pouvoir s'impliquer dans un autre projet sans l'aide du consultant, faute d'avoir assimilé complètement la méthodologie. Une grande part de l'apport du consultant est donc à attribuer à sa capacité à fédérer des acteurs autour du projet. Cet apport, difficilement quantifiable, explique que certaines personnes hors du projet aient pu estimer que le coût du consultant était trop élevé eu égard à sa valeur ajoutée pour le projet ; alors même que l'ensemble des acteurs du projet considère que le consultant est parvenu à instaurer un nouvel esprit de groupe.

2.3.2 Le rôle stratégique de la démarche certification, levier du changement

La certification est plus un levier du changement qu'une fin en soi. La démarche qualité permet en effet de s'appuyer sur un management participatif, les agents devant être associés non seulement à l'adaptation ou à la conception de la prestation, mais également à son amélioration. Dans cette perspective, la démarche de certification doit permettre d'apporter une plus value pour les patients, pour le personnel de l'accueil administratif et pour le CHU de Rouen.

Deux éléments méritent d'être pris en compte : la mise en place d'un système d'indicateurs et les transformations architecturales. En effet, ces deux éléments sont la traduction technique de la démarche de certification vue comme stratégie de changement.

2.3.2.1 Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : les transformations d'un lieu de travail

2.3.2.1.1 Les travaux prévus

Le schéma proposé en annexe 5 permet de visualiser les principales modifications architecturales. Le projet de restructuration implique une nouvelle organisation des bureaux et il permet de dégager 150 m² de surface qui était à occupé par les bureaux des entrées (l'ancien secteur du service des consultations). Au total, en incluant les dépenses de mobiliers de bureaux, le montant des travaux prévus est de 605 000€. Il s'agit donc

d'un investissement important qui permet de valoriser le projet aussi bien auprès des agents de l'accueil qu'auprès de l'ensemble du personnel du CHU.

2.3.2.1.2 Le développement d'un nouvel outil pour l'accueil : un gestionnaire de clientèle multisites.

Le produit proposé a été appliqué à diverses organisations qui sont chargées de l'accueil du public, notamment les Caisses d'Assurances Maladies.

Les étapes assurées par le gestionnaire de client :

- Le pré-accueil. Grâce au logiciel, les hôtesse qui reçoivent le patient peuvent identifier le patient et l'orienter vers la borne d'accueil située à proximité. La borne permet à chaque client de signaler sa présence et d'obtenir un ticket où figure l'ensemble des informations qui permettent à l'utilisateur sa prise en compte immédiate (opération demandée, numéro d'appel, temps d'attente estimé, nom de l'agent d'accueil...).

- L'appel et l'orientation : ils se font depuis la salle d'attente à partir d'un panneau afficheur. Pour une meilleure orientation et visibilité lors de l'appel, des balises clignotantes sont prévues.

- Le traitement des entretiens en bureau. L'agent de l'Espace Accueil Clientèle réalise l'appel et peut choisir une personne jugée prioritaire dans la file d'attente. Durant l'appel, l'agent reçoit des détails sur le visiteur qu'il va accueillir (type de service demandé, heure d'arrivée, temps d'attente...). A la fin de l'entretien, l'agent a la possibilité de réorienter sans attente le visiteur vers un autre service (le visiteur sera prioritaire sur la file d'attente de ce service) ; il est également possible de rappeler un visiteur qui aurait été absent lors de son appel initial.

Par ailleurs, le produit propose aussi des outils de gestion pour les responsables d'accueil puisqu'il transmet en temps réel des informations sur l'état de l'accueil (temps d'attente moyen, temps d'attente maximum, nombre d'entretiens déjà réalisés pour la journée en cours, activité des agents...)

L'intérêt de ce produit est donc de proposer une gestion des différentes files d'attente en fonction des différents besoins grâce à l'utilisation de divers paramètres différents (temps d'attente, durée entretien...). Cela permet d'identifier l'utilisateur et de favoriser un accueil personnalisé. Toutefois, la question de la perception de l'outil peut se poser. Contrairement aux objectifs fixés, certains redoutent que ce nouvel outil symbolise aux yeux des utilisateurs la déshumanisation d'un accueil hospitalier qui s'apparenterait d'avantage à celui d'un lieu anonyme type "grande surface". De sorte que l'installation d'un nouveau système de gestion des files d'attente constitue une évolution notable dans la pratique de l'accueil administratif du CHU.

Sur le plan financier, le coût de l'installation de ce produit est estimé à 23 000€.

2.3.1.3 La construction d'outils d'aide à la stratégie : le reporting

La construction d'un tableau de bord représente un double enjeu stratégique. C'est un enjeu pour :

- La direction des finances : il s'agit de parvenir à un suivi de la productivité des fonctions et des personnes et à un suivi des délais de paiement.

- Les agents de l'espace accueil clientèle : l'enjeu est de permettre l'évaluation et la planification de la charge de travail (tableau des fonctions) ainsi que le repérage et la correction des dysfonctionnements.

La vocation des indicateurs est de fournir aux décideurs des outils neutres pour les aider à prendre des décisions objectives. Les indicateurs ont pour fonction de limiter les zones d'incertitudes : ils doivent être ni trop nombreux ni trop complexes à gérer, faute de quoi ils pourraient générer d'autres zones d'incertitude.

Toutefois, la construction d'indicateurs est loin d'être neutre. Cela s'est constaté au cours des réunions du groupe Reporter dès la conception des indicateurs.

L'organisation du système de reporting :

Afin d'assurer le suivi des 7 processus, 25 indicateurs ont été mis en place (voir annexe 6). Ils se répartissent en 11 indicateurs de résultats et 14 indicateurs de fonctionnement (de suivi).

Pour chacun des indicateurs, le responsable du système d'information précise la finalité, le risque, le niveau d'observation⁴⁷, l'origine des informations, le responsable de la collecte, le mode de diffusion, la fréquence de calcul, le mode de calcul, l'objectif et le processus de rattachement.

⁴⁷ Il convient de souligner que ces indicateurs sont collectifs, même s'ils peuvent être déclinés au niveau des sites.

Tableau n°15 : l'architecture du système reporter, étapes et acteurs.

étapes	acteurs
Demande d'indicateur	Directeur responsable du secteur Responsable de la gestion du système d'information Responsables de l'accueil clientèle
Création/modification d'indicateurs	Directeur responsable du secteur Responsable de la gestion du système d'information Responsables de l'accueil clientèle
Mise en place technique de la mesure	Responsable de la gestion du système d'information Responsables de l'accueil clientèle Référents Direction de l'Informatique et des Réseaux
Collecte d'informations	Responsable de la gestion du système d'information Responsables de l'accueil clientèle Référents
Consolidation des données et actualisation des tableaux de bord	Responsable de la gestion du système d'information
Analyse et diffusion du tableau de bord	Responsable de la gestion du système d'information Directeur responsable du secteur

L'objectif principal du reporting est donc de veiller à deux paramètres essentiels : la satisfaction des clients et le suivi de la productivité.

Pour ce qui concerne la satisfaction des clients, la principale source de données est constituée par les enquêtes de satisfaction client mises au point par le responsable du système de management⁴⁸ de la qualité en collaboration avec l'élève directeur 2002-2004.

Trois types d'enquêtes sont mis en place :

⁴⁸ Le suivi des enquêtes, l'analyse et la diffusion des résultats et le déclenchement d'actions correctives relèvent de la compétence du responsable du système management de la qualité.

- L'enquête patient (seul et accompagné). Il s'agit d'une enquête semestrielle auprès de 1 500 patients réalisée une semaine par mois dans chaque site selon une quantification pré établie. Cette enquête est réalisée par les agents chargés de la fonction "création des dossiers".
- Les ambulanciers. Cette enquête est réalisée annuellement auprès de toutes les sociétés d'ambulanciers.
- Les services de soins et les services médico-techniques. Il s'agit d'une enquête annuelle sous forme de questionnaire envoyé à l'ensemble des cadres de santé.

En somme, la démarche qualité est un élément moteur du projet dans la mesure où elle a non seulement suscité l'implication des personnels mais aussi satisfait des préoccupations dans le domaine de l'efficacité économique (suivi et analyse de l'activité afin d'améliorer la productivité).

2.3.3 La dimension stratégique de la communication : le plan de communication

2.3.3.1 Présentation du plan de communication

La communication doit être envisagée comme un outil stratégique au service de la conduite du changement. En ce sens, un plan de communication précise les objectifs du programme, les messages qui doivent être véhiculés et les cibles visées.

Les acteurs du projet :

Dès le lancement du projet, le plan de communication a été confié au directeur chargé de la communication ; celui-ci formalisant sa mission au travers de la rédaction de la lettre de mission et l'étude de faisabilité pour le groupe projet. Le groupe était composé exclusivement d'agents des bureaux des entrées. Les modifications dans l'organisation interne, et notamment l'arrivée d'un délégué à la communication, n'ont pas changé l'architecture de ce groupe.

2.3.3.2 Les décalages dans la réalisation du plan de communication du projet : un avantage?

Paradoxalement, il ne s'agit pas ici de déplorer l'éventuelle déficience de la stratégie de communication. Les écarts présentés dans le tableau n°16 ci-dessous sont le résultat de la volonté des acteurs de ne pas trop communiquer (et surtout pas de façon prématurée) sur le projet. Cette situation a permis aux responsables du projet de bénéficier du confort d'un certain anonymat au regard des autres directions fonctionnelles. Le fait d'être un secteur à l'écart des préoccupations stratégiques de l'établissement a donné l'opportunité à l'accueil administratif de se réorganiser sans être trop exposé aux critiques.

Cela se traduit sur le plan financier : le montant du plan de communication représente 30000€, ce qui, comparé à d'autres projets, demeure un investissement modeste.

Tableau n°16 : prévisions et réalisations du plan de communication.

Ce qui était prévu ⁴⁹	Les réalisations
<p><i>Enjeux :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - valorisation de l'image du service - adhésion au changement - changement d'image 	<p>- Le choix d'un management participatif et le recours à la démarche de certification a favorisé l'adhésion au changement et une évolution de l'image du secteur. Cependant, le décalage entre le choix de la nouvelle dénomination (fin juin 2002) et la diffusion de cette nouvelle dénomination (printemps 2003) a peut être limité la lisibilité du changement.</p>
<p><i>Objectifs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - les agents du service connaissent les principales étapes de la démarche. - les professionnels de santé sont sensibilisés au projet. - information des partenaires externes 	<ul style="list-style-type: none"> - réunions de sensibilisation : informations régulières sur le déroulement du projet et préparation à la visite d'accréditation. - communication interne générale (réalisation de 4 dépliants et articles dans le magazine interne) et ciblée (courrier aux chefs de service). Cette communication interne n'a peut être pas atteint tous ces objectifs (lié au manque d'intérêt de certains pour le secteur de l'accueil administratif), notamment en ce qui concerne le corps médical. - cette information concerne les résultats obtenus, elle est donc prévue après la certification. La mise en place de l'enquête annuelle de satisfaction auprès des ambulanciers est prévue pour le mois de mars 2004.

⁴⁹ D'après la lettre de mission.

2.3.4 Stratégie et management de projet : les compétences du directeur

Il s'agit ici de proposer, en préalable à la conclusion, une synthèse des points forts d'un directeur manager de projet capable de concilier sens stratégique et capacités organisationnelles. A cet égard, le directeur manager de projet est celui qui est capable de maîtriser trois compétences majeures :

- La compétence communicationnelle : savoir concevoir et communiquer sur l'action mise en œuvre. En effet, une situation de changement implique un accroissement des ambiguïtés (exemples : la dénomination nouvelle des bureaux des entrées, la question des effectifs...). Le rôle du directeur est ici de donner du sens à son action, d'être en mesure d'argumenter.
- La compétence politique : le terme de "politique" est ici entendu au sens de capacité à faire vivre des alliances porteuses de changement. Une situation de changement et de réorganisation est en effet un moment de remise à plat des fonctions de chacun et donc des rapports de force. Le directeur manager a donc à prendre en compte cette dimension au niveau interne (l'évolution des rapports entre les cadres et le responsable du secteur) au service mais aussi entre les différentes directions. Dans le cadre du projet de réorganisation des bureaux des entrées, l'une des évolutions les plus notables est certainement celle qui concerne les rapports de la DIR et de la DCF. Cette compétence politique se traduit également dans la maîtrise de l'agenda et des réunions par le directeur. Enfin, il s'agit aussi d'un sens tactique (exemple : profiter du faible intérêt du projet aux yeux des autres directions pour le faire avancer).
- La compétence psychologique signifie pour le manager d'être à l'écoute des acteurs qui participent et qui sont affectés par le changement. C'est l'objectif des réunions de sensibilisation dont la vocation était double : pédagogique et psychologique. Du côté de la psychologie, le rôle du manager est de prendre en compte les doutes des agents qui vont connaître une période de transition pour passer d'un passé concret, marqué par les habitudes, à un futur abstrait, caractérisé par le doute.

CONCLUSION : UN MOIS AVANT L'AUDIT DE CERTIFICATION, QUELS RÉSULTATS?

Un premier bilan positif.

Le directeur manager doit être capable de porter une dynamique de changement qui réponde aux attentes de l'institution, des patients et du corps social. A cet égard, le premier bilan que l'on peut tirer du projet de réorganisation indique une atteinte des objectifs pour les trois éléments de ce triptyque. En effet, la certification est imminente, les patients font part de leur satisfaction et le personnel a suivi (et continue de suivre) les acteurs du projet dans leur volonté de réorganiser l'accueil administratif et de le rendre adaptable. Même si l'appropriation de la méthodologie a parfois posé quelques difficultés, les acteurs ont su s'investir jusqu'au bout dans la dynamique du projet.

Les enquêtes de satisfaction

Deux enquêtes de satisfaction clientèle ont été réalisées entre la fin du mois de juillet et le mois d'août. Les premiers résultats obtenus révèlent un bon taux de satisfaction générale sur l'ensemble des sites, même si l'on observe un taux de non-satisfaction plus marqué en matière de conditions d'accueil pour les consultations au niveau de l'anneau central. Ces premières données, qui doivent être affinées, justifient donc les travaux de transformation qui permettront une amélioration des conditions d'accueil.

Les sécurités du système sont opérationnelles. Les doublons de dossiers et le problème de la régie de recette sont analysés dans le cadre des fiches anomalies.

Une montée en charge de l'évaluation de la réorganisation : La certification.

L'audit blanc est prévu pour le 1^{er} et le 2 octobre 2003 et l'audit de certification pour les 12, 13 et 14 novembre 2003. Afin de préparer l'ensemble du personnel à cette phase d'audit, le responsable qualité organise des réunions d'informations sur les différents sites concernés sur une semaine.

La définition d'un programme d'audit pour l'année 2004. Les 7 processus feront l'objet d'une demi-journée d'audit chacun au cours de l'année. Les personnes chargées de ces contrôles sont les responsables accueil clientèle, le responsable du système d'information, le responsable du système management de la qualité et probablement le directeur de la qualité.

Le devenir de l'espace accueil clientèle : perspectives

Des projets qui demeurent en cours

Il s'agit des projets suivants :

- Le projet accueil téléphonique. La mise en place d'un point unique pour l'accueil téléphonique est reportée. Le comité de pilotage estime opportun d'étudier le projet au moment de l'installation dans les nouveaux locaux.
- Le projet état civil. La réflexion sur une éventuelle centralisation de l'état civil se poursuit. Elle aboutira en 2004.
- Le carnet de rendez-vous. L'espace accueil clientèle est en contact avec le service de la reprographie et la Direction de l'Informatique et des Réseaux pour étudier la faisabilité technique du carnet de rendez-vous.

Vers un redéploiement de la fonction accueil administratif au CHU de Rouen

Projet ne peut fonctionner que si l'accueil est polyvalent : il faut créer une dynamique pour fiabiliser le système. Il faut avoir une capacité à créer d'autres prestations d'accueil;

Exemple :

- Prestation "accompagnement" : un accompagnateur vers les services de soins pour les personnes qui le souhaitent. (ce que faisaient les emplois jeunes avant, mais aujourd'hui, il ne reste qu'un seul emploi jeune).

La certification ne marque donc pas la fin d'une réflexion managériale sur ce que doit être l'espace accueil clientèle. La réflexion va être élargie dans les prochains mois à l'accueil au sens large (c'est l'un des 10 projets transversaux retenus par l'équipe de direction).

Le projet accueil : la continuité de la réorganisation des bureaux des entrées

Depuis un an, la Direction Générale du CHU de Rouen a instauré un nouveau mode de management en confiant aux Directeurs Adjointes des projets transversaux. L'accueil des patients fait partie de 10 projets transversaux retenus par l'équipe de direction. Les objectifs de ce projet s'inscrivent dans le prolongement des résultats du projet de réorganisation des bureaux des entrées. Il s'agit en effet de déterminer les axes d'une politique d'accueil et de mettre en oeuvre une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le domaine de l'accueil des patients et des familles.

Bibliographie

Textes réglementaires :

Ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Circulaire interministérielle DHOS/F4/DSS/DGCP/6B 2003 n°209 du 28 avril 2003.

Décret n°2001-367 du 25 avril 2001 relatif à l'exercice d'une activité libérale par les praticiens hospitaliers dans les établissements publics de santé.

Loi n°2000-321 du 12 avril 2000, relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Loi d'Orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

Circulaire du 26 juillet 1995 relative à la préparation et à la mise en œuvre de la réforme de l'Etat et des services publics.

Loi n°78-753 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public.

Ouvrages :

GUILLEBAUD JC. *Le goût de l'avenir*. Paris : Editions du Seuil, 2003, 359 p.

AUBERT N., AMOUREUX G., LUJAN C. et al. *Diriger et motiver, art et pratique du management*. Paris : Editions d'Organisation, 2002, 355 p.

BOUSSARD .V, CRAIPEAU S, DRAIS E. et al. *Le socio-manager, sociologies pour une pratique managériale*. Paris : Dunod, 2002, 379 p.

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001, 417 p.

JEANTET A. *Le temps des guichetiers : la poste*. In *Temps de travail et temps libre*. Bruxelles : De Boek Université, 2001, pp 63-77.

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : ANAES, 1999, 118 p.

DUPONT M., ESPER C., MUZZIN L., PAIRE C. *Droit hospitalier : établissements publics et privés*. Paris : Dalloz, 1997, 479 p.

DE QUATREBARBES B. *Usagers ou clients? Marketing et Qualité dans les services publics*. Paris : Editions d'Organisation, 1996, 354 p.

Rapports et mémoires :

CONFÉRENCE NATIONALE DES DIRECTEURS DE CENTRE HOSPITALIER, *Plateforme pour une nouvelle politique de santé*, juillet 2003.

MERGNAC T., *La déclinaison organisationnelle d'un projet stratégique : la décentralisation de l'accueil au centre hospitalier de Blois*. Mémoire de l'ENSP, décembre 2001, 67 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIALE. *Rapport 2000*. Paris : La Documentation Française, 2000.

Périodiques

ESTRYN-BEHAR M., CHEIK S. *Le personnel administratif accueillant du public à l'hôpital*. Gestions Hospitalières n°414, mars 2002, pp 181-186.

GINESY E., BLOT S. *La qualité de l'accueil, c'est simple comme un coup de fil*. Gestions Hospitalières n°409, octobre 2001, pp 680-682.

SCHNABELE P., BEAUVAIS F. *Réforme de l'Etat et téléprocédures*. L'Actualité Juridique-Droit Administratif, juillet-août 2001, pp 608-616.

CHATILLON G. *Administration électronique et services publics*. L'Actualité Juridique-Droit Administratif, juillet août 2001, pp 617-623.

HERVAGAUT C. *Secret professionnel du personnel administratif hospitalier*. Cahiers hospitaliers n° 164, janvier 2001, pp 27-29.

PHANUEL D. *Utilisation de la chaîne relationnelle : la charte de l'accueil au centre hospitalier de Bourges*. Gestions Hospitalières n°394, mars 2000, pp 104-120.

JACQUET A., LACHAT D. *Démarche qualité dans les services administratifs des Hospices Civils de Beaune*. Revue Hospitalière de France n°5, octobre 1999, pp 16-21.

PONCHON F. *Des antennes dans les services de soins*. Gestions Hospitalières n°383, janvier 1999, pp 96-97.

Information Sociales n°52, 1997.

LDH, UNAF. *L'hôpital vu par ses usagers*. In Réalités familiales, n°34, mars 1995

CASTETS P. *Des gains de productivité dans un service administratif*. Gestions Hospitalières n°329, octobre 1993, pp 566-568.

Documents internes au CHU de Rouen :

Echanges magazines : octobre 1991, février 2001.

VANDAELE G. *Etude d'organisation des bureaux des entrées du CHU de Rouen*. CSP Normandie. Septembre 2001.

Documents électroniques :

P. BESSON, *Le coaching à l'épreuve de la transformation*. Les Echos 2003 [visité le 20.08.2003]. Disponible sur Internet : <http://www.lesechos.fr>.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : La pyramide documentaire du système de management de la qualité.

ANNEXE 2 : Liste des procédures et protocoles.

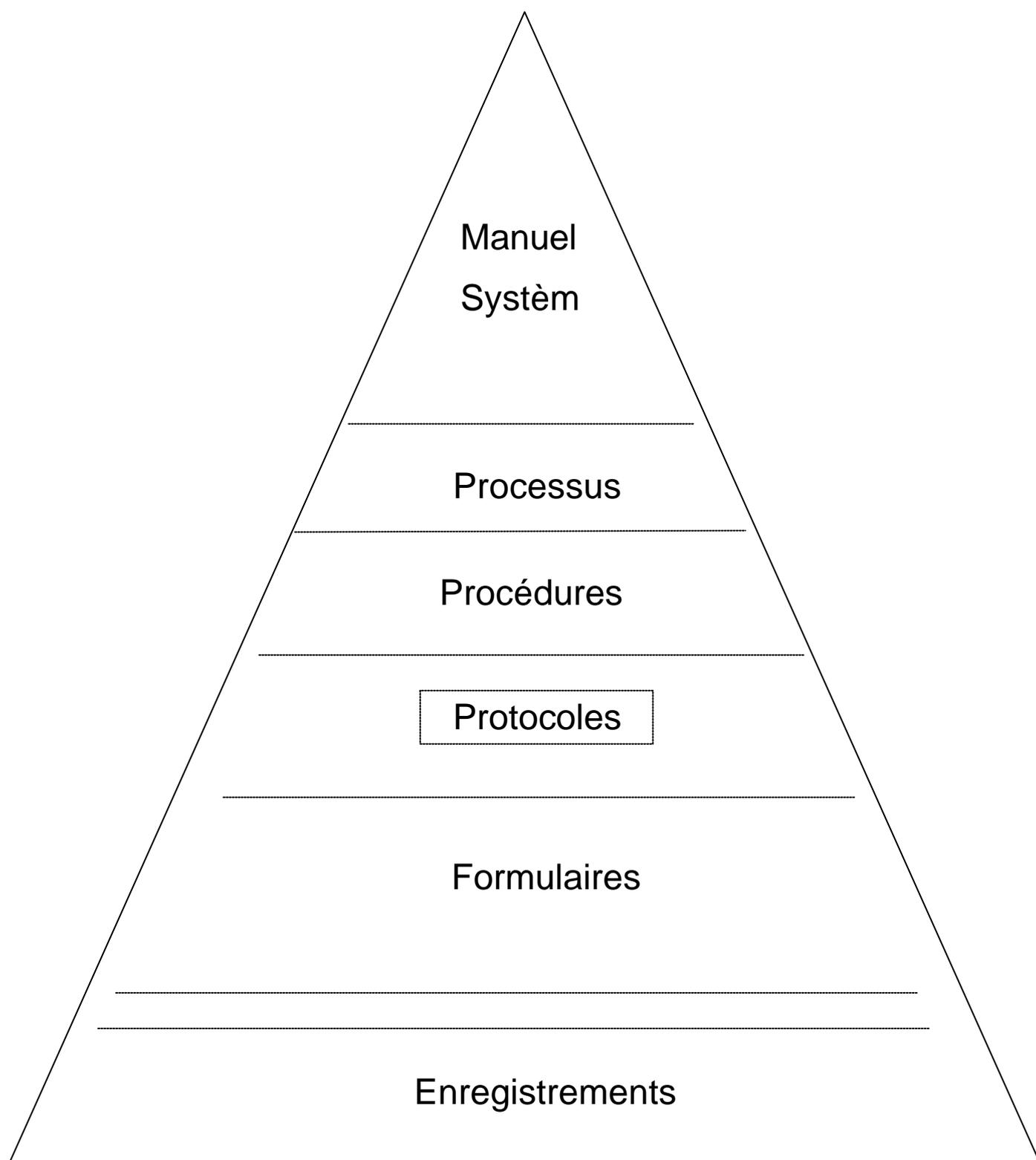
ANNEXE 3 : Modèle de fiche d'anomalie.

ANNEXE 4 : Modèle de fiche d'action corrective/préventive.

ANNEXE 5 : Plan de l'anneau central après les travaux de restructuration.

ANNEXE 6 : Modèle de tableau de bord.

ANNEXE 1 : La pyramide documentaire du système de management de la qualité.



ANNEXE 2 : Liste des procédures et protocoles.

6 procédures :

Procédure 11	Documentaire
Procédure 12	Enregistrement relatif à la qualité
Procédure 13	Gestion des anomalies
Procédure 14	Actions correctives et préventives
Procédure 15	Audits qualité internes
Procédure 16	Revue de direction

17 protocoles :

<i>Fonction</i>	<i>Référence</i>	<i>Intitulé du document</i>
ACCUEIL	Protocole 21	Accueil Information
	Protocole 22	Accueil Téléphonique - Appels entrants
	Protocole 23	Création de dossiers administratifs consultation et hospitalisation
	Protocole 24	Création de dossiers administratifs hors accueil patient
	Protocole 25	Régie des recettes
	Protocole 26	Régie de dépôts
	Protocole 27	Sortie
	Protocole 28	Etat civil : naissances
	Protocole 29	Etat civil : décès – dons d'organes
	Protocole 30	Accueil partenaires internes
TRAITEMENT DES DOSSIERS	Protocole 41	Gestion des dossiers administratifs consultation et hospitalisation
	Protocole 42	Gestion des dossiers de rétrocession des produits pharmaceutiques hospitaliers
SUIVI	Protocole 51	Gestion des tableaux de bord et des indicateurs
	Protocole 61	Gestion du tableau des fonctions
	Protocole 62	Entretien annuel
	Protocole 71	Achats
	Protocole 81	Enquête clientèle

ANNEXE 3 : Modèle de fiche d'anomalie.

FICHE D'ANOMALIE N°

1- OUVERTURE :	Détecteur :	Date :	Visa :
	Référent :	Date :	Visa :
Description :			
Si Correction immédiate éventuelle, la décrire :			
Responsable :			

2- RECEVABILITÉ :	Resp SMQ :	Date :	Visa :
Si non recevable :			
Si recevable concerne le processus :		Action corrective éventuelle AC n°	
		→ transmis pour correction à :	

3- CORRECTION:	Décideur :	Date :	Visa :
Description :			
→transmis pour mise en œuvre à :		Date de fin prévue	
→copie pour suivi au Resp SMQ			
→copie pour information au détecteur et au référent			

4- MISE EN ŒUVRE :	Acteur :	Date de fin:	Visa :
→transmis pour clôture au responsable SMQ :			

5- CLÔTURE (→copie détecteur)	Resp SMQ :	Date :	Visa :
--------------------------------------	------------	--------	--------

ANNEXE 4 : Modèle de fiche d'action corrective/préventive.

FICHE CORRECTIVE OU PREVENTIVE

1- OUVERTURE DE LA FICHE (Responsable SMQ)	AC n° :	AP n° :
Nom de l'émetteur :	Date :	Visa :
Origine de la fiche : <input type="checkbox"/> Réclamation client : <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Fiche d'anomalie	<input type="checkbox"/> Fiche écart-audit
Rappel du problème :		
<input type="checkbox"/> Transmis au pilote du processus. Nom _____ Date :		

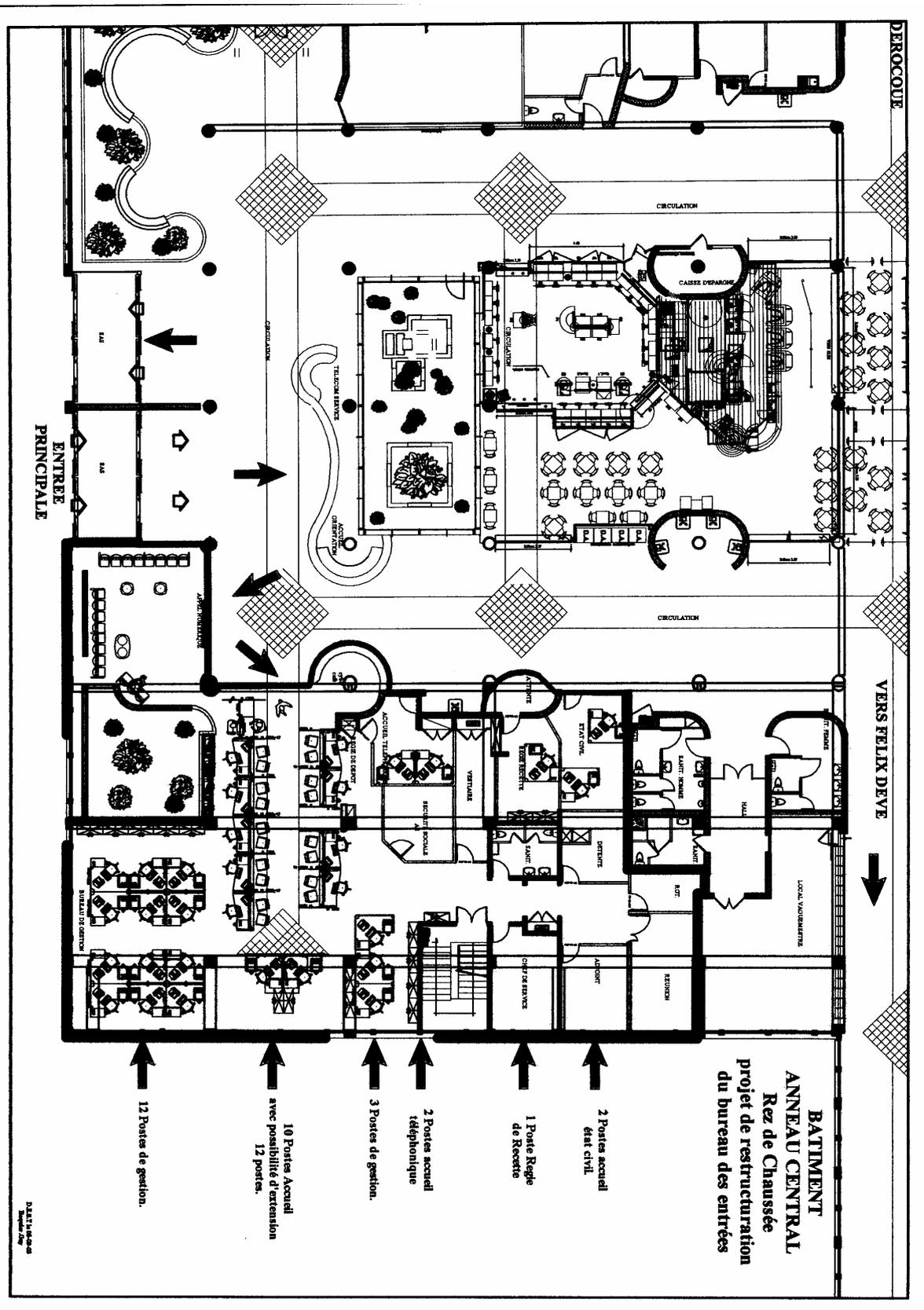
2- ANALYSE DE L'ACTION CORRECTIVE OU PRÉVENTIVE			
Processus :	Pilote :	Date :	Visa :
Analyse des causes, propositions d'actions :			
Résultats attendus :		Délai de réalisation prévu :	
<input type="checkbox"/> Transmis au responsable SMQ			Date :

3- TRAITEMENT DE L'ACTION CORRECTIVE OU PRÉVENTIVE		
Pilote du processus :	Date :	Visa :
Description de l'action, l'échéancier, désignation de l'acteur de la mise en oeuvre :		
<input type="checkbox"/> Copie pour suivi au Responsable SMQ		
<input type="checkbox"/> Transmis pour mise en œuvre à :		

4 – MISE EN ŒUVRE DE L'ACTION		
Résultat satisfaisant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date fin :	
<input type="checkbox"/> Transmis au responsable SMQ	Date :	Pilote du processus :

5- CLÔTURE DE LA FICHE:	Date :	Visa :
Le responsable SMQ		

ANNEXE 5 : Plan de l'anneau central après les travaux de restructuration.



ANNEXE 6 : Modèle de tableau de bord.

Tableau de bord – Indicateurs Année 2----

Processus	Indicateurs	Objectif	Réalisation	Commentaires
1. Management	R – Satisfaction du patient (résultat global)			
	R – Productivité globale			
	R – Effectif ETP			
2. Amélioration	R – Certification			
	F – Respect du planning audit			
	F – Délai de gestion des anomalies			
3. G.R.H	R – Couverture des besoins en fonctions			
4. Achats	R – Rupture des stocks niveau I			
5. G.S.I.	R – Délai de diffusion du tableau de bord			
	F – Suivi des référents			
6. Accueil clientèle	R – Satisfaction patient (accueil information + création)			
	R – Doublons identité			
	F – Productivité Création			
	F – Taux d'abandon téléphonique			
	F – Satisfaction ambulanciers			
	F – Evolution des encaissements en volume / régie			
	R – Délai gestion des dossiers Hospitalisés			
7. Traitement des dossiers	R – Délai gestion des dossiers Externes			
	F – Productivité en nombre de dossiers Hospitalisés			
	F – Productivité en nombre de dossiers Externes			
	F – Taux de contentieux Hospitalisés			

R : Indicateur de résultat

F : Indicateur de fonctionnement