



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

Date du Jury : **11 et 12 décembre 2001**

---

**LA DECLINAISON ORGANISATIONNELLE  
D'UN PROJET STRATEGIQUE :  
L'EXEMPLE DE LA DECENTRALISATION  
DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF AU  
CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS**

---

**Thierry MERGNAC**

---

# Sommaire

---

<b>LA DECLINAISON ORGANISATIONNELLE D'UN PROJET STRATEGIQUE : L'EXEMPLE DE LA DECENTRALISATION DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF AU CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>1 - L'ACCUEIL ADMINISTRATIF : UNE PLACE AUJOURD'HUI PRÉPONDÉRANTE DANS LA FONCTION « ACCUEIL » DE L'HOPITAL .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 L'accueil, mission originelle de l'hôpital .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Fondements étymologiques.....	7
1.1.2 A l'origine, l'hébergement comme fonction essentielle de l'hôpital.....	7
1.1.3 La prépondérance ultérieure de la mission sanitaire .....	8
<b>1.2 La fonction d'accueil, aujourd'hui réaffirmée .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 L'effet de dispositions légales et réglementaires .....	10
1.2.2 L'accroissement des situations de précarité a rendu nécessaire la mise en place de dispositifs d'accueil appropriés.....	11
1.2.3 La nécessité de valoriser l'institution à travers la qualité de l'accueil.....	12
1.2.4 La prise en compte de l'accueil du public dans l'architecture hospitalière .....	13
1.2.5 L'impact du développement des nouvelles technologies sur les relations avec l'utilisateur.....	14
<b>1.3 L'accueil administratif a l'hôpital: une place spécifique au sein de la fonction accueil.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 L'accueil administratif : contenu et acteurs .....	15
1.3.2 L'accueil administratif, maillon essentiel d'une « chaîne relationnelle ».....	19
1.3.3 Vers un accueil administratif décentralisé.....	21
<b>2 - LA DÉCLINAISON DU PROJET DE DÉCENTRALISATION DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF À L'HÔPITAL DE BLOIS.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Le contexte environnemental et historique .....</b>	<b>24</b>
2.1.1 L'environnement du centre hospitalier de Blois .....	24
2.1.2 Genèse du projet de décentralisation de l'accueil administratif.....	27
2.1.3 Le lancement du projet.....	33
2.1.4 Etude préalable à la poursuite du projet.....	37

<b>2.2</b>	<b>La situation actuelle de l'accueil administratif au sein du service « gestion-accueil-patient »</b> .....	<b>38</b>
2.2.1	Les localisations physiques des agents du service .....	39
2.2.2	Le constat d'un parcours tortueux pour le patient .....	40
2.2.3	Effectifs, missions et tâches .....	41
2.2.4	L'activité du service « accueil-gestion-patient » .....	45
2.2.5	Evaluation interne et externe du projet.....	47
<b>3 -</b>	<b>ANALYSE ET PRÉCONISATIONS</b> .....	<b>50</b>
<b>3.1</b>	<b>Cadrage du scénario</b> .....	<b>50</b>
3.1.1	Apports d'autres établissements .....	50
3.1.2	Contraintes particulières .....	51
3.1.3	Détermination des éléments de cadrage du scénario.....	52
<b>3.2</b>	<b>La solution présentée</b> .....	<b>54</b>
3.2.1	Détermination des effectifs dans les étages .....	54
3.2.2	Redéfinition de l'ensemble du service : missions, tâches et effectifs.....	56
3.2.3	Le nouveau circuit du patient.....	57
3.2.4	Coût et calendrier.....	58
3.2.5	Les demandes d'aménagements par rapport à la solution présentée.....	59
<b>3.3</b>	<b>Ecueils à anticiper et facteurs de succès</b> .....	<b>60</b>
3.3.1	Des difficultés inhérentes à toute démarche stratégique .....	60
3.3.2	Des problèmes en suspens .....	61
3.3.3	Des pistes à explorer .....	64
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>65</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARTT	Aménagement et réduction du temps de travail
CHR	Centre hospitalier régional
CA	Congés annuels
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHB	Centre hospitalier de Blois
cs	Consultations
CMU	Couverture médicale universelle
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
DIP	Droits et information du patient
DSIO	Directeur du système de l'information et de l'organisation
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
ETP	Equivalent temps plein
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
IAO	Infirmière d'accueil et d'orientation
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
mn	minutes
nb	nombre
NBI	Nouvelle bonification indiciaire
OPC	Organisation de la prise en charge des patients
ORL	Oto – rhino - laryngologie
PASS	Permanence d'accès aux soins en santé
RDC	Rez-de-chaussée
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
UAU	Unité d'accueil et d'Urgence

## INTRODUCTION

Depuis la création des premières institutions hospitalières, l'accueil des indigents puis des « patients », a toujours occupé une place essentielle dans les missions de l'hôpital public.

A partir du milieu du XXème siècle, sous l'effet conjugué de l'évolution des sciences techniques et médicales et du développement des systèmes de prise en charge des soins, la mission sanitaire, est cependant devenue prépondérante au sein des établissements de santé.

Aujourd'hui, d'autres facteurs contribuent à la réaffirmation de la fonction « accueil » à l'hôpital :

- l'émergence des droits des patients et de leurs comportements consuméristes ;
- l'évolution de l'organisation hospitalière vers des structures médico - administratives décentralisées ;
- des contraintes réglementaires nouvelles en matière d'accueil.

Par ailleurs, cette fonction «accueil » a une composante administrative forte avec des missions de plus en plus prégnantes: l'accueil administratif devient peu à peu un maillon essentiel dans la chaîne relationnelle mise en œuvre par les différents services de l'hôpital à l'égard du patient.

A ce titre, l'accueil administratif contribue à valoriser l'image de l'institution, dès l'entrée du patient à l'hôpital.

Comme d'autres établissements, le centre hospitalier de Blois a perçu cette dimension stratégique qu'il convenait de donner à la fonction d'accueil administratif.

Ainsi, à partir d'un projet initial motivé par des considérations essentiellement architecturales - il s'agissait de restructurer le hall d'accueil - , l'établissement a décidé de mettre en œuvre, dès 1998, un projet stratégique fondé sur la décentralisation de l'accueil administratif dans les unités de soins.

Ce projet s'est traduit concrètement par l'installation, par phases successives (1999 et 2001) des premières antennes d'accueil administratif décentralisé dans trois étages du site de l'hôpital.

Sa poursuite nécessitait cependant une étude de faisabilité globale, incluant la réorganisation du service « accueil – gestion- patient ».

Ce mémoire propose précisément une solution de réorganisation du service, et concomitamment de l'espace du hall d'entrée, qui puisse permettre de poursuivre cette expérience.

Le choix de ce sujet résulte de la conjonction de plusieurs éléments :

- *un intérêt personnel*: la question de l'accueil administratif apparaît trop souvent délaissée par les décideurs hospitaliers ;
- *une réalité officialisée par le projet d'établissement de l'hôpital de Blois*: le projet d'établissement rédigé en 1998 a mis en avant –notamment à travers son projet médical- une orientation forte en matière d'accueil administratif décentralisé ;
- *une « commande » de l'établissement*: conscient des difficultés à poursuivre l'expérience de décentralisation sans réflexion d'ensemble, mon maître de stage a souhaité que ce travail soit effectué en élargissant d'emblée la réflexion à la réorganisation du secteur des soins externes.

La solution d'organisation proposée et validée par le Conseil de Direction de l'établissement a dû s'affranchir d'un certain nombre de contraintes, historiques ou récentes, comme :

- l'acceptation sociale du projet ;
- l'impact de la mise en œuvre de l'aménagement du temps de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Pour mener à bien le traitement de ce sujet, diverses sources d'information ont été mobilisées :

- une littérature –peu importante- relative à la fonction d'accueil administratif ;
- l'observation du fonctionnement de l'accueil administratif sur le terrain même, avec l'ensemble des acteurs concernés (échanges, entretiens, étude de charges de travail) ;
- des visites réalisées dans d'autres établissements où des expériences intéressantes ont été menées en ce domaine (centre hospitalier de Lannion, centre hospitalier universitaire de Tours).

La réflexion conduisant à proposer une solution concrète à la poursuite de l'expérience de décentralisation de l'accueil administratif se développe en trois temps :

Elle débute par l'évocation de l'évolution de la fonction d'accueil administratif (1) : mission originelle de l'hôpital (1.1), elle a été reléguée au second rang des préoccupations stratégiques de l'institution par la prépondérance de la mission sanitaire avant d'être réaffirmée (1.2) et d'occuper aujourd'hui une place essentielle (1.3).

Dans un second temps, la déclinaison du projet de décentralisation de l'accueil administratif est traité (2), à travers son aspect historique (2.1) et l'examen de la situation actuelle.

Enfin, des préconisations sont données (3) pour aboutir après l'explicitation des éléments de cadrage du scénario (3.1) à la proposition d'une solution d'organisation concrète (3.2), qui doit surmonter un certain nombre de contraintes spécifiques à l'établissement et à toute démarche stratégique (3.3).

\*

# 1 - L'ACCUEIL ADMINISTRATIF : UNE PLACE AUJOURD'HUI PREPONDERANTE DANS LA FONCTION « ACCUEIL » DE L'HOPITAL

## 1.1 L'ACCUEIL, MISSION ORIGINELLE DE L'HOPITAL

### 1.1.1 Fondements étymologiques

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991, en réunissant tous les établissements hospitaliers, quels que soient leurs statuts, sous l'appellation «d'établissements de santé », donne une définition large de leur champ d'intervention qui prend en compte les évolutions récentes de l'activité hospitalière.

Toutefois, l'institution hospitalière résulte d'une inscription ancienne dans l'histoire, et cette dénomination contemporaine ne rend plus compte de la conception historique de la mission de l'établissement de santé que l'on retrouve dans la racine étymologique du mot « hôpital ». En effet, à l'origine, «hôpital » est un substantif venant du latin *hospitalis*, qui signifie : maison d'hospitalité, hôtel, hébergement ; il recouvre une définition proche de celle contenue dans l'«accueil» qui prend en compte la façon de recevoir et de prendre en charge une personne. De même, l'*hospitalité* fait référence d'une part à la libéralité que l'on exerce en logeant gratuitement un inconnu et, d'autre part, au fait *d'accueillir* chez soi, généreusement, aimablement.

### 1.1.2 A l'origine, l'hébergement comme fonction essentielle de l'hôpital

Les premières institutions hospitalières qui voient le jour au Moyen-Age, à l'origine très modestes, ont pour mission principale l'hébergement, l'accueil, ainsi que la protection des populations contre les maladies contagieuses. Si les *hospices* se spécialisent dans l'accueil des pauvres et des pèlerins et les *Hôtels-Dieu*<sup>1</sup> reçoivent les malades les enfants et les

---

<sup>1</sup> Hôtel Dieu de Lyon fondé en 549, Hôtel Dieu de Paris fondé en 651



femmes enceintes, leur finalité commune est la recherche d'un résultat spirituel en soignant l'âme et le corps des personnes hébergées.

Le malade qui arrivait à la porte de l'Hôtel-Dieu y était ainsi reçu comme le « maître des lieux », avant d'être alité et de recevoir la rituelle communion. L'hôpital lui fournissait robe de chambre et chaussures fourrées, pour son « réchauffement » et cet accueil chaleureux tenait souvent lieu de médecine.

Jusqu'au XVIIIème siècle, les missions d'accueil et d'hébergement sont peu modifiées. En revanche, l'évolution du contexte économique et politique favorise une intervention de type laïque : ainsi, le « droit des pauvres », taxe communale, initie la participation municipale à la gestion municipale. Cependant, la localisation anarchique des lieux d'accueil, conséquence de l'origine géographique des dons et legs, ne permet pas une répartition des établissements en fonction de besoins réels de la population.

Le XIXème siècle voit l'émergence du principe du droit à l'assistance, venant remplacer la charité assurée et gérée par l'Eglise, garantie au plan national et marquée du sceau de la laïcité<sup>2</sup>. L'activité des établissements hospitaliers évolue peu et leurs missions continuent de se caractériser par la gratuité et par une mission d'accueil au bénéfice des personnes indigentes.

### **1.1.3 La prépondérance ultérieure de la mission sanitaire**

Deux facteurs contribuent à justifier l'orientation des établissements vers la voie sanitaire aux dépens de la pratique sociale des pauvres et des indigents :

- l'évolution des sciences techniques et médicales, qui a développé de façon spectaculaire la qualité et la spécialisation des soins ;
- le développement des systèmes de protection sociale et de prise en charge des soins, étendus et garantis progressivement à l'ensemble de la population.

Ainsi, ce n'est que tardivement, à la fin du XIXème siècle, que l'hôpital public s'est ouvert à d'autres catégories de malades, bénéficiaires des lois sociales : accidentés du travail, salariés assurés sociaux (dispositions législatives du 8 avril 1898 relatives à la prise en charge des soins prodigués aux malades victimes d'accidents du travail).

C'est plus tard encore que s'est généralisé l'accueil des malades payants, avec la loi du 21 décembre 1941, qui consacre l'ouverture de l'institution hospitalière à toutes les classes de

---

<sup>2</sup> Les appellations « Assistance Publique » et « Hospices Civils » traduisent cette évolution au cours du XIXème siècle.

la société et l'abandon de la notion d'hôpital réservé à l'hébergement et aux soins des pauvres.

Au milieu du XXème siècle, du fait de la révolution thérapeutique et de l'émergence d'une médecine « efficace » qui en découle<sup>3</sup>, les hôpitaux publics et privés ne sont plus les pensions médicalisées qui accueillait jusqu'alors, pour une grande partie d'entre eux, les personnes indigentes et pour les autres, les malades solvables.

Ainsi, les différentes missions de l'hôpital, comme les pratiques de ceux qui le gèrent, l'utilisent ou y travaillent, ont considérablement évolué depuis l'après-guerre. Dans son *Essai sur l'hôpital*<sup>4</sup>, Jean-Marie Clément explique comment on est passé d'un objectif hôtelier à un objectif de production de soins, d'une production artisanale à une production industrielle, d'une gestion centralisée à un management décentralisé, sous le contrôle de l'Etat. La préoccupation des pouvoirs publics se fixe alors prioritairement sur l'organisation des établissements publics exclusivement orientés vers les soins et exerçant dans un contexte de concurrence :

- ordonnance du 31 décembre 1958 qui consacre les liens existant entre pratique de l'art médical et enseignement par la création des Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.) ;
- loi du 31 décembre 1970, atténuée par la loi du 30 juin 1975, qui exclut un rôle social à l'hôpital en rendant éventuel l'hébergement et fait de cette institution le pivot du système de santé ;
- évolution des protocoles de soins permettant des hospitalisations de semaine, de jour et à domicile.

Toutefois, malgré le développement de la mission sanitaire des établissements de santé et de nouveaux modes de dispensation des soins, l'accueil du patient demeure aujourd'hui une préoccupation majeure pour l'hôpital.

## **1.2 LA FONCTION D'ACCUEIL, AUJOURD'HUI REAFFIRMÉE**

Sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs, la place de l'accueil à l'hôpital est aujourd'hui clairement réaffirmée.

---

<sup>3</sup> Jean Bernard « C'est de l'homme dont il s'agit » Odile Jacob, 1988

<sup>4</sup> Jean-Marie Clément « Essai sur l'hôpital » Berger-Levrault, 1994

## 1.2.1 L'effet de dispositions légales et réglementaires

### 1.2.1.1 Les droits du patient en matière d'accueil

Plusieurs dispositions du droit hospitalier s'imposent à tous les établissements de santé pour l'accueil des patients :

- l'article L. 711-4 du code de la santé publique stipule que les établissements de service public hospitalier « doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement » ;
- lors de l'admission, les malades sont tenus de recevoir de l'établissement de santé un livret d'accueil. La « Charte du patient hospitalisé »<sup>5</sup>, qui énonce de façon solennelle les droits fondamentaux des malades est annexée à ce livret ;
- des décrets du 9 mai 1995 et 30 mai 1997 ont réorganisé les activités d'accueil et de traitement des malades en urgence ; il renforce notamment la politique d'accueil dans les services d'urgence par des dispositions spécifiques<sup>6</sup> destinées à améliorer l'information du malade et de la famille –notamment : présence d'un personnel d'accueil et d'orientation, d'assistants sociaux,... -.
- le règlement intérieur de l'établissement est tenu à la disposition des malades<sup>7</sup>, qui a pour but de faire connaître à la fois le «statut » du malade au sein de l'hôpital et les règles de fonctionnement courant de l'établissement.

### 1.2.1.2 Une obligation d'évaluation qui concerne la fonction d'accueil à l'hôpital

Depuis la loi du 31 juillet 1991 « portant réforme hospitalière », tous les établissements de santé sont tenus de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de leurs modalités d'organisation des soins, afin de permettre une garantie de la qualité et de la prise en charge des malades.

L'objectif de qualité de l'accueil est en particulier recherchée.

Ainsi, le « manuel d'accréditation » national, publié par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 1999, comprend des référentiels qui permettent, à travers la procédure d'accréditation à laquelle ils sont soumis, une évaluation des établissements de

---

<sup>5</sup> cf. circulaire ministérielle du 6 mai 1995.

<sup>6</sup> inspirées du rapport du Pr. Steg « L'urgence à l'hôpital » Rapport au conseil économique et social, 1989.

<sup>7</sup> cf. décret du 7 janvier 1974, qui contient l'essentiel des dispositions réglementaires concernant les conditions de séjour du malade au sein des établissements publics des santé.

santé en matière d'accueil. Dans la partie traitant du « patient et de sa prise en charge », on relève notamment :

<b>Référentiel</b>	<b>« Droits et information du patient » (DIP)</b>
<i>Référence 2</i>	<i>L'établissement assure à tous l'accès aux soins</i>
critère	En cas d'urgence, l'établissement accueille toutes les personnes sans distinction et quelles que soient leurs conditions de couverture sociale (DIP.2.a.)
<i>Référence 3</i>	<i>Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions du séjour</i>
critère	Le patient est informé des modalités de sa prise en charge administrative, des tarifs et du montant de sa participation financière éventuelle (DIP.3.c.)
<b>Référentiel</b>	<b>« Organisation de la prise en charge des patients » (OPC)</b>
<i>Référence 1</i>	<i>L'établissement définit une politique visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients</i>
<i>Référence 2</i>	<i>L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire</i>
critère	Selon leurs spécificités, les secteurs d'activité s'organisent pour prendre en compte dans leur organisation les attentes du public (OPC.2. b.)
<i>Référence 3</i>	<i>L'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage</i>
critère	Une permanence de l'accueil est assurée (OPC.3.a.)
critère	L'accueil administratif est approprié pour une prise en charge rapide et fiable du patient (OPC.3.b.)

### **1.2.2 L'accroissement des situations de précarité a rendu nécessaire la mise en place de dispositifs d'accueil appropriés**

La crise économique qui a sévi pendant plusieurs années en France a abouti à un accroissement des situations de précarité sous l'effet du chômage, de la pauvreté, de la perte du logement...De ce fait, une frange non négligeable de la population se trouve exclue de l'accès aux soins, le plus souvent à la suite d'une perte de l'ouverture de ses droits à la sécurité sociale, ou à l'aide médicale. A cela s'ajoute le problème spécifique des étrangers en situation irrégulière, dépourvus de toute protection sociale.

La loi du 29 juillet 1998 fait de l'accès à la prévention aux soins des personnes les plus démunies un objectif prioritaire de la politique de santé. Des missions particulières

concernant leur accueil à l'hôpital ont été assignées aux établissements de santé dans ce cadre :

- veiller à ce que les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement à l'issue de leur admission ou de leur hébergement (art. L. 711-4 du code de la santé publique) ;
- mettre en place en leur sein des « permanences d'accès aux soins de santé » (PASS), comprenant des permanences d'orthogénie, pour faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système de santé et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits (art. L. 711-7-1 du code de la santé publique).

### **1.2.3 La nécessité de valoriser l'institution à travers la qualité de l'accueil**

L'accueil réservé aux malades dans les hôpitaux a souvent été qualifié de médiocre, alors même que l'objectif d'humanisation y est affiché depuis plusieurs décennies ; le manque de considération et d'écoute à l'égard du malade a de la même façon été dénoncé.

Des enquêtes<sup>8</sup> réalisées auprès des patients dans les services d'urgence, de consultation, ou d'hospitalisation ont confirmé ce déficit en termes de qualité de l'accueil en milieu hospitalier et souligné :

- une attente excessivement prolongée, alors que trop souvent le public ne sait pas qui, quoi et pourquoi il attend;
- une organisation défectueuse, et en particulier un manque d'informations administratives et sociales ;
- une carence relationnelle, sous forme d'absence d'écoute ou d'indisponibilité du personnel.

Or, dans un contexte réglementaire nouveau lui offrant des droits, le patient qui arrive à l'hôpital souhaite un accueil conforme à ses attentes, notamment compte tenu de la situation de stress dans laquelle il se trouve à son arrivée. De fait, il supportera plus difficilement une mauvaise qualité d'accueil à l'hôpital que dans d'autres services publics et revendique aujourd'hui une meilleure prise en compte de cette attente par l'institution hospitalière.

La pression économique et le développement du consumérisme médical placent justement l'hôpital dans un contexte concurrentiel qui le conduit à privilégier désormais la qualité de ses prestations dans un cadre institutionnel rénové.

Ainsi, si la démarche qualité développée dans les hôpitaux répond effectivement à l'obligation de droit contenue dans l'ordonnance du 24 avril 1996, elle cherche également à fournir un argument « commercial » aux « patients/clients », dont l'avis sera d'ailleurs sollicité par l'institution (la diffusion d'un livret d'accueil est accompagné d'un questionnaire de sortie).

Les établissements ont compris l'importance du premier contact du patient –l'accueil- avec la structure hospitalière : celui-ci influera, de manière consciente ou inconsciente, sur les dispositions d'esprit de l'individu qui franchit les portes de l'établissement, et viendra confirmer ou infirmer tous les présupposés existants.

Critère de qualité sans doute survalorisé par l'usager par rapport aux prestations de soins, l'accueil à l'hôpital –reflet de la communication interne et externe de l'établissement- constitue dès lors un puissant instrument de marketing<sup>9</sup> qui participe à l'image de marque de l'établissement de santé.

#### **1.2.4 La prise en compte de l'accueil du public dans l'architecture hospitalière**

Dans l'établissement classique MCO, c'est à dire qui regroupe des unités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, la fonction accueil est traditionnellement présente dans le *hall général*.

Cet espace public de l'hôpital est lieu d'accueil essentiel, centre de gestion des flux<sup>10</sup>. Il a pour fonction principale de recevoir, d'orienter, d'informer le public dans un univers accueillant et sécurisant. La conception du hall doit favoriser la perception immédiate des accès aux différents services. Dans certains cas, mais pas systématiquement, il abrite les guichets d'admission et les caisses de règlement. La fonction d'accueil s'exprime également par la présence de services –antenne pharmacie, halte garderie, oratoire, etc.- Le traitement architectural du hall général a, de fait, un impact déterminant sur les patients. Outre la présence de banques d'accueil général, le hall doit pouvoir être le support de campagnes menées dans le cadre des politiques de santé : orienter le public vers une antenne spécifique d'information sur l'hospitalisation à domicile par exemple.

Par ailleurs, si le nombre des admissions a beaucoup augmenté en moins de trente ans, il faut aussi mentionner l'impact de l'importance croissante des consultations externes qui

---

<sup>8</sup> « L'hôpital vu par ses usagers », Gestions hospitalières n°342, janvier 1995.

<sup>9</sup> Z. Hantour, M. Thebaud, M.Voisin « L'accueil à l'hôpital public : instrument de marketing ou mission de service public ? » mémoire E.N.S.P., novembre 1990

<sup>10</sup> cf. Maurice Le Mandat « Prévoir l'espace hospitalier » Berger-Levrault, 1989

transforme l'image de l'hôpital et implique une attention renforcée à la conception des espaces d'accueil du public. Ainsi, depuis les années 1970, les regroupements de consultations, spécialités diverses, se sont multipliés au sein des hôpitaux.

Enfin, l'évolution du mode d'organisation classique des sections fonctionnelles de l'hôpital a généré l'apparition de pôles, véritables fédérations de services, qui modifient substantiellement le fonctionnement et entraînent des changements profonds dans l'organisation de ses espaces. En particulier, chaque pôle rassemble les services d'hébergement de plusieurs disciplines autour d'un plateau technique et d'une zone d'accueil communs.

### **1.2.5 L'impact du développement des nouvelles technologies sur les relations avec l'utilisateur**

Comme tous les services publics, le service public hospitalier doit s'adapter constamment aux besoins et aux circonstances en procédant aux réorganisations ou aux mutations qui s'imposent pour satisfaire en permanence les demandes des usagers et l'intérêt général, en vertu du principe de mutabilité<sup>11</sup>.

A cet égard, un certain nombre d'évolutions technologiques modifient aujourd'hui les relations entre l'utilisateur et l'administration hospitalière<sup>12</sup> :

- l'informatisation du dossier de soins et du dossier patient ;
- le développement des outils de bureautique (agenda informatisé des médecins pour la gestion des rendez-vous, téléphonie,...) et des systèmes experts;
- la modernisation des systèmes d'information budgétaire et comptable ;
- les moyens de paiement électronique ;
- l'informatisation des données sociales du patient (carte VITALE) ;
- le développement des services publics électroniques (sites d'informations hospitaliers ou de santé sur Internet).

L'ensemble de ces technologies doivent ainsi permettre de renouveler le mode de fonctionnement de l'accueil du public à l'hôpital, à plusieurs titres :

---

<sup>11</sup> Quatre principes fondamentaux régissent le fonctionnement des services publics : continuité, égalité, neutralité, mutabilité, connus sous le nom de « lois de Rolland ».

<sup>12</sup> Georges Chatillon «Administration électronique et services publics », L'Actualité juridique, juillet-août 2001.

- avant son admission, le patient aura été en mesure de s'informer sur la nature de sa pathologie, les conditions de son séjour, l'environnement de l'hôpital (sites Internet), et son accueil « physique » à l'hôpital s'en trouvera facilité ;
- lors de son admission, pendant son séjour, ou au moment de la sortie du patient, le *back office* de l'administration de l'hôpital (services financiers, admissions, consultations externes) pourra engendrer de réels gains de qualité et de productivité qui pourraient être mis au service d'un accueil du public, *le front office*, qui doit plus que jamais rester au centre des priorités.

### **1.3 L'ACCUEIL ADMINISTRATIF A L'HOPITAL: UNE PLACE SPECIFIQUE AU SEIN DE LA FONCTION ACCUEIL**

#### **1.3.1 L'accueil administratif : contenu et acteurs**

##### 1.3.1.1 Une fonction multiforme

A l'hôpital, la fonction d'« accueil administratif » est présente dans l'activité de plusieurs services :

- *le service des admissions* : dans une conception traditionnelle, centralisée, il assure toutes les missions d'accueil et de prise en charge administrative de base relatives aux patients, à travers des tâches réalisées aux « guichets » (le « front office » du service) :
  - ouverture des droits du patient avec constitution du dossier administratif du patient (identité, sécurité sociale, mutuelle, personnes à prévenir, préadmissions, sortie, demande de transport,...)
  - encaissement (ticket modérateur lié à la prestation médicale, repas accompagnants, téléphone personnel, ...)
  - état civil : enregistrement des naissances et décès, réception des familles.

Ces missions relèvent clairement de l'« accueil administratif », c'est à dire qu'elles sont réalisées dans le cadre d'une relation directe avec le patient, alors que d'autres tâches administratives sont assurées par le « back office » du service des admissions : suivi des effectifs dans les unités de soins, facturation, contentieux, production de statistiques.

- *le service des urgences* : depuis la réorganisation prévue par les décrets de 1995 et 1997 (cf. supra §1.2.1.1), une antenne administrative est présente dans les services



d'accueil des urgences (SAU) pour réaliser des missions d'accueil, identiques à celles assurées aux guichets du service des admissions.

- *le service des consultations externes* : depuis longtemps, ce service a un rôle de « vitrine » de l'hôpital : ouverture sur l'extérieur, entrée des patients. Les consultations externes, constituées pour l'essentiel de la médecine spécialisée, permettent aux malades d'avoir accès au plateau médico-technique de l'hôpital, d'éviter des hospitalisations inutiles et d'être suivis par la même équipe médicale avant et après l'hospitalisation. Ces consultations ne relèvent plus aujourd'hui de dispositions légales ou réglementaires spécifiques<sup>13</sup> et constituent une partie de l'activité de soins organisée et dispensée « sans hébergement ».

S'agissant de leur organisation, une circulaire du 13 décembre 1982 enjoint aux établissements d'hospitalisation publics de mettre en place une « organisation qualitativement satisfaisante » de ces consultations. Précisément, les tâches relevant de l'accueil administratif du patient aux consultations externes sont : la réception et l'orientation, l'ouverture des droits, l'encaissement (qui concerne désormais tant l'activité publique que privée des médecins<sup>14</sup>). Dans ce service, une autre fonction d'accueil du patient, moins administrative, est réalisée par les secrétariats médicaux (les renseignements et rendez-vous téléphoniques).

- *stand d'accueil général*, situé dans le hall général, ayant pour mission essentielle d'orienter les visiteurs et les patients et de suivre le mouvement des effectifs dans les unités de soins .
- *services sociaux* : quoique administrativement distincts du bureau des entrées, ils travaillent en relation avec le service des admissions : de plus en plus sollicités, ils ont notamment une mission d'information sur les démarches administratives à effectuer auprès des patients qu'ils rencontrent.
- *des nouveaux services administratifs*. ils traduisent le développement des tâches confiées au personnel administratif destinées à assurer au patient un accueil de qualité pendant son séjour dans l'établissement. Dans certains établissements, des

---

<sup>13</sup> L'existence des consultations externes avait été consacrée par la loi du 21 décembre 1941 et l'ordonnance du 11 décembre 1958 ; l'ensemble de ces dispositions sont aujourd'hui abrogées.

<sup>14</sup> 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.

« assistantes de séjour » ont ainsi une mission d'accompagnement du patient pendant son séjour en apportant aux patients une attention particulière (livret d'accueil, ainsi que les informations qu'il désire, notamment sur le plan administratif.

### 1.3.1.2 Une fonction dont l'organisation évolue avec l'hôpital

Selon une organisation classique à l'hôpital, les services administratifs de l'accueil général, des admissions, des consultations externes -qui assurent l'essentiel de l'accueil administratif-, sont souvent regroupés dans une même unité administrative et fonctionnelle (souvent sous une dénomination générique de « bureau des entrées »), géographiquement centralisée dans le hall général.

Aujourd'hui, cette organisation évolue, sous l'effet :

- *de la recherche d'une souplesse et de coordination à l'intérieur du fonctionnement médical*, qui génère l'apparition de « pôles »: les services organisés par niveau, regroupant autour d'un même groupe d'organes ou d'un type d'activité, hospitalisation, consultation, hôpital de jour, explorations légères, admissions. Dans une telle organisation, des accueils médico-administratifs visent à simplifier au sein de chaque pôle les démarches des consultants, visiteurs et patients hospitalisés ;

- *de l'évolution de l'informatique de gestion hospitalière* : de nouveaux systèmes de gestion permettent de modifier substantiellement –par des modules de saisie décentralisés- la fonction accueil, en confiant à d'autres services certaines tâches effectuées par le service des admissions; ils permettent également d'envisager une organisation très différente de la conception centralisée traditionnelle ;

- *de l'évolution du régime financier des établissements et des modes de prises en charge* : jusqu'en 1983, la tarification au « prix de journée » s'organisait autour d'un tarif journalier facturé selon la cas et pour tout ou partie aux caisses d'assurance-maladie, aux sociétés mutualistes, aux services d'aide sociale ou aux malades. Ce mode de tarification, qui a été abandonné depuis le décret du 11 août 1983 instituant le régime de la dotation globale<sup>15</sup>, a permis d'alléger les tâches liées à la facturation réalisées par le bureau des admissions.

---

<sup>15</sup> Elargi par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996.

En revanche, l'accueil administratif doit s'adapter aux activités nouvelles de l'établissement de santé en terme d'organisation et de tarification ( tarifs de prestations particuliers pour les différents modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation, les interventions du service mobile de secours et de soins d'urgence spécifiques).

Enfin, il doit s'adapter à l'accroissement des situations de précarité et prendre en charge les personnes les plus démunies bénéficiant de la Couverture Médicale Universelle (CMU) ou non (cas des étrangers en situation irrégulière, dépourvus de toute protection sociale).

#### 1.3.1.3 Les acteurs hospitaliers : des personnels à statuts différents

L'accueil administratif du patient est assuré par des personnels hospitaliers dont le statut diffère en fonction du service ou est réalisé l'accueil :

- personnels administratifs, corps des catégories C : adjoints administratifs et agents administratifs (service des admissions, service des consultations externes, guichet d'accueil) ;
- personnels administratifs, corps des catégories B : secrétaires médicaux (service des consultations externes) ;
- personnels des services de soins, corps des catégories B ou C : aides soignants ou agents des services hospitaliers ; il s'agit d'agents reclassés sur des postes administratifs que l'on trouve notamment sur des fonctions d'accueil général (poste d' « hôtesse d'accueil »).

Par ailleurs, comme il a été relevé supra (cf. § 1.3.1.1), d'autres personnels ont à fournir des renseignements administratifs dans le cadre de leurs fonctions: assistants sociaux, emplois jeunes,...

L'accueil administratif n'est donc pas une fonction réalisée exclusivement par un corps d'emploi ou un groupe de personnels statutairement désignés au sein de la fonction publique hospitalière; cette particularité peut en réalité constituer un atout dans le cadre d'une réorganisation des services au sein desquels il est assuré.

### 1.3.2 L'accueil administratif, maillon essentiel d'une « chaîne relationnelle »

#### 1.3.2.1 La notion de chaîne relationnelle

La chaîne relationnelle est un concept récemment développé<sup>16</sup> et utilisé notamment dans l'élaboration de la charte de l'accueil de l'hôpital de Bourges<sup>17</sup>. Elle représente la succession des moments et des lieux propices à la communication entre les différents personnels « de contact » de l'hôpital et le patient.

On considère de façon générale que le patient s'attend à être informé tout au long du déroulement des services et doit être encadré afin que son stress diminue et que son confort s'accroisse, d'autant que la nature du service de soin exacerbe ce stress et cette angoisse. En outre, l'institution hospitalière est caractérisée par des espaces extrêmement diversifiés, lieux de travail administratif, lieux de soins, lieux de vie utilisés par les usagers, et ce constat impose que le client soit satisfait sur de multiples aspects : service de soin, propreté des chambres, qualité des repas, gentillesse du personnel, contenu des informations attendues... Par conséquent, à chaque étape du processus, le personnel de « contact », qu'il soit administratif ou médical, devra informer, rassurer, reconforter le patient.

#### 1.3.2.2 La place de l'accueil dans la chaîne relationnelle

L'accueil des patients constitue de fait un moment privilégié de communication dans les services hospitaliers, car il est le premier élément de son « parcours relationnel » avec le personnel de contact.

L'attachement porté aux relations lors de l'accueil à l'entrée de l'hôpital est important pour le patient car c'est à ce moment qu'il se construira ses premières impressions.

Comme l'indique C. Leboeuf<sup>18</sup>, « l'accueil est le premier contact pour la personne qui arrive à l'hôpital (...). Il revêt une importance considérable pour le malade, car il est en quelque sorte annonciateur de ce qui va suivre ». Selon l'auteur, l'accueil ne se justifie pas seulement par rapport à lui-même, c'est à dire comme un élément spécifique du service, mais comme une étape transitoire vers une autre étape. Il doit être conçu généralement comme devant faciliter

---

<sup>16</sup> Outil présenté par Dominique Phanuel, dans « La chaîne relationnelle : un outil de gestion de la communication hospitalière et clinique » Revue Direction et Gestion n°1159-1160, mai-août 1996

<sup>17</sup> D. Phanuel « Utilisation de la chaîne relationnelle : la charte de l'accueil du centre hospitalier de Bourges » Gestion hospitalières, mars 2000

<sup>18</sup> C. Leboeuf : « Stratégie de communication d'établissements hospitaliers » Décision hospitalière, 1991

la suite du séjour, réduire l'anxiété, informer, guider le patient. Une communication défailante à l'entrée du patient dans l'hôpital perturbe ainsi l'ensemble de la chaîne relationnelle.

### 1.3.2.3 L'accueil administratif, maillon spécifique de la chaîne relationnelle

Dans la chaîne relationnelle appliquée à l'accueil, il est possible de faire figurer les phases du parcours du patient et les différents acteurs concernés, et les buts assignés à l'information et à la communication.

Mais il est également envisageable de détailler la chaîne relationnelle en la scindant par catégories d'acteurs : chaîne relationnelle des services administratifs, de l'équipe soignante, des médecins, à l'intérieur desquelles on peut préciser les phases du parcours du patient, les acteurs concernés.

La structure de la chaîne relationnelle des services administratifs (acteurs, buts) peut être alors schématisée comme suit :

<b>Phases</b>	<b>Avant l'entrée du patient dans l'hôpital</b>	<b>Entrée</b>	<b>Période pré et post interventionnelle</b>	<b>Sortie</b>	<b>Après-sortie</b>
<b>Acteurs</b>					
-Point Accueil -Standard -Bureau des admissions -Secrétaires médicales -Service Social	Ecouter S'informer Comprendre Renseigner	Orienter Prévenir le Service	Accueillir Orienter Surveiller	Recommander Indiquer Enregistrer	Accueillir

La nécessité de rendre l'accueil administratif cohérent et en continuité avec les différentes phases du parcours du patient pose précisément le problème du choix organisationnel le plus efficace dans lequel l'hôpital doit s'engager.

### 1.3.3 Vers un accueil administratif décentralisé

#### 1.3.3.1 Principe de fonctionnement

Pour un service de gestion administrative des usagers, centrer son activité autour du patient, c'est répondre rapidement à ses attentes et faire en sorte que son dossier soit complet le plus vite possible. Indirectement, c'est aussi décharger les professionnels des services de soins qui sont parfois contraints d'effectuer des tâches administratives qui les empêchent de consacrer tout leur temps aux personnes hospitalisées.

Dans ce cadre, et dans une logique de processus qui s'intéresse davantage au parcours du « patient-client » qu'à une logique de service interne, il apparaît que les fonctions administratives doivent plutôt être « *décentralisées* » vers les services de soins. En effet, la charge globale des tâches administratives peut être individualisée sans difficulté majeure au niveau des unités de soins lorsque l'ensemble des fonctions administratives sont informatisées.

L'établissement doit alors passer d'une organisation traditionnelle, où ses principales fonctions sont sectorisées, avec un accueil administratif centralisé (situé généralement dans le hall central) vers une organisation innovante, intégrant dans un même pôle différentes fonctions (médicales, administratives).

Aujourd'hui, cette réflexion stratégique se traduit par des réalisations concrètes en matière de réorganisation de l'accueil administratif dans beaucoup d'établissements et ce, quelle que soit leur taille.

#### 1.3.3.2 L'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) : hôpital technologique et dimension humaine de l'accueil administratif:

Avec la construction de l'HEGP, l'Assistance Publique de Paris a exprimé sa volonté d'être partie prenante dans la médecine hospitalière du XXI<sup>ème</sup> siècle, notamment à travers sa conception architecturale et ses équipements.

Au-delà de la technologie, il est intéressant de constater que les orientations du projet médical et du projet d'établissement cherchaient à construire l'organisation autour du malade en fonction de ses attentes et ses besoins.

Les services sont organisés par niveau, rassemblant d'une part les pathologies autour d'un même groupe d'organes et d'autre part, l'ensemble des activités qui s'y rattachent : hospitalisation, consultation, hôpital de jour, explorations légères, admissions et PC médicaux.

Précisément, la qualité de l'accueil administratif y est mise en avant à travers une organisation particulière:

- un accueil administratif décentralisé à chaque étage devant faciliter les démarches administratives des patients ; il constitue un élément d'une structure de gestion décentralisée au niveau de chaque pôle d'activités médicales, associant compétences médicales, soignantes, gestionnaires, techniques et hôtelières ;
- un gestionnaire de rendez-vous informatisé partagé dans tout l'hôpital ;
- un espace « Information-Ecoute » pour les renseignements et les réclamations ;
- un centre « La réponse » destiné aux malades âgés et leur famille.

### 1.3.3.3 L'expérience du centre hospitalier de Lannion

Depuis 1997, des antennes administratives fonctionnent au centre hospitalier de Lannion (Côtes d'Armor)<sup>19</sup> dans les services de cardiologie, de soins intensifs cardiologie et de médecine interne. Leur mission est de prendre en charge l'accueil administratif du patient dans sa globalité (accueil, mouvements, sortie,...), mais aussi d'être l'interface du service avec les autres secteurs administratifs de l'établissement. L'agent d'accueil effectue ainsi, chaque mois, la saisie dans un logiciel traditionnellement utilisé par la seule Direction des Ressources humaines des éléments variables de paye pour l'ensemble des agents qui travaillent dans les unités soins de l'étage

Après une année de fonctionnement, une évaluation a été effectuée auprès de tous les acteurs concernés (usagers, cadres soignants, praticiens hospitaliers, secrétaires médicales, ambulanciers) ; elle a fait ressortir l'intérêt de la démarche<sup>20</sup> :

- une approche plus personnalisée de l'arrivée de la personne malade ;
- une plus grande rapidité dans le traitement des dossiers ;
- un même interlocuteur pour le patient sur tous les aspects administratifs de son hospitalisation, induisant un meilleur respect du secret professionnel.

De fait, l'expérience a été étendue en 1998 au service des urgences, puis en 2000 dans le service de maternité ; dans cette unité, où les relations avec le patient revêtent une place toute particulière, l'agent chargé de l'accueil administratif assiste même aux conseils du service.

---

<sup>19</sup> Le centre hospitalier Pierre-le-Damany de Lannion est un établissement de 624 lits installés, dont 249 en MCO (situation au 31 décembre 2000).

<sup>20</sup> Cette démarche a été récompensée en 1998 par le prix Hélioscope de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

L'objectif de l'établissement est de décentraliser à terme les missions des services administratifs au sein des unités de soins, en créant une antenne par étage, mais aussi de développer son rôle d'interface avec les autres services administratifs (aide au suivi budgétaire, commandes avec l'économat,...) que permettent aujourd'hui la mise en réseau des applications informatiques spécifiques<sup>21</sup>.

\*

L'organisation de l'établissement de santé doit permettre une prise en charge des patients dans des conditions optimales de qualité, conformes aux missions inscrites dans son projet d'établissement ; à ce titre, la politique d'accueil du patient et de son entourage participe de la qualité de leur prise en charge.

Par ailleurs, en terme de stratégie managériale, cette qualité d'accueil est encore recherchée car elle contribue à valoriser l'image de l'établissement.

Enfin, l'accueil administratif –fonction essentielle dans la mission d'accueil à l'hôpital- paraît accompagner l'évolution actuelle du mode d'organisation classique des sections fonctionnelles de l'hôpital (accueil, hospitalisation, activité médico-technique, activité clinique, administration, logistique ), en prenant de nouvelles formes et en se réorganisant.

C'est en fonction de ces enjeux qu'il est donc intéressant de rapporter dans quelles conditions se met en œuvre le projet de décentralisation de l'accueil administratif au centre hospitalier de Blois.

\*

---

<sup>21</sup> Grâce à l'évolution des outils informatiques, une expérience de télétravail est également développée au bureau de la gestion administrative des patients, depuis 1998.



## **2 - LA DECLINAISON DU PROJET DE DECENTRALISATION DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF A L'HOPITAL DE BLOIS**

### **2.1 LE CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL ET HISTORIQUE**

Afin de mieux cerner le contexte dans lequel évolue la fonction d'accueil administratif au centre hospitalier de Blois, son environnement et son évolution seront successivement présentés.

#### **2.1.1 L'environnement du centre hospitalier de Blois**

Des éléments propres à l'environnement externe et interne au centre hospitalier de Blois influent inévitablement sur la fonction d'accueil administratif : la population accueillie, les structures sanitaires du département et l'hôpital dans lequel est assurée cette mission. Ces facteurs agissent ainsi sur le volume et la nature de l'accueil ou encore sur son mode d'organisation.

##### **2.1.1.1 Données socio-économiques**

Le Loir-et-Cher compte aujourd'hui 314 600 habitants. Sa densité est d'environ 50 habitants au Km<sup>2</sup> (contre 108 pour la France).

Département plutôt rural (l'agriculture occupe 7,4% de sa population active contre 4,5% en France), il présente trois pôles urbains : Blois (47243 habitants) au centre, Vendôme (17593 au nord ouest) et Romorantin (17692) au sud-est.

La population hospitalisée au centre hospitalier de Blois est originaire à 83 % de la circonscription de Blois, et pour 91% du seul département du Loir-et-Cher ; au total, moins de 3% des hospitalisés ne sont pas originaires de la région Centre<sup>22</sup>.

Les données statistiques disponibles<sup>23</sup> font apparaître une situation sociale un peu plus dégradée que dans le reste de la France. Le chômage des jeunes de moins de 25 ans touche en effet 23,8% des demandeurs d'emplois (contre 21,6% en moyenne en France) et le chômage de longue durée 39,9% d'entre eux (contre 37,8%).

---

<sup>22</sup> Chiffres tirés du rapport de gestion du centre hospitalier de Blois pour l'année 2000.

<sup>23</sup> Statistiques tirées de l'Atlas Social de la DRASS de la Région Centre pour l'année 2000.

L'indice de vieillissement du Loir-et-Cher (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est pour sa part relativement élevé par rapport à la moyenne française : 82,7% contre 59,5%. Et le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus représente 9,5% de sa population (ce taux est de 7,1% en France).

Le département du Loir-et-Cher se caractérise donc par un réel vieillissement de sa population, ce que traduit le nombre de séjours par tranche d'âge : les tranches 65-69 ans, 70-74 ans et 75-79 ans ont connu en 2000 les plus grands nombres de séjours de MCO dans l'établissement<sup>24</sup>.

#### 2.1.1.2 Les structures sanitaires et sociales du département

Elles concernent l'offre en soins ambulatoires, l'offre en soins hospitaliers et l'hébergement à caractère social :

- en ce qui concerne les *soins ambulatoires*, les données démographiques sont peu favorables au département : si la densité en médecins généralistes reste correcte (109 généralistes pour 100 000 habitants contre 114 en France), elle est en effet très faible pour les médecins spécialistes (55 contre 87) ;
- pour les services de *soins à domicile*, le taux d'équipement se situe par contre dans la moyenne française (14,44 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 14,72 en moyenne) ;
- du point de vue de *l'équipement hospitalier*, le Loir-et-Cher compte :
  - quatre centres hospitaliers : Blois (1376 lits), Romorantin (788 lits), Saint-Aignan (415 lits) et Vendôme (538 lits) ;
  - quatre hôpitaux locaux (Marchenoir, Montoire, Montrichard, Selles sur Cher) essentiellement tournés vers la gériatrie ;
  - 388 lits de MCO en secteur privé, répartis sur les cliniques de Blois, Romorantin et Vendôme ;soit un total de plus de 1100 lits de MCO en Loir-et-Cher.

Globalement, secteurs privés et publics confondus, le taux d'équipement en lits est plus faible dans le Loir-et-Cher que dans le reste de la France, quelle que soit la discipline considérée.

---

<sup>24</sup> Rapport de gestion 2000 du CH Blois, op.cit.

- en ce qui concerne les *structures d'accueil pour personnes âgées*, les taux d'équipement (nombre de lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus) sont les suivants :
  - 139,56 (contre 146,38 en moyenne en France) pour les structures d'hébergement (lits de maison de retraite, logements foyers, hébergement temporaire) ;
  - 79,63 (contre 56,99) pour les lits médicalisés (lits en section de cure médicale en maison de retraite et logements foyers, lits de soins de longue durée).

### 2.1.1.3 Le centre hospitalier de Blois

La situation de Blois place son centre hospitalier à mi-chemin entre le CHRU de Tours (Indre-et-Loire) et le CHR d'Orléans, distants l'un de l'autre d'une centaine de kilomètres environ.

D'une capacité totale de 1379 lits, il est composé comme suit :

- *l'hôpital* : situé à la périphérie, au nord-ouest de Blois, il compte, répartis sur neuf étages : 276 lits de médecine, 128 lits de chirurgie, 42 lits de gynécologie-obstétrique, 30 lits de médecine physique et de réadaptation . C'est sur ce site que le projet d'accueil administratif décentralisé prend place : l'activité de la fonction « accueil » dépend bien évidemment de l'activité médicale qui y est enregistrée, soit, pour l'année 2000 :

<b>SERVICES</b>	<b>Nombres de lits</b>	<b>Entrées + Présents</b>
<i>Médecine</i>	189	12106
<i>Pédiatrie</i>	20	1457
<i>Prématurés</i>	12	305
<i>Pneumologie</i>	37	2028
<i>Cardiologie</i>	8	743
<i>Réanimation</i>	10	346
<b><i>Sous - total médecine</i></b>	<b>276</b>	<b>16985</b>
Chirurgie	101	4313
Oto-rhino-laryngologie	12	670
Ophthalmologie	13	949
Stomatologie	2	31
<b><i>Sous - total chirurgie</i></b>	<b>128</b>	<b>5963</b>
<b><i>Gynécologie – Obstétrique</i></b>	<b>42</b>	<b>3006</b>
<b>TOTAL MCO</b>	<b>446</b>	<b>25954</b>

Par ailleurs, l'activité du service des consultations externes sur ce site est de 124 881 passages au titre de l'année 2000.

- *le service psychothérapique* : avec 106 lits, il se trouve actuellement au sud de l'hôpital ;
- *la maison médicale* : sur le site de l'hôpital, son activité se partage entre le long séjour (100) et le moyen séjour (83) ;
- *quatre maisons de retraite dispersées dans et autour de Blois* : 140 lits de valides, 269 en section de cure, 195 de long séjour.

## 2.1.2 Genèse du projet de décentralisation de l'accueil administratif

### 2.1.2.1 Organisation originelle de l'accueil administratif

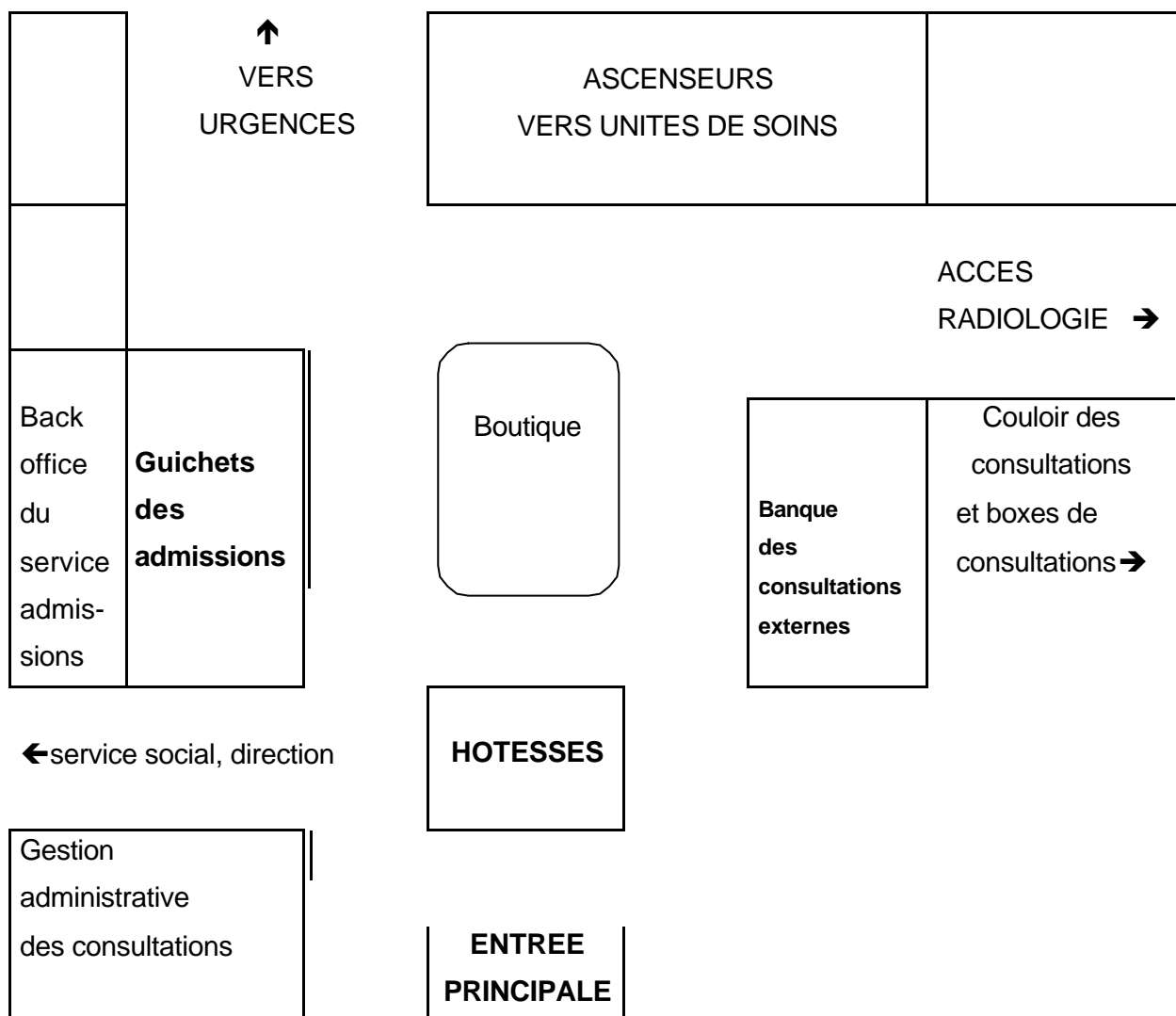
L'ensemble de la fonction d'accueil administratif avait pris place géographiquement dans l'espace du hall d'accueil du nouvel hôpital de Blois, dont **l'organisation centralisée** avait été décidée lors de sa construction en 1978.

Le patient qui entrait dans l'hôpital trouvait ainsi :

- au centre, une banque des hôtesse d'accueil, pour une orientation et des renseignements généraux ;
- à droite, un dégagement permettant d'accéder à la banque d'accueil des consultations externes, reliée par un escalier aux laboratoires situés en rez-de-chaussée et suivi du couloir réservé aux consultations ;
- sur la gauche, le bureau des admissions, composé de cinq points d'accueil organisés par des cloisons incomplètes de séparation vitrée où le patient pouvait s'asseoir pendant la constitution de son dossier administratif ;
- au fond du hall d'accueil, les ascenseurs destinés au public, le menant vers les unités de soins dans les étages.

Schématiquement, l'organisation géographique de l'accueil administratif, dans le hall, était donc celle-ci :

**SCHEMA 1 : Situation géographique originelle de la fonction d'accueil administratif dans le hall d'accueil**



L'organisation dans le hall central de la fonction « accueil » ne connaîtra par la suite pas de modifications profondes.

2.1.2.2 Des études initiales qui ne remettent pas en cause le fonctionnement du service de l'accueil administratif

Depuis la fin des années 1980, le centre hospitalier de Blois s'est préoccupé de la qualité de l'accueil au sein de son établissement, et en particulier dans le hall d'entrée du site principal de l'hôpital, sollicitant à ce titre de nombreuses études :

➤ *Etude sur les pratiques d'accueil:*

En 1990, la société I.R.I.E.S.<sup>25</sup> a mené un audit sur les comportements et pratiques d'accueil qui a permis la constitution de formations - actions et de groupes de travail s'intéressant notamment au livret d'accueil, à l'aménagement du hall et à l'accueil des consultants.

➤ *Etude sur l'image de l'hôpital et la qualité de l'accueil*

Une étude a été réalisée en 1992 par la société Confluence, gestionnaire de la boutique située à l'origine au centre du hall derrière les hôtesse, afin d'étudier l'image de l'hôpital auprès des usagers (patients hospitalisés, des consultants et des visiteurs ) et d'évaluer la qualité de l'accueil ; elle a montré un fort taux de satisfaction concernant le service d'accueil administratif.

➤ *Enquête sur les consultations externes*

Cette enquête interne, effectuée en 1992, a permis les constats suivants :

- l'organisation du guichet n'a que peu d'incidences sur le temps d'attente des patients, davantage imputable au déroulement des rendez-vous auprès des médecins ;
- une critique forte émise à propos de l'obligation de passage en fin d'examen, permettant la facturation et le règlement ;
- un respect de la confidentialité difficile à réaliser, aussi bien aux admissions qu'à la banque de consultations externes.

➤ *Etude d'accompagnement du projet médical*

En 1993, une étude a été réalisée par une société d'audit dans le cadre de l'élaboration du projet médical 1994-1998 ; elle a conclu notamment à une perception très favorable de l'accueil exprimée par les hospitalisés et consultants (accueil, signalétique, qualité des informations).

### 2.1.2.3 Le facteur déclenchant : le projet de réhabilitation du hall d'accueil

Paradoxalement, ces études n'ont pas remis en cause fondamentalement la qualité et l'organisation de l'accueil administratif ; elles ont davantage contribué à accélérer le réaménagement du hall central:

- déplacement sur le côté gauche du hall de la banque des hôtesse pour leur assurer un environnement plus favorable ;
- installation d'une cafétéria dans le patio attenant au hall d'accueil ;

---

<sup>25</sup> Rapport sur les comportements et pratiques d'accueil au Centre hospitalier de Blois. Institut de recherches d'information et d'éducation de la santé (IRIES),1990.

- déplacement de la boutique dans un espace situé immédiatement à droite des portes d'accès au hall ;
- réaménagement de l'espace central dégagé par le déplacement de la boutique.

Toutefois, une étude réalisée en 1994, portant sur la restructuration du hall d'accueil,<sup>26</sup> fournissait les premières propositions de réaménagement de l'organisation administrative.

Ainsi, compte tenu de l'orientation du nouveau schéma directeur informatique vers un fonctionnement en réseau et de la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion, NEMESIS, il était préconisé :

- d'une part, « une adaptation aux flux des patients par un rapprochement des points de formalités des lieux de soins », avec un déplacement des points d'accueil administratifs à la fois vers le secteur des consultations et dans certains étages ;
- d'autre part, « une polyvalence des agents du bureau des admissions et des consultations », nécessaire pour envisager une telle modification dans l'organisation de l'accueil administratif qui conduirait à un certain éclatement du bureau des admissions.

A l'issue de cette étude, la direction du centre hospitalier de Blois -qui continuait de faire de la réhabilitation du hall d'accueil un objectif affiché et devant être mis en œuvre dans un court terme- a souhaité mener une réflexion d'organisation préalable intégrant des scénarios de décentralisation de l'accueil administratif.

#### 2.1.2.4 L'étude d'organisation de la fonction admission

Cette étude préalable à une future réhabilitation du hall d'accueil fut engagée en 1996 par un cabinet d'audit<sup>27</sup>.

Elle avait pour objectifs :

- d'étudier la faisabilité d'une décentralisation de la fonction admission vers les unités de soins ;
- de définir le cas échéant les modalités de mise en œuvre de cette décentralisation plus ou moins importante, puisqu'elle pourra concerner la fonction admission des hospitalisés, comme des consultants externes.

---

<sup>26</sup> Marie-Claude Zigna « La restructuration du hall d'accueil du Centre Hospitalier de Blois », Mémoire d'élève directeur d'hôpital, 1994

<sup>27</sup> Bossard Consultants « Centre hospitalier de Blois : étude d'organisation de la fonction admission », 1996

L'étude indiquait que l'organisation cible du bureau des entrées devait être construite autour de trois principes fondamentaux :

- l'amélioration de la qualité des prestations fournies : qualité de l'accueil du patient, qualité et vitesse de la facturation, efficacité du précontentieux et contentieux, qualité des relations avec les unités de soins ;
- la limitation du coût de fonctionnement par une meilleure utilisation des ressources existantes ;
- la capacité du bureau des entrées à s'adapter, voire à anticiper les évolutions de l'organisation et des missions du centre hospitalier de Blois.

Pour répondre à l'objectif de décentralisation, plusieurs contraintes devaient être respectées :

- une première contrainte liée à l'architecture du bâtiment (répartition des services sur neuf étages, disposition des lieux de consultations externes);
- une contrainte imposée par l'institution : un projet à effectif constant et une charge de travail équilibrée.

Deux scénarios de réorganisation du bureau des entrées sont alors proposés :

- un premier scénario minimaliste : conserver une organisation centralisée du bureau des entrées en tenant compte des apports du nouveau système informatique. En terme d'organisation, cela se traduisait par le regroupement de deux secteurs « consultations et hospitalisés » et la création d'un secteur « facturation - contentieux » renforcé.
- Un second scénario plus ambitieux : mettre en place une organisation conforme aux évolutions prévisibles de l'organisation hospitalière, à savoir la création de départements ou de structures autonomes de soins regroupant l'ensemble des services susceptibles de fournir des prestations au patient, et des hospitalisations de courte durée. Pour répondre à ces évolutions, l'accueil serait complètement intégré au sein de ces structures, avec, toutefois, des fonctions techniques ne nécessitant pas de contact direct avec le client restant centralisées.

Cette étude d'organisation fut assurément à l'origine de la décision ultérieure prise par l'établissement de lancer le projet de décentralisation de l'accueil administratif, d'autant que des expériences parallèles allaient en montrer toute la pertinence.



### 2.1.2.5 Expériences pilotes et accueil décentralisé des urgences

#### ➤ L'accueil à la maternité

Depuis 1995, l'accueil de la maternité est réalisé, à moyens constants, par les soignants de ce service. L'accueil des consultations effectué directement à la maternité permet ainsi d'éviter pour les patients l'attente à la banque des consultations externes, dans le hall d'accueil de l'hôpital. L'absence d'agent administratif véritablement dédié à l'accueil dans le service a permis cependant de mesurer les difficultés :

- la sage femme et les secrétaires médicales sont surchargées compte tenu du nombre d'informations à communiquer aux différentes structures du centre hospitalier ;
- les dossiers d'admission sont rarement complets puisqu'il n'existe pas de procédure quant au recueil de ces informations ;
- les dossiers d'admission sont rarement complets ;
- s'agissant de consultations, les patients doivent quand même passer à leur sortie du service de maternité aux guichets des consultations externes du rez-de-chaussée.

#### ➤ L'accueil en service de médecine 2

En même temps qu'à la maternité, une expérience pilote a été conduite dans un service de médecine; l'accueil du patient y est également assuré par les soignants, et permet une gestion de la programmation des lits. L'expérience laissait toutefois apparaître de réelles difficultés d'apprentissage : consommation de temps, modification des habitudes de travail, nécessité de transférer les acquis à toutes les équipes, sentiment de frustration, supports papiers conservés.

#### ➤ L'accueil décentralisé aux urgences

L'unité d'Accueil et d'Urgence (UAU), au sein du Service d'accueil et de traitement des urgences (SAU), a fait l'objet d'une restructuration complète en terme d'accueil administratif afin de répondre notamment à la volonté des pouvoirs publics d'améliorer le fonctionnement du système de prise en charge des urgences en France<sup>28</sup>.

Cet accueil a été conçu autour de la création d'une antenne décentralisée du service des admissions qui recueille, toute la semaine et le week-end, des informations administratives auprès des patients nécessaires à la facturation des prestations à l'hôpital. L'agent administratif effectue à ce niveau une première orientation du patient qui se rend aux urgences par ses propres moyens :

---

<sup>28</sup> décrets du 9 mai 1995 et 30 mai 1997 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, op.cit.

- soit vers le service de pédiatrie s'il le patient relève de l'urgence pédiatrique,
- soit vers les services d'ORL, de l'ophtalmologie ou de la gynécologie si ces services peuvent l'accueillir immédiatement,
- soit enfin dans le secteur de traitement des urgences.

En dehors des heures de présence de l'agent administratif (aucun accueil administratif n'est effectué la nuit), le patient est accueilli par le personnel soignant. Enfin, lorsque le patient ne vient pas par ses propres moyens (amené par les ambulanciers, les sapeurs pompiers, le service mobile d'urgence et de réanimation –SMUR-), l'antenne administrative est bien évidemment court-circuitée et il est alors accueilli directement au sein du secteur de traitement des urgences par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO).

A la suite de cette réorganisation, en 1998, une réflexion complémentaire sur la structuration du service des urgences en « filières d'accueil », définies en fonction des types de demandes que le service doit traiter, a été engagée<sup>29</sup>; elle faisait suite notamment aux difficultés rencontrées par le patient sur le circuit des urgences et officialisées dans le projet médical.

### **2.1.3 Le lancement du projet**

#### **2.1.3.1 Les avantages avérés du projet de décentralisation**

Les expériences d'accueil en médecine et à la maternité réalisées depuis 1995 ainsi que le fonctionnement effectif d'une antenne administrative d'accueil à l'UAU rendaient pertinente l'idée d'une décentralisation de l'accueil administratif dans les étages du site principal de l'hôpital, au sein des unités de soins.

Leur observation montrait d'emblée plusieurs intérêt à opter vers cette solution, plutôt que de conserver une organisation centralisée du bureau des entrées :

- plus grande qualité de l'accueil assurée au patient, en termes d'écoute, de confidentialité ;
- harmonisation des cultures entre les agents du bureau des entrées et le personnel soignant et administratif des unités de soins, qui devront se familiariser avec des pratiques de travail mutuelles ;
- mise en cohérence de l'organisation pour assurer la continuité du service d'accueil administratif ;

---

<sup>29</sup> S. Péan « L'organisation de filières de prise en charge au S.A.U. du C.H. de BLOIS » Mémoire de l'ENSP., 1999

- dans une logique de gestion prévisionnelle des ressources humaines, une telle évolution de l'organisation paraît très décloisonnante : elle doit rendre possible le rapprochement et l'amélioration de la coordination administration / unités de soins, ainsi que la revalorisation des fonctions d'accueil qui pourrait aller jusqu'à des évolutions possibles des agents du bureau des entrées vers les fonctions de secrétariat médical, et inversement.

#### 2.1.3.2 L'inscription de la décentralisation de l'accueil administratif dans le projet d'établissement

Le projet médical contenu dans le projet d'établissement 1999-2003 - adopté par le Conseil d'Administration du Centre hospitalier de Blois le 30 juin 1998 - a formulé une orientation forte concernant la qualité du séjour hospitalier, afin de réduire un certain nombre de points critiques relevés à ce titre.

Ainsi, il a été clairement établi<sup>30</sup> que « l'accueil des patients est réalisé dans des locaux impersonnels (hall des admissions, consultations) où la confidentialité des échanges n'est pas toujours assurée » ; le constat est que « les locaux réservés à l'accueil administratif dans le hall d'accueil ne sont plus adaptés ». L'objectif institutionnel est alors de « réaliser un accueil administratif personnalisé et adapté, en déplaçant les agents administratifs de l'accueil et des consultations vers les services cliniques ».

Dans cette orientation du projet médical, le projet du service de pneumologie inscrivait précisément l'amélioration de l'accueil administratif du patient dans ses objectifs de réalisation à très court terme, avec le redéploiement d'un agent administratif à temps plein, l'aménagement de locaux spécifiques, des moyens informatiques et un fléchage adapté.

Dès lors, la décentralisation de l'accueil administratif dans les unités de soins n'apparaît plus comme un projet connexe à la restructuration du hall d'accueil, mais bien comme un projet majeur, visant à réaliser une orientation stratégique du projet médical relative à la qualité du parcours et du séjour hospitalier du patient.

#### 2.1.3.3 Le démarrage du projet

---

<sup>30</sup> cf. Projet d'établissement « Projet de prise en charge du patient » 1999-2003, Centre hospitalier de Blois

➤ *Installation de la première antenne décentralisée*

En septembre 1999, une première antenne d'accueil administratif est ouverte au 4<sup>ème</sup> étage de l'hôpital, au sein du service de pneumologie et des spécialités chirurgicales, conformément au projet de ce service, inscrit dans le projet d'établissement.

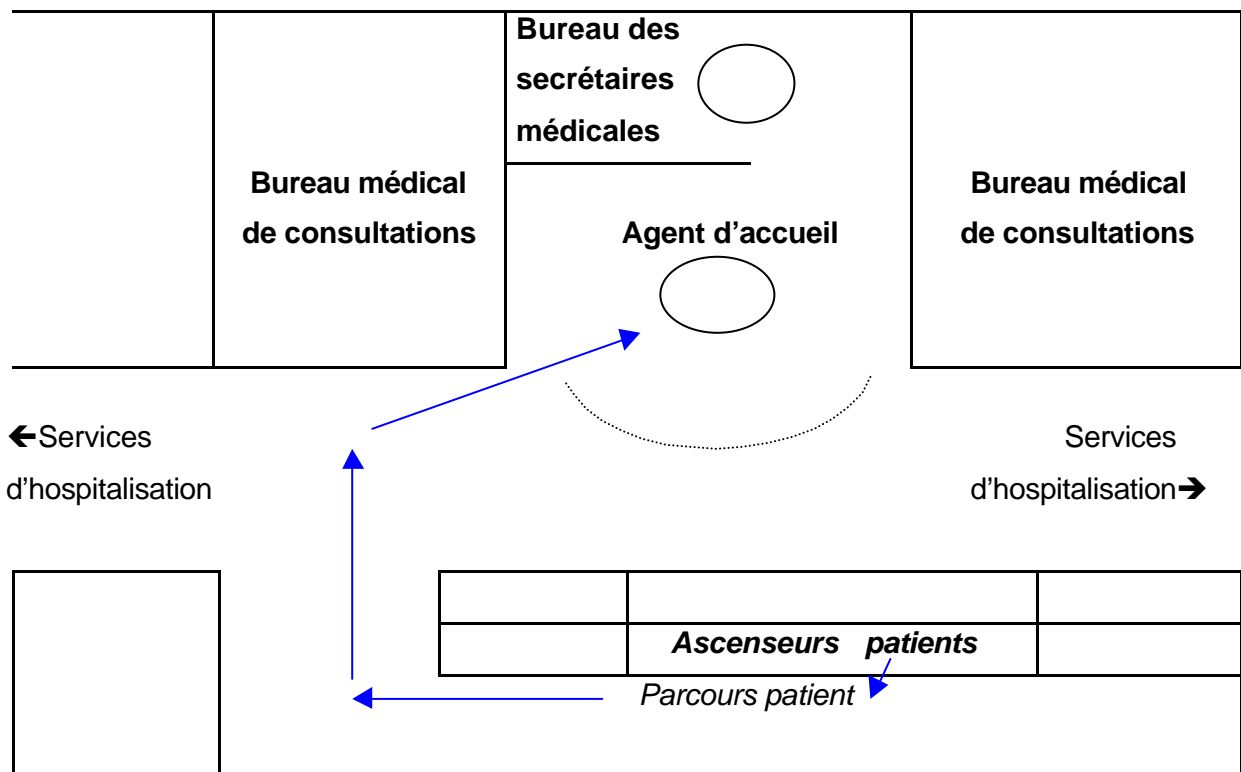
L'intérêt de fixer la première antenne à cet étage réside dans le fait que l'accueil administratif concerne non seulement les patients hospitalisés mais aussi les patients qui viennent en consultations de pneumologie organisées à ce niveau.

L'agent administratif, précédemment en fonction au service des consultations externes, a été volontaire pour occuper ce poste.

Par ailleurs, l'organisation physique de l'espace dédié à cette fonction a été réalisée avec la volonté de concilier les aspects d'accueil, de clarté, d'intimité : auparavant le patient venant des admissions ou du guichet des consultations externes débouchait à l'étage sur les seuls panneaux d'orientation vers les services, jouxtant les portes –souvent fermées - des secrétariats médicaux.

Aujourd'hui, il se trouve immédiatement face à l'agent administratif, prêt à l'accueillir dans un espace convivial ; l'architecture de cette première antenne décentralisée de l'accueil administratif a été conçue pour être précisément reproduite dans les autres étages en cas d'extension du projet de décentralisation.

**SCHEMA 2 : Disposition de l'antenne administrative dans les unités de soins**



L'agent administratif se trouve dans une position avancée dans le couloir de l'étage, séparé par une cloison totalement transparente, en demi-lune, qui favorise l'accueil et supprime tout caractère impersonnel ; une demi-cloison transparente sépare de la même façon les secrétaires médicales de l'agent administratif d'accueil, qui peuvent très facilement dans cette configuration travailler en complémentarité.

Plusieurs évaluations et bilans d'étape relatifs à cette expérience de décentralisation ont eu lieu : novembre 1999, février et juin 2000.

Elles ont montré une satisfaction générale émanant :

- *des patients* qui mettent en avant la convivialité de cette solution, le fait qu'il n'y ait pas d'attente, un circuit plus court, surtout apprécié par les personnes âgées ou par les visiteurs accompagnant des enfants.
- *des personnels* :
  - pour les services de soins, qui sont déchargés de la gestion téléphonique de premier niveau, et pour lesquels la simplification des échanges avec le bureau des admissions est patente ;
  - pour les secrétaires médicales, grâce au filtre réalisé au niveau de l'accueil primaire par l'agent administratif d'accueil ;
  - pour l'agent administratif « expérimentateur », qui apprécie la diversité des tâches et les responsabilités nouvelles qui lui sont confiées.

Des points restent cependant à améliorer, concernant principalement les absences de l'agent administratif à l'étage, qui imposent alors au patient de suivre le circuit administratif antérieur –avec passage préalable au guichet des admissions- et de produire à chaque fois une communication adaptée tant auprès des patients qu'auprès des services.

#### ➤ *Poursuite de la décentralisation*

A l'issue de ces bilans d'étape, il est décidé de poursuivre l'expérience de décentralisation sur deux nouveaux sites :

- au 5<sup>ème</sup> étage (chirurgie orthopédique et traumatologique, oncologie : hospitalisation et consultations) ;
- au 8<sup>ème</sup> étage (pédiatrie, néonatalogie, électroencéphalogramme, Doppler, endoscopie, consultations de gastro-entérologie).

Ces deux sites ont la particularité, comme pour la première antenne administrative installée au 4<sup>ème</sup> étage, d'accueillir des patients hospitalisés et des consultants.

L'ouverture de ces points d'accueil administratif a été réalisée en mars 2001, et les postes ont été pourvus, sur la base du volontariat, par des agents travaillant à temps plein.

C'est à ce stade, en s'appuyant sur les arguments en faveur de cette opération relevés dans les expériences en cours, que la direction de l'établissement a fait état auprès de l'ensemble des agents<sup>31</sup> de la généralisation des points d'accueil administratifs, sur chaque étage du site, pour l'année 2002. Ce faisant, elle anticipait sur les résultats de l'étude de faisabilité d'un tel projet.

## **2.1.4 Etude préalable à la poursuite du projet**

### 2.1.4.1 La nécessité d'une étude de faisabilité

Conscient que les aspects tant organisationnels (mesure de la charge de travail, effectif, adaptation de l'outil informatique, architecture,...) qu'humains (acceptation du changement, modification des tâches,...) devaient être précisément décrits, la direction de l'établissement a souhaité qu'une étude de faisabilité soit engagée dès avril 2001, et confiée à l'élève directeur en stage au centre hospitalier de Blois.

Cette étude doit constituer le préalable indispensable à la mise en œuvre d'une organisation innovante : une décentralisation complète de l'accueil administratif dans les unités de soins ; elle indiquera notamment quelle pourrait être la nouvelle configuration du service des admissions pour parvenir à l'objectif fixé de décentralisation complète.

### 2.1.4.2 Les contraintes posées

L'institution a fixé d'emblée un certain nombre de conditions pour la réalisation de l'extension de l'accueil décentralisé, découlant soit de l'observation des premières expériences en cours dans les étages ou des études d'organisation antérieures, soit de contraintes externes qui sont posées à l'institution elle-même :

- l'opération d'extension doit être réalisée à effectif constant ;
- elle doit intégrer les dispositions relatives à l'aménagement et la réduction du temps de travail qui sera mis en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2002 ;
- des tâches resteront assurées de façon centralisées : encadrement, accueil (hôtesses), état – civil, contentieux et facturation ;
- le service d'accueil des urgences continuera de fonctionner de façon décentralisée ;
- en dehors des fonctions centralisées, les autres postes seront susceptibles d'évoluer, notamment concernant les consultations externes ;

---

<sup>31</sup> cf. article « La décentralisation de l'accueil administratif », CHB info : bulletin d'informations du centre hospitalier de Blois, mars 2001

- en terme de calendrier, l'étude de faisabilité doit être présentée en septembre 2001, de telle sorte que, compte tenu des travaux qui seraient à réaliser, l'opération de généralisation des points d'accueil administratif soit achevée courant 2002.

#### 2.1.4.3 La méthodologie

Pour mener à bien cette étude de faisabilité, plusieurs sources d'information ont été mobilisées :

- *la littérature relative à l'accueil administratif* : articles de presse ou de revues spécialisées, mémoires de fin de formation, rapports officiels ou internes à l'hôpital, réglementation, et ouvrages divers ;
- *l'observation* du fonctionnement du service des admissions sur le terrain même : circuit du patient, organisation physique de l'accueil, mesure de la charge de travail, volume d'activité réalisé,... ;
- *l'évaluation et les appréciations* qui ont été faites concernant les expériences en cours ou à venir;
- *des entretiens avec différents interlocuteurs* : les agents du service des admissions du centre hospitalier de Blois, des responsables d'autres établissements de santé ayant mis en œuvre des solutions innovantes en matière d'accueil administratif ; des visites ont eu lieu à ce titre au centre hospitalier de Lannion et au centre hospitalier universitaire de Tours.

Pour élaborer de façon rationnelle une solution d'organisation, un travail en plusieurs phases a été réalisé :

- explicitation du problème posé (objectif, contraintes, état des lieux) ;
- recherche des solutions avec définition des critères de choix ;
- choix d'une solution.

## **2.2 LA SITUATION ACTUELLE DE L'ACCUEIL ADMINISTRATIF AU SEIN DU SERVICE « GESTION-ACCUEIL-PATIENT »**

L'accueil administratif peut être appréhendé de deux manières : d'un point de vue quantitatif tout d'abord, à travers son activité (organisation physique, charges de travail), et d'un point de vue qualitatif ensuite en s'appuyant sur les évaluations et constats faits à ce jour.

Au préalable, il est important d'indiquer les éléments de terminologie et de calendrier retenus pour l'étude.

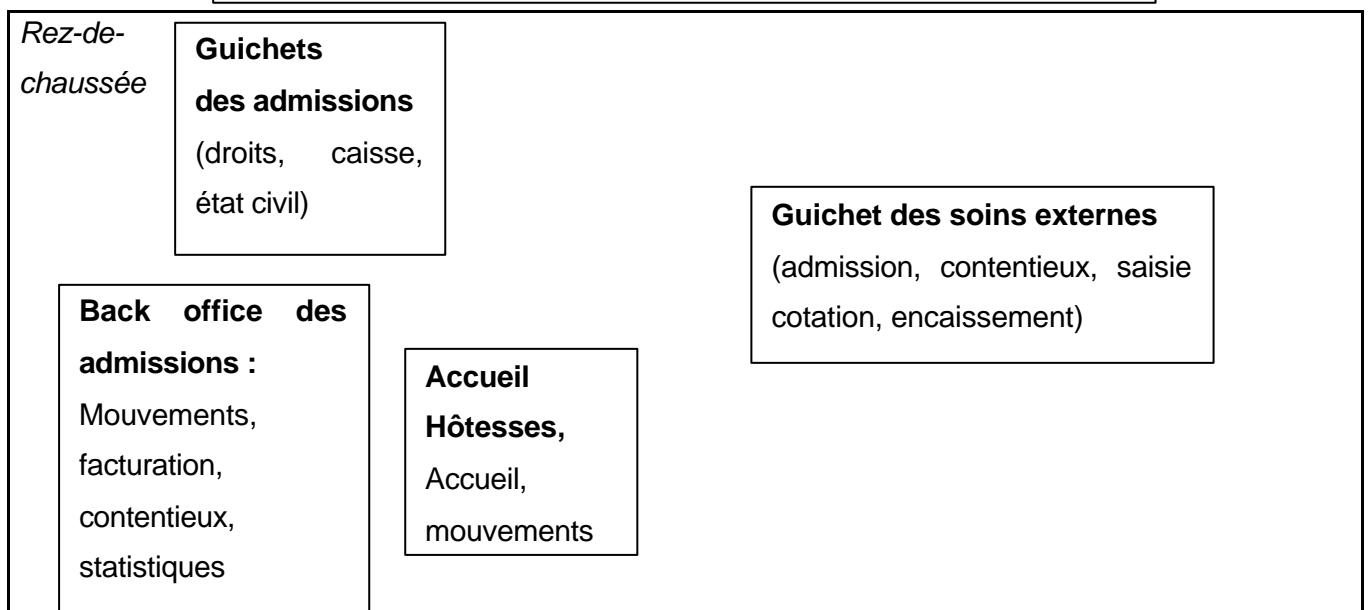
- D'une part, l'appellation du service correspond à celle de l'unité fonctionnelle, soit « accueil-gestion-patient », qui peut correspondre à une dénomination courante de « bureau des entrées »; ce service regroupe plusieurs pôles fonctionnels : admissions, soins externes, hôtesse, dont les tâches et missions seront précisément décrites ci-après (cf. §2.2.3).
- D'autre part, la situation du service est souvent décrite, par anticipation, à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2002, pour plusieurs raisons :
  - le 1<sup>er</sup> janvier 2002 correspond à l'application des dispositions du protocole sur l'ARTT, qui interféreront sur les solutions d'organisation proposées ;
  - à cette date, la situation en effectifs du service des admissions est déjà connue ;
  - l'organisation du service n'est pas susceptible de modifications entre la date de l'étude et le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

### 2.2.1 Les localisations physiques des agents du service

➤ Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, les positionnements géographiques des personnels du service sur le site de l'hôpital sont relativement éclatés, et notamment ceux de la fonction d'accueil ; ils peuvent être représentés schématiquement comme suit:

#### SCHEMA 3 : Répartition géographique des postes

8 <sup>ème</sup> étage	<b>Accueil</b> : chirurgie orthopédique et traumatologique, oncologie (cs)
5 <sup>ème</sup> étage	<b>Accueil</b> : pédiatrie, eeg, doppler, gastro-entérologie (cs)
4 <sup>ème</sup> étage	<b>Accueil</b> : pneumologie(+cs), spécialités chirurgicales
RDC	<b>Accueil</b> : service d'accueil et de traitement des urgences





➤ Pour bien comprendre l'enjeu d'une décentralisation complète, il convient de détailler les différentes activités réalisées à chaque niveau du site de l'hôpital où une antenne administrative est susceptible d'être installée.

Selon les étages, on trouve en effet une activité d'hospitalisation seule, ou hospitalisation et consultations comme c'est le cas dans les trois étages où la décentralisation est mise en œuvre (4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> étages décrits schématiquement ci-avant), soit :

- 1<sup>er</sup> étage : cardiologie + unité de soins intensifs en cardiologie : hospitalisation + cs ;
- 2<sup>ème</sup> étage : maternité, gynéco-obstétrique : hospitalisation + cs
- 3<sup>ème</sup> étage : chirurgie A et B3 : hospitalisation ;
- 4<sup>ème</sup> étage : pneumologie : hospitalisation + cs ; spécialités chirurgicales (ORL, stomatologie, ophtalmologie) : hospitalisation ;
- 5<sup>ème</sup> étage : chirurgie orthopédique et traumatologique : hospitalisation ; oncologie : hospitalisation + cs ;
- 6<sup>ème</sup> étage : médecine 2 : hospitalisation ; endocrinologie : cs ;
- 7<sup>ème</sup> étage : médecine 1 : hospitalisation ;
- 8<sup>ème</sup> étage : pédiatrie : hospitalisation + cs ; Eeg, doppler, endoscopie, gastro-entérologie : cs ;
- 9<sup>ème</sup> étage : médecine physique et de réadaptation : hospitalisation + cs .

De même, les secteurs de consultations du rez-de-chaussée doivent être intégrés dans la réflexion sur l'extension de la décentralisation de l'accueil administratif :

- laboratoire (situé au sous-sol, à proximité de l'actuelle banque d'accueil des agents des soins externes), radiologie, consultations d'ophtalmologie, d'ORL, de stomatologie, de chirurgie, d'anesthésie, de médecine.

## 2.2.2 Le constat d'un parcours tortueux pour le patient

Dans cette configuration, le parcours administratif du patient varie, selon le positionnement de l'agent d'accueil :

- *le consultant se dirige* :
  - soit vers le guichet des consultations externes si le lieu de la consultation est au rez-de-chaussée ou dans un étage ne comportant pas d'accueil administratif décentralisé ; puis il est orienté vers le secteur de la consultation où il est accueilli par une secrétaire médicale; il repassera le cas échéant par ce guichet pour effectuer un règlement auprès de la régie des soins externes ;
  - soit directement à l'étage où se trouve le lieu de consultation qui le concerne et qui possède un accueil administratif décentralisé (8<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> étage) ;

il repassera le cas échéant par le rez-de-chaussée pour effectuer un règlement auprès de la régie des soins externes ;

- *l'hospitalisé se dirige* :

- à son entrée dans l'établissement, comme à sa sortie, vers le guichet des admissions du rez-de-chaussée si le service de soins dans lequel il est hospitalisé ne possède pas d'antenne administrative,
- ou directement vers l'unité de soins qui possède une antenne d'accueil administratif (4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> étages), puis pour sa sortie, le cas échéant, au guichet des admissions.

A l'évidence, ce parcours n'est pas satisfaisant car, complexe, il impose une communication très ciblée et mouvante vis à vis du patient. Ceci est particulièrement vrai dans les étages lorsque, compte tenu des absences des agents administratifs (congrés annuels, congrés de maladie), le patient est « remis » dans le circuit classique et bénéficie alors d'un accueil « dégradé » par rapport à la situation qu'il aura pu connaître. Il est d'autant plus tortueux, que dans tous les cas de figure, compte tenu de l'absence de régies décentralisées, le patient devra revenir aux guichets (admissions ou soins externes) du rez-de-chaussée pour effectuer un règlement lié à son hospitalisation ou à sa consultation.

### **2.2.3 Effectifs, missions et tâches**

La collecte de ces données, essentielle pour l'étude de faisabilité du projet, a été réalisée avec l'encadrement du service « gestion-accueil-patient ».

Toutes les missions d'accueil et de prise en charge administrative de base, relatives aux patients sont assurées par ce service, en mode centralisé ou décentralisé (4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> étage, urgences) :

- accueil initial du patient aux guichets ou au point d'accueil administratif ;
- fourniture de renseignements aux patients, visiteurs et unités de soins ;
- gestion administrative du dossier patient, informatique et papier ;
- préfacturation et facturation pour certains consultants extérieurs ;
- recouvrement en régie ;

L'accueil a été adapté, dans une certaine mesure, aux attentes des patients :

- les horaires des agents permettent, tant aux admissions qu'aux soins externes, d'assurer une ouverture des guichets entre 12h00 et 14h00 ; toutefois, à l'antenne administrative

décentralisée dans les unités de soins, aucun accueil n'est assuré pendant le temps du déjeuner (40 minutes) ;

- la permanence de sécurité sociale évite aux patients de se déplacer jusqu'à leur centre ;
- de plus, dans certains cas, un seul passage à l'accueil est suffisant pour l'ensemble du séjour : patients bénéficiant d'une mutuelle conventionnée aux soins externes, patientes venant pour une IVG.

Précisément, les effectifs, missions et tâches du «service accueil-gestion-patient » sont retracés dans les tableaux suivants :

➤ **Encadrement**

Grade	Nombre	ETP	Missions / tâches
Chef de bureau	1	1	Encadrement du service
Adjoints des cadres	2	1,8	Contentieux des admissions, des soins externes, lancement de la facturation, récupération des actes d'anapathologie, facturation prison, liaisons avec la sécurité sociale, archivage des dossiers, traitement SMUR pour les soins externes.
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2,8</b>	

➤ **Admissions : 8h00-18h30 (rez-de-chaussée)**

Grade	Nombre	ETP	Missions / tâches
Adjoint administratif	3	3	<i>Ouverture des droits (guichet) : Identité, sécurité sociale, mutuelle, modalités de paiement, préadmissions, sortie</i>
Agent administratif	8	6,45	<i>Etat civil (guichet) : Enregistrement décès (semaine) et naissances (samedi) avec réception des familles</i> <i>Caisse (guichet) : Lié à la prestation médicale, repas, téléphone, dépôt valeurs</i> <i>Divers (en back office) : Edition des effectifs, ventilation courrier, frappe courrier, traitement SMUR pour les hospitalisations, mise sous enveloppes des titres, statistiques diverses, saisie sortie / entrées.</i> <i>Une permanence est assurée le samedi, selon un tableau prévisionnel.</i>
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>9,45</b>	

➤ Soins externes : 8h00-18h30

Grade	nb	ETP	Missions / tâches
Adjoint administratif	3	2	<i>Admission</i> : Réception, admission, sécurité sociale, mutuelle
Agent administratif	3	2,7	
Contractuelle	1	1	<i>Contentieux, Encaissement</i> , dont gestion en régie centrale de l'activité libérale des médecins <sup>32</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>5,7</b>	

De la même façon que pour le service des admissions, la polyvalence est assurée au sein du service des soins externes.

➤ accueil décentralisé dans les unités de soins: 8h30-18h30 (4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> étage)

Grade	nb	ETP	Missions / tâches
Adjoint administratif	1	1	Accueil des arrivants Constitution et saisie des dossiers administratifs Identité saisie dans le dossier médical
Agent administratif	2	2	Recueil au chevet des malades des renseignements sur les hospitalisés de la nuit et du week-end Enregistrement des frais d'accompagnant Récupération et saisie de la cotation des actes des soins externes effectués hors service (laboratoire, radiologie,...) Envoi des lettres de rappel et des avis de recouvrement (soins externes) Rendre facturable les dossiers d'hospitalisation et de soins externes du service Envoi des prises en charge aux mutuelles Filtre de premier niveau concernant les communications téléphoniques Décès : accompagnement des familles aux admissions Transports en ambulance : gestion des tours de garde et rôle. <i>Une permanence est assurée le samedi, au bureau des admissions du rez-de-chaussée, selon un tableau prévisionnel.</i>
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	

<sup>32</sup> Organisation mise en place depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001, avec des sous régies de recettes créées au niveau des secteurs des consultations et tenues par des secrétaires médicales, conformément au décret du 25 avril 2001, op. cit.

Une fiche de poste a été établie précisément à l'occasion de l'installation de la première antenne décentralisée de l'accueil administratif en 1999.

Parmi ces agents « décentralisés », tous volontaires, deux étaient précédemment en fonction au service des soins externes, tandis que le troisième occupait un poste aux admissions.

Lors de leurs congés, ces agents ne sont pas remplacés et les dossiers administratifs en cours ne sont pas suivis par les agents des admissions du rez-de-chaussée ; outre les inconvénients de cette situation par rapport au circuit du patient (cf. ci-après), le rattrapage de ce travail constitue une charge importante pour les agents à leur retour.

➤ **Accueil décentralisé au SAU : 8h00-18h30+ week-end**

Grade	Nombre	ETP	Missions / tâches
Agent administratif	2	1,8	Missions identiques que pour le service décentralisé dans les étages L'agent effectue en outre une orientation du patient adaptée à sa pathologie (cf. supra, § 2.1.2.5)
Adjoint administratif (avec, en renfort, la contractuelle du service des soins externes)	1	1	
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2,8</b>	

➤ **Hôtesse (hall d'accueil) : 8h00-18h30 + samedi**

Grade	Nombre	ETP	Missions / tâches
Agents issus des services de soins (reclassements)	3	3	<i>Accueil</i> Orientation des visiteurs et des patients <i>Mouvements</i> Mise à jour des effectifs, saisie des sorties
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	

Il convient de signaler qu'une polyvalence a été introduite pour l'ensemble des postes occupés par les agents ou adjoints administratifs au sein du service des admissions.

Au total, l'effectif du service s'élève à :

- effectif théorique : 26,50 agents ;
- 30 agents présents au 1<sup>er</sup> janvier 2001 ;
- soit 26,75 ETP.

## 2.2.4 L'activité du service « accueil-gestion-patient »

L'activité du service peut être évaluée d'une part globalement à travers celle des admissions et des consultations externes, et d'autre part par une mesure de la charge de travail sur des postes particuliers concernant l'accueil administratif .

### 2.2.4.1 Admissions

Globalement l'activité du service est retracée comme suit pour l'année 2000:

(montants en francs)

	1999	2000		Evolution (%)
<b>Nombre de personnes reçues (hospitalisés)</b>	23565	24409		+3,58%
<b>Encaissements de la Régie :</b>	Nb	Nb	montant	En nb
<i>espèces</i>	326	301	152782	-7,67
<i>chèques bancaires ou postaux</i>	764	540	200376	-29,3
<i>cartes de crédits</i>	58	53	46935	-8,6
<b>Nombre de titres de recettes</b>	20092	20751		+3,28

En particulier, l'activité d'encaissement -relativement faible- observée à la régie des admissions peut être précisément évaluée pour l'année 2000 :

- nombre d'encaissements annuels : 894 ;
- nombre d'encaissements par jour d'ouverture de la régie :2,9 ;
- volume d'encaissements annuel : 400.093 francs ;
- volume d'encaissements par jour d'ouverture de la régie : 1316 francs ;
- opération moyenne : 453 francs.

### 2.2.4.2 Consultations externes

Comme pour les admissions, l'activité des agents administratifs des consultations externes peut être retracée comme suit au titre de l'année 2000:

(montants en francs)

	1999	2000		Evolution (%)
<b>Nombre de personnes reçues</b>	94084	101156		+7,5
<b>Encaissements de la Régie :</b>	Nb	Nb	montant	En nb
<i>espèces</i>	4777	4013	283262	-15,9
<i>chèques bancaires ou postaux</i>	13554	12802	1369951	-5,5
<i>cartes de crédits</i>	573	636	77151	+11,0
<b>Nombre de titres de recettes</b>	41289	45148		+9,3

De la même façon, on retrouve une faiblesse de l'activité journalière d'encaissement :

- nombre d'encaissements annuels : 17451 ;
- nombre d'encaissements par jour d'ouverture de la régie : 69 ;
- volume d'encaissements annuel : 1.730.364 francs ;
- volume d'encaissements par jour d'ouverture de la régie : 6831 francs ;
- opération moyenne : 99 francs.

S'agissant des services de soins qui seront concernés par la décentralisation de l'accueil administratif, il est intéressant de faire figurer leur activité, tant en terme d'hospitalisations que de consultations :

(chiffres 2000)

Etage	Service	Nombre de lits	Nombre d'entrées directes	Nombre de consultations réalisées à l'étage (passages)
9	Médecine physique et rééducation	30	99	1085
8	<i>Pédiatrie, néonatalogie, eeg, doppler, cs gastro</i>	32	1730	6241
7	Médecine 1	65	2352	
6	Médecine 2, cs endocrinologie	65	3601	144
5	<i>Chirurgie orthopédique et traumatologique, oncologie</i>	56	3567	1257
4	<i>Pneumologie et spécialités chirurgicales</i>	64	3419	2232
3	Chirurgie générale et gynéco obstétrique	67	2738	
2	Maternité et gynéco obstétrique	46	3111	14263
1	Cardiologie et unité de soins intensifs de cardiologie	33	1604	2904

*En italique : accueil décentralisé réalisé*

En contrepartie, l'activité des agents des soins externes, à la banque d'accueil du rez-dechaussée se trouverait allégée de 35% par rapport au volume d'accueil réalisé aujourd'hui (72213 passages), en tenant compte du fait que le service de radiologie réalisera également un accueil décentralisé (7020 passages à la banque des soins externes à ce titre).

D'autres éléments chiffrés ont été pris en compte dans l'étude :

- données mensuelles d'évaluation de l'activité d'hospitalisation dans les étages : utilisation des tableaux d'activité des services ;
- mouvements dans chaque unité de soins, heure par heure pour chaque jour de l'année 2000, afin d'apprécier les pics d'activité quotidiens ou saisonniers (requête particulière permise par le logiciel de gestion administrative) ;
- nombre de consultations, par nature, enregistrées, mois par mois, pour apprécier leur caractère saisonnier ;
- observation et quantification , auprès des agents et sur leur poste de travail, de certaines charges spécifiques : ouverture des droits, opérations d'encaissements (soins externes et admissions), gestion de la file d'attente (soins externes) ;
- évolution du montant des créances irrécouvrables et des impayés, qui n'indique pas d'impact défavorable de la décentralisation de l'accueil administratif sur le comportement des usagers en matière de règlement.

## **2.2.5 Evaluation interne et externe du projet**

Le recueil des éléments qualitatifs a été effectué auprès des différents acteurs du projet, mais aussi à travers une appréciation externe rendue à l'occasion de la procédure d'accréditation de l'établissement.

### **2.2.5.1 L'évaluation interne : l'avis des acteurs**

Il a été recueilli à l'occasion d'entretiens individuels, ou de réunions de travail avec les agents du service.

#### **➤ les agents administratifs « expérimentateurs » :**

- les tâches sont plus variées, la responsabilité accrue, et la qualité des relations avec le patient très valorisante ;
- quelques imperfections au niveau de la saisie des cotations en temps réel sont relevées ;
- il existe un certain dysfonctionnement lié à la situation transitoire actuelle – décentralisation de l'accueil non achevée- avec le service des admissions du rez-de-chaussée, notamment pour la période de leurs congés ;
- le souhait d'utiliser des lecteurs de carte VITALE, qui généreraient des gains de productivité, est exprimé ;

#### **➤ la responsable des secrétaires médicales :**

- l'accueil décentralisé du patient dégage du temps pour les secrétaires médicales de l'étage ;



- la cohabitation secrétaires médicales - agents administratifs s'effectue dans d'excellentes conditions et doit être encore développée ;
- la charge de travail d'accueil assurée par les agents administratifs pourrait être déportée sur les secrétaires médicales dans les secteurs de consultations ;
- *les ambulanciers* : ils apprécient la gestion décentralisée des tours de garde et de rôle ;
- *les patients* : ils mettent en avant la convivialité, l'absence d'attente.

#### 2.2.5.2 L'évaluation externe : le jugement des experts visiteurs de l'ANAES

Le rapport des experts<sup>33</sup> faisant suite à la visite d'accréditation de l'établissement de santé de Blois, qui s'est déroulée du 11 au 15 juin 2001, apparaît très favorable au regard du projet de décentralisation de l'accueil administratif.

Ainsi, les constatations par référentiel indiquent :

##### ➤ *sur les droits et information du patient (DIP) :*

- information du patient sur les conditions de séjour : « l'information du patient sur la prise en charge administrative est facilitée par le bureau des entrées, à travers le développement des pré-admissions avec remise d'un imprimé (30% des entrées) et la décentralisation dans les étages. (...) L'identification des agents sans tenue est en cours d'amélioration (bureau des entrées, accueil décentralisé). » ;
- respect de la confidentialité des informations liées au patient : « l'établissement traduit sa politique dans le domaine de la confidentialité sous forme d'un plan d'action à échéance 2004 comportant plusieurs chapitres : les admissions, (...). Ce dispositif associé à la réalisation des travaux prévus dans certains secteurs (consultations, urgences,...) permettra d'améliorer la situation liée à des locaux inappropriés (accueil des consultations au rez-de-chaussée. »

##### ➤ *sur le dossier du patient (DPA) :*

- tenue du dossier : « un accueil administratif décentralisé dans les unités de soins est en train de se mettre en place, permettant entre autre un meilleur rapprochement des données administratives, cliniques et soignantes au niveau du dossier. »

##### ➤ *sur l'organisation de la prise en charge du patient (DPA) :*

- accueil du patient et des accompagnants : « le projet de délocaliser les services administratifs dans les services de soins est en cours et planifié. L'objectif est d'individualiser l'accueil des personnes soignées. Ce projet est très apprécié par le personnel et les malades. »

---

<sup>33</sup> « Rapport des experts du Centre hospitalier de Blois » ANAES, septembre 2001

Pour ces trois référentiels, les experts relèvent à chaque fois, parmi leurs constats, que la réalisation de l'accueil administratif décentralisé dans les services de soins est un point fort de l'établissement.

\*

Les données quantitatives et qualitatives permettent de cerner le plus complètement possible la situation actuelle de l'accueil administratif au centre hospitalier de Blois ; leur analyse permet d'élaborer un scénario fondé sur des critères de choix précis en matière d'organisation du service, dans le respect toutefois d'un certain nombre de contraintes fortes.

\*

## 3 - ANALYSE ET PRECONISATIONS

L'analyse des données de situation - internes ou externes à l'établissement - et les contraintes qui s'imposent au service vont permettre de donner un cadre à la solution organisationnelle qui sera finalement présentée.

### 3.1 CADRAGE DU SCENARIO

#### 3.1.1 Apports d'autres établissements

Préalablement à la définition des critères de choix d'une solution viable pour l'extension du projet d'accueil administratif décentralisé, l'apport d'expériences extérieures sur ce thème a été recherché.

##### ➤ *auprès du centre hospitalier de Lannion*

L'expérience innovante du centre hospitalier de Lannion a été décrite supra (cf. § 1.3.3). : à la maternité, en cardiologie, en médecine interne et diabétiologie, une antenne médico-administrative accueille les patients hospitalisés ; le service assure donc :

- l'accueil ;
- la facturation des séjours ;
- l'encaissement des consultations ;
- les mouvements ;
- les sorties ;
- les courriers divers nécessaires à la gestion des dossiers.

Des constats ont été retirés de cette expérience :

- un intérêt manifesté pour cette expérience par l'ensemble des acteurs concernés (usagers, cadres soignants, praticiens hospitaliers, secrétaires médicales ambulanciers) ;
- une diminution sensible du contentieux, lié à un meilleur suivi et une plus grande responsabilisation des agents d'accueil ;
- les dossiers sont traités avec une plus grande rapidité, dans une approche plus personnalisée de la personne malade ;
- un volume moyen de dossiers d'hospitalisation à traiter par chaque agent dans les antennes administratives évalué entre 2500 et 3000/an.

##### ➤ *auprès du CHU de Tours*

L'organisation du service des soins externes du site de Trousseau du CHU de Tours présente plusieurs particularités en terme d'organisation :

- un accès aux secteurs des consultations (1<sup>er</sup> étage) réalisé essentiellement par l'intermédiaire d'un fléchage approprié ; il n'y a en effet pas d'agent administratif spécifiquement affecté à l'accueil administratif du patient à l'entrée de la zone des consultations ;
- une véritable complémentarité entre agents administratifs et secrétaires médicales, qui effectuent, par rotation et dans une grande polyvalence, des tâches de nature « médicale » ou « administrative. Ce service comprend d'ailleurs davantage d'agents administratifs (9) que de secrétaires médicales (3).
- un seul poste de régisseur est dédié à l'ensemble du secteur des soins externes ; il est installé au rez-de-chaussée et offre des horaires d'ouverture relativement restreints (9h/16h45).

### **3.1.2 Contraintes particulières**

#### 3.1.2.1 L'ARTT

Le centre hospitalier de Blois a initié une démarche particulière concernant la mise en œuvre des dispositions de l'ARTT au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Chaque service a élaboré un diagnostic particulier concernant sa propre organisation, puis imaginé des modalités nouvelles de fonctionnement, pouvant reposer sur plusieurs hypothèses : journées de 8h, 7h48 ou 7h30 avec prise en compte des congés ARTT.

Le service d'« accueil-gestion-patients » a donc réfléchi à l'impact des 35 heures, préalablement au choix d'organisation concernant l'extension de l'accueil décentralisé .

De fait, les solutions présentées ont donc été considérées comme simplement transitoires ; à cette occasion, le personnel a exprimé que l'organisation du service, avec des heures d'amplitudes journalières sans doute trop larges au niveau de la structure centrale, n'était pas forcément adaptée au parcours du patient ; en revanche, les agents situés dans les unités de soins ont affirmé que la qualité d'accueil développé auprès du patient ne pourrait souffrir d'une réduction des horaires d'ouverture au public.

#### 3.1.2.2 La réorganisation du secteur des soins externes

Le redéploiement d'agents administratifs vers le secteur des soins externes n'était qu'un choix de scénario particulier dans le projet d'extension de l'accueil décentralisé.

Toutefois, cette hypothèse est devenue une contrainte, à la demande des responsables des équipes de soignants et de secrétaires médicales affectés au secteurs des consultations externes.

Les motifs avancés ont été :

- une charge de travail croissante pour les secrétariats médicaux, en terme d'appels téléphonés, de gestion des rendez-vous des médecins, de travaux de secrétariat ;
- la charge nouvelle attribuée aux secrétaires médicales pour la gestion de l'activité libérale des médecins.

Il a donc été demandé que la solution retenue intègre un redéploiement d'agents administratifs vers le secteurs de consultations, de telle sorte qu'ils puissent assurer, outre leur fonction d'accueil administratif « classique », un filtre au niveau du téléphone et une aide concernant de la gestion des rendez-vous.

### 3.1.3 Détermination des éléments de cadrage du scénario

#### 3.1.3.1 Etude de faisabilité globale

Elle est réalisée sur la base de 7h48 travaillés par jour, par agent.

➤ *L'orientation initiale écartée d'emblée : une décentralisation complète avec un agent sur neuf étages, même avec une réduction des effectifs au niveau de la structure centrale et des soins externes :*

Fonctions	Postes de travail	Jours de travail	E.T.P. (1)
Permanences S.A.U.	2, 7j sur 7	728	3,8
Consultations externes	3, 5j sur 7	780	4,1
Accueil (hôtesses)	2, 6j sur 7	624	3,3
Etat-civil	1, 6j sur 7	312	1,6
Contentieux	2, 5j sur 7	520	2,7
Encadrement	1	201	1
<b>TOTAL</b>		<b>3165 jours</b>	<b>16,5</b>

(1) Calcul basé sur 201 jours de travail (365-104we-32CA-19artt-9fériés) et sur un taux d'absentéisme de 5%<sup>34</sup>.

Ainsi, il resterait un potentiel de 10 agents pour assurer dans ces conditions les missions d'accueil dans les étages. Or, 8 niveaux (étages de 1 à 9) qui requerraient chacun un poste de travail, 5 jours sur 7, représentent 2080 jours de travail, soit 10,9 agents. Dans ces

<sup>34</sup> Donnée du service, cf. « Bilan social du centre hospitalier de Blois » pour les années 1999 et 2000.

conditions, le potentiel d'agents disponibles est évidemment insuffisant pour assurer ces missions d'accueil décentralisé.

➤ *Les conditions de faisabilité du projet :*

Elle découlent du constat précédent :

- un accueil décentralisé sur huit étages au maximum ;
- une structure des admissions centralisées et des soins externes totalement restructurée dans son fonctionnement et ses effectifs.

### 3.1.3.2 Formalisations des contraintes et des pistes de solutions

➤ *Amplitude horaire quotidienne : 7h48 ;*

➤ *Taux d'absentéisme :5% (id.1999 et 2000) ;*

➤ *Effectif disponible pour le scénario : identique à l'effectif actuel (26,5);*

➤ *Nombre d'agents et amplitude de l'accueil dans les étages : à déterminer en fonction de l'activité observée pour chaque étage ;*

➤ *Etage non pourvu d'accueil décentralisé :* le neuvième étage (médecine physique et rééducation) ne comportera pas d'accueil décentralisé, compte tenu d'une part, de la faiblesse de son activité d'hospitalisation et d'autre part, parce que les consultations liées à cette activité ont lieu non seulement à cet étage mais aussi au rez-de-chaussée. Le patient relevant de cette activité devra emprunter le même circuit qu'actuellement : prise en charge aux admissions ou au guichet des soins externes.

➤ *Autres points d'accueil décentralisés :*

- le fonctionnement de l'accueil au SAU doit rester inchangé ;
- l'accueil décentralisé au service de radiologie (rez-de-chaussée) est assuré par le personnel du service de radiologie dans le cadre d'un projet d'ensemble intégrant l'accueil des patients au titre de l'IRM, en service au 1<sup>er</sup> octobre 2001, et pour lequel des crédits spécifiques ont été alloués dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens. Le service « accueil – gestion – patients » n'y détachera donc pas d'agents, mais assurera la formation des agents à la gestion administrative du dossier du patient.

➤ *Accueil pour la réanimation (au rez-de-chaussée) :* il sera assuré par l'antenne décentralisée du SAU.

➤ *Modalités de fonctionnement dans les étages :*

- principe d'un fonctionnement sur la base d'un module de trois étages, avec quatre agents ; ces modalités assureront aux agents une reconnaissance sur leurs postes en y travaillant sur de longues périodes (le quatrième agent ne fera pas office de remplaçant occasionnel à l'occasion des congés annuels ou de maladie) ;

- pour aller dans le sens d'une reconnaissance des agents sur leurs postes, il leur sera demandé, dans toute la mesure du possible de cumuler plusieurs jours de congés ARTT en dehors des périodes traditionnelles de congés annuels ;
- les congés annuels d'hiver, et accessoirement ceux d'été, devront être pris sous des contraintes plus fortes qu'actuellement (module de 3 étages, avec 4 agents, et un étalement des congés d'hiver souvent réduit à 15 jours).

## **3.2 LA SOLUTION PRESENTEE**

Compte tenu des contraintes et des critères de choix décrits ci - avant, une solution opérationnelle d'extension de la décentralisation de l'accueil administratif sur le site de l'hôpital a été présentée au conseil de direction de l'hôpital de Blois le 1<sup>er</sup> octobre 2001.

Elle respecte la contrainte initiale en terme d'effectifs et est construite sur la base d'un temps de travail quotidien de 7h48mn.

### **3.2.1 Détermination des effectifs dans les étages**

Le nombre d'agents affectés dans les étages repose sur l'observation de l'activité réalisée (hospitalisations + consultations), modulé le cas échéant par la plus ou moins grande complexité du travail d'accueil administratif sollicité.

Les modules de deux ou trois étages ont été établis de façon à réunir trois personnes, qui seront donc suppléées par un quatrième agent assurant les remplacements pour les périodes de congés. Lorsque le quatrième agent n'a pas de remplacement à assurer, il est remis à la disposition de la structure centralisée.

La validation de la solution présentée a été effectuée avec le responsable du service « accueil – gestion –patients » par une simulation de planning annuel prévoyant :

- une présence toute l'année de l'agent d'accueil, conforme à l'organisation retenue (selon la quotité de travail déterminée);
- une affectation dans les étages avec des agents du service, en fonction de leur quotité de travail actuelle ;
- la prise de congés annuels – sur la base de congés effectivement pris en 2001 - et de jours ARTT par ces agents.

En italique : accueil décentralisé réalisé

Etage	Service	Nombre de lits	Volume de travail*	Besoin en ETP	Organisation
9	Médecine physique et rééducation	30	641	0	Le patient passe aux admissions ou soins externes au RDC

**Module 1 :**

8	<i>Pédiatrie, néonatalogie, eeg, doppler, cs gastro</i>	32	4850	1	<i>Organisation inchangée</i>
7	Médecine 1	65	2352	0,5	Tous les après midi
6	Médecine 2, cs endocrinologie	65	3601	0,8	Absence le mercredi

**Module 2 :**

5	<i>Chirurgie orthopédique et traumatologique, oncologie</i>	56	4192	1	<i>Organisation inchangée</i>
4	<i>Pneumologie et spécialités chirurgicales</i>	64	4535	1	<i>Organisation inchangée</i>
3	Chirurgie générale et gynéco obstétrique	67	2738	1	Dossiers plus complexes

**Module 3 :**

2	Maternité et gynéco obstétrique	46	5121	2	Travail d'accueil lourd : état civil naissances, IVG, consultations
1	Cardiologie et unité de soins intensifs de cardiologie	33	2904	0,5	Tous les après-midi en même temps que les consultations

<b>TOTAL</b>			<b>7,8</b>	
--------------	--	--	------------	--

\*Cumul des dossiers d'hospitalisation et consultation, avec par convention, une charge de travail d'un dossier de consultation = ½ d'un dossier d'hospitalisation

Pour assurer la présence 5 jours sur 7 de 7,8 agents à temps plein, il est nécessaire de mobiliser 10 agents.



### 3.2.2 Redéfinition de l'ensemble du service : missions, tâches et effectifs

	Nombre de postes	ETP nécessaires	MISSIONS / TACHES
<b>Antennes d'accueil décentralisées dans les étages</b>	7,8 5j/7	10	Cf. supra : missions identiques à celles réalisées dans les trois étages « expérimentateurs ». A terme : possibilité de récupérer les tâches de facturation, et mise sous enveloppe des titres assurées par le service « contentieux ».
<b>Contentieux</b>	1,8	1,8	Assurées par les adjoints des cadres. Contentieux des admissions, des soins externes ; lancement de la facturation ; récupération des actes d'anapathologie ; facturation prison ; liaisons sécurité sociale ; archivage des dossiers ; SMUR pour les soins externes
<b>Admissions</b> Accueil	1 5,5j/7	1,4	Préadmissions depuis la fermeture de l'accueil jusqu'à 18h ; ventilation du courrier ; dépôt de valeurs, traitement SMUR hospitalisés, mise sous enveloppe des titres ;
Etat-civil / accueil	1 5,5j/7	1,4	Décès et naissances (samedi) + id. accueil ; La présence le samedi après midi n'est plus jugée nécessaire.
<b>Soins externes / admissions</b>	1 5j/7	1,3	Un seul poste pour la régie des soins externes et des admissions compte tenu du nombre et du volume des encaissements.
<b>UAU</b>	2 5j/7	3,8	Mêmes missions qu'aujourd'hui et accueil réanimation en plus.
<b>Hôtesse d'accueil</b>	2 6j/7	3	L'amplitude de la journée est réduite d'une demi-heure matin et soir (présence inutile avant 8h et au-delà de 20heures).
<b>Chef de service</b>	1	1	

Dans cette organisation nouvelle, le total de l'effectif employé s'élève à 23,7 agents.

L'effectif théorique du service étant de 26,5 agents, il est possible de redéployer 2,5 agents (correspondant à 2 postes) vers le secteur des soins externes pour assurer une mission d'accueil administratif et des tâches en complémentarité avec les secrétaires médicales.

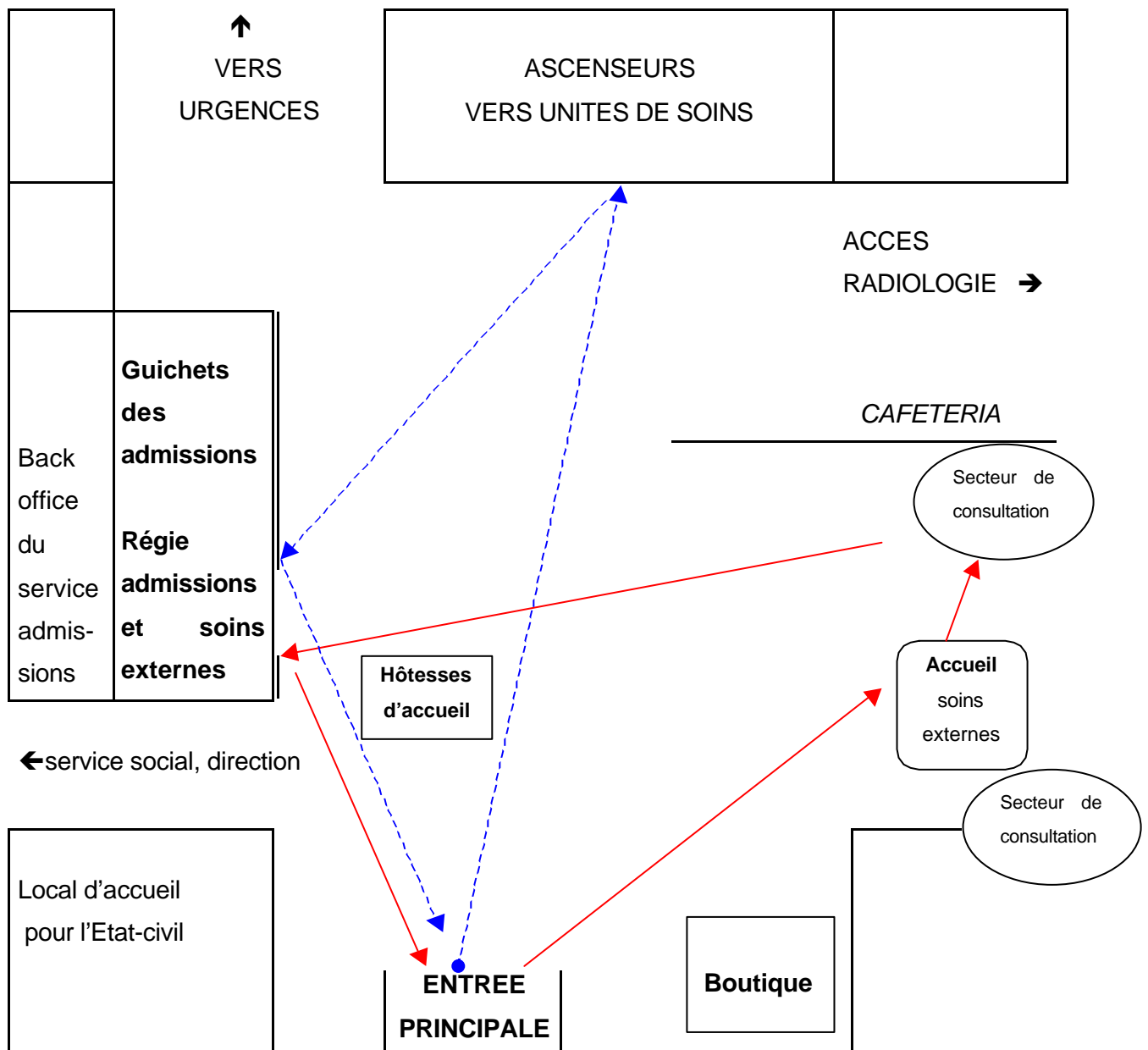
Il restera donc un effectif supplémentaire non utilisé de  $(26,5-23,7)-2,5=0,3$ .

Par ailleurs, dans le cadre de l'ARTT, il est envisagé que l'établissement attribue 3% de crédits supplémentaires en personnels (6% globalement pour l'établissement) aux services administratifs, techniques et médico-techniques, soit  $26,5 \times 0,03 = 0,8$  pour le service.

Dans ce cas, le service « accueil – gestion – patient » disposera d'un effectif complémentaire de 1,1 qui pourra être notamment utilisé en renfort au service des admissions.

### 3.2.3 Le nouveau circuit du patient

Par cette réorganisation de l'accueil administratif, le circuit du patient va s'en trouver modifié.



Le schéma ci-dessus représente les deux principaux circuits du patient, engendrés par la réorganisation du service:

- l'un concernant l'*hospitalisé* (pointillés), qui va directement dans les unités de soins où se trouve l'antenne d'accueil administratif ; à son retour, il passe le cas échéant à la régie des admissions ;
- l'un concernant le *consultant* (trait plein), qui se dirige vers les secteurs de consultation où il est accueilli ; à son retour, il passe le cas échéant à la régie des soins externes, qui est localisée au même endroit que la régie des admissions.

L'espace du hall d'entrée est donc sensiblement réaménagé, avec notamment:

- un positionnement des hôtesse, plus central, et sur un poste de travail aménagé de manière plus ergonomique ;
- un rapprochement de l'accueil administratif vers les secteurs de consultation et des secrétariats médicaux.

### 3.2.4 Coût et calendrier

#### ➤ Aménagement à réaliser dans cinq étages

Ils ont été estimés, avec la direction des services techniques et des travaux, sur la base des aménagements réalisés en 1999 et 2000 :

(exprimé en francs)

Nature des aménagements	Coût unitaire	nombre	Total	Observations
Gros travaux	200.000	5	1.000.000	200.000 F en moyenne par étage, mais les travaux à la maternité seront plus importants
Mobilier	15.000	6	90.000	5 étages mais deux agents d'accueil à la maternité
<b>TOTAL</b>			<b>1.090.000</b>	

Le financement pourra être assuré par les crédits spécifiques attribués dans le cadre du COM, soit 1.500.000 francs prévus pour les « travaux d'amélioration de l'accueil du patient aux consultations externes ».

#### ➤ Autres investissements à réaliser

Ils concerneront pour l'essentiel :

- l'aménagement du hall des soins externes (signalétique, nouveau points d'accueil administratifs), qui pourra être couvert par le reliquat des crédits du COM précités ;
- la restructuration des guichets des admissions (suppression de guichets) et de la régie des soins externes et des admissions (localisation en un seul point d'accueil) ;
- l'achat de lecteurs de cartes VITALE pour tous les points d'accueil administratifs centralisés et décentralisés.

➤ *Calendrier*

L'extension de la décentralisation de l'accueil administratif peut être mis en œuvre dès le début de l'année 2002, compte tenu notamment des crédits spécifiques qui ont été alloués pour cette année pour la restructuration du hall des soins externes.

Les opérations d'aménagement dans les étages et dans le service des soins externes et des admissions au rez-de-chaussée devront être réalisés au cours d'une même phase de travaux, afin de rendre cohérent l'ensemble du projet.

### **3.2.5 Les demandes d'aménagements par rapport à la solution présentée**

Le projet a été validé dans son ensemble par l'équipe de direction le 1<sup>er</sup> octobre 2001, qui a toutefois demandé de présenter quelques variantes :

- une organisation du service identique, mais sur la base d'un temps de travail quotidien à 7h30mn par jour au lieu de 7h48, compte tenu des incertitudes liées aux orientations qui seront prises par l'établissement en matière d'ARTT (cf. 3.3.2.5) ; cette question a suscité un long débat puisqu'elle remettait en cause non seulement une réflexion débouchant sur un projet a priori opérationnel, mais surtout une qualité d'accueil vis à vis du patient en réduisant le temps qui lui est consacré ;
- un réexamen des planning visant à s'assurer que chaque agent peut bien prendre trois semaines de congés ;
- une organisation où le seul poste dédié à la régie des soins externes et des admissions ait une amplitude d'ouverture plus large.

### 3.3 ECUEILS A ANTICIPER ET FACTEURS DE SUCCES

La mise en œuvre de la décentralisation de l'accueil administratif constitue une illustration intéressante quant aux conditions de réussite d'une démarche stratégique à l'hôpital ; elle met en avant des difficultés qui n'ont pas encore été toutes résolues pour ce projet.

#### 3.3.1 Des difficultés inhérentes à toute démarche stratégique

Dans ce projet, la formalisation de la démarche de réflexion et de prise de décision a posé, comme dans tout changement organisationnel important, deux problèmes de nature totalement différente.

##### 3.3.1.1 La résistance au changement

Cette résistance s'est exprimée au début du lancement du projet, à travers diverses attitudes :

- un faible volontariat de la part des agents (soins externes et admissions) pour expérimenter l'accueil décentralisé dans les unités de soins ;
- un comportement peu coopératif entre d'une part, les agents des soins externes du rez-de-chaussée et des admissions centralisées et, d'autre part, les agents d'accueil installés dans les unités de soins ;
- une motivation de l'encadrement pour le projet relativement faible.

La réponse apportée aux facteurs traditionnels de résistance au changement<sup>35</sup> (importance, rapidité, motivation) , bien que ne résultant pas ici d'une stratégie managériale délibérée, a finalement évité des comportements obstructifs :

- *l'importance du changement* a été peu à peu réduite vis à vis des agents du service, parce que la mise en place du projet s'est opérée en trois phases successives (1999, 2001, 2002) ;
- *il a été donné du temps au changement* : la décentralisation de l'accueil administratif sera finalement achevée 3 ans après son lancement ;
- *les motivations* ont été développées, par des actions de sensibilisation, d'explication (bilans d'étapes) et surtout parce que l'expérience lancée sur la base du volontariat a été annoncée comme expérimentale, alors même que la décision d'extension de la décentralisation était implicitement prise dès son lancement. De fait, la réticence initiale d'une partie des agents vis à vis du projet s'est estompée et a fait place à une réelle

---

<sup>35</sup> « Le management stratégique », La lettre du manager , n°340, novembre 1999

acceptation, avec un apport de propositions concrètes d'amélioration de fonctionnement du service.

### 3.3.1.2 Un antagonisme entre opérationnel et stratégique

Le projet a été confronté à la prééminence constante des problèmes quotidiens dans les préoccupations des responsables du service « gestion –accueil –patient » directement concernés : réflexion sur l'ARTT, gestion de l'activité libérale des médecins, ...qui auraient pu prendre le pas sur la réflexion stratégique.

Pour éviter que le futur ne tende à passer au second plan, des procédures particulières ont été mises en place pour que le temps nécessaire soit consacré à la réflexion stratégique :

- *une organisation spécifique* : un « pilote » (le DSIO) chargé d'animer et de coordonner la méthode a été nommé dès la réflexion initiale sur la décentralisation de l'accueil administratif ;
- *un calendrier d'action rigoureux* : le processus a bien été jalonné d'une série de réunions de travail et de bilans d'étapes. Les dates d'avancement du projet et ses grandes orientations ont fait l'objet d'une communication spécifique et ont été globalement respectées.

## 3.3.2 Des problèmes en suspens

### 3.3.2.1 La question du coordonateur du projet

Elle se pose compte tenu de l'incertitude quant à la date de départ en retraite du Chef de Bureau, responsable du service « gestion – accueil - patient », liée à sa possible intégration dans le nouveau corps des attachés d'administration hospitalière.

Il constitue en effet la « personne ressource » pouvant sans doute mieux assurer la charge de mise en œuvre et de suivi d'un tel projet qu'un agent nouvellement nommé, moins au fait des réalités et des enjeux pour l'établissement.

Le calendrier de démarrage des travaux (à avancer ou à retarder...) n'est donc pas définitivement fixé.

### 3.3.2.2 L'attribution de la Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI)

Le décret du 5 février 1997<sup>36</sup> prévoit l'attribution d'une nouvelle bonification indiciaire à certains personnels hospitaliers. Ainsi, les agents affectés à titre principal dans un service de « consultations externes » peuvent prétendre à recevoir la NBI ; or, aujourd'hui, les personnels du centre hospitalier de Blois affectés dans les unités de soins où se trouvent des services de consultations décentralisées ne sont éligibles à la NBI que s'ils sont issus du service des consultations externes.

L'interprétation de la circulaire d'application de ce décret représente une véritable source de conflits, puisque les agents effectuant les mêmes tâches d'accueil décentralisé peuvent être traités différemment du point de vue de la NBI.

### 3.3.2.3 Le statut, frein à la complémentarité entre agents administratifs et secrétaires médicales

Au centre hospitalier de Blois, les champs de compétences demeurent encore bien distincts entre secrétaires médicales – cadres B de la fonction publique hospitalière- et agents administratifs - cadres C -, et ne facilitent pas la réorganisation de l'accueil administratif du patient, fondé sur une certaine polyvalence des tâches.

Les secrétaires médicales agissent ainsi souvent en fonction de leur expérience professionnelle et des devoirs attachés à ce métier ; en particulier, la qualité de l'accueil est variable et l'orientation du patient est encore vécu comme un acte ne relevant pas de leur compétence<sup>37</sup>.

De même, l'encadrement du service « accueil – gestion - patient » n'a pas incité les agents assurant l'accueil décentralisé dans les étages à travailler en complémentarité avec les secrétaires médicales.

Toutefois, cette complémentarité –par ailleurs observée dans certains établissements comme le CHU de Tours- se développe peu à peu à Blois : les secrétaires médicales accomplissent des tâches de régisseurs pour la gestion de l'activité libérale des médecins, traditionnellement réservées aux agents administratifs tandis que ceux-ci auront vraisemblablement à assurer des tâches relevant des secrétariats médicaux (téléphone, gestion des rendez-vous médicaux) dans le cadre de la future organisation des soins externes.

---

<sup>36</sup> Dispositions précisées par la circulaire du 22 juillet 1997 relative à l'attribution d'une NBI à des fonctionnaires hospitaliers exerçant certains emplois.

<sup>37</sup> Cf. « Audit d'organisation des secrétariats médicaux du CH Blois » Bossard Gemini Consulting, 1998

#### 3.3.2.4 La gestion du temps partiel

Les volontaires pour l'accueil décentralisé dans les étages ont été retenus prioritairement parce qu'ils travaillaient à temps plein ; dans l'organisation modulaire (modules établis sur le principe de trois étages avec 4 agents), l'organisation des planning est effectivement plus aisée avec des agents à temps plein dans les étages.

Par ailleurs, des clivages au sein du service des admissions et des soins externes ont pu être relevés sur le point de la quotité de travail réalisée ; les agents à temps plein se plaignent ainsi d'avoir moins de souplesse et d'être contraints dans l'organisation de leur temps par les agents exerçant à temps partiel.

La gestion des différentes modalités de travail fragilise de fait la pérennité du projet, d'autant que l'on ne connaît pas encore précisément l'impact de l'ARTT sur les modifications éventuelles des quotités individuelles de temps de travail.

#### 3.3.2.5 Les orientations de l'établissement en matière d'ARTT

La réflexion sur le projet de décentralisation de l'accueil administratif, concomitant avec celle sur l'application prochain du dispositif sur l'ARTT, a conduit le service à établir plusieurs scénarios opérationnels :

- un modèle où les services centralisés du rez-de-chaussée auraient travaillé 7h30mn par jour et les agents dans les étages 7h48mn : cette solution n'a pas été présentée, compte tenu des difficultés qu'elles présentaient en terme de gestion du personnel ;
- un modèle sur la base de 7h30 mn pour tous les agents, élaboré sur le même mode d'organisation que celui à 7h48mn, mais qui n'emporte pas l'adhésion des agents « expérimentateurs » de la décentralisation dans les étages ;
- le modèle présenté, sur la base de 7h48mn pour tous les agents du service.

Or, à ce jour, la direction de l'établissement tend à proposer une plate forme ARTT identique pour tous les services, soit sur la base de 7h30mn par jour, afin :

- d'assurer une certaine « paix sociale » entre les différents services de l'hôpital (soignants, logistiques et techniques, administratifs) , puisqu'en 2002 les services de soins ne seront pas en mesure de présenter un scénario de fonctionnement viable fondé sur 7h48mn de travail par jour et 19 jours ARTT ;
- de n'envisager une autre base horaire d'organisation qu'à partir de 2004, date à laquelle tous les crédits et postes liés à l'ARTT auront été alloués.



Cette orientation, qui sera officiellement annoncée fin novembre 2001 après les négociations locales sur l'ARTT, aura des conséquences fortes sur les modalités de mise en œuvre du projet de décentralisation de l'accueil administratif.

### **3.3.3 Des pistes à explorer**

➤ *l'élaboration d'une charte de fonctionnement du service :*

Il convient vraisemblablement de fixer par écrit, dans toute la mesure du possible et sous une forme « contractuelle », les règles de fonctionnement du service.

Ce règlement, réalisé pour l'ensemble des agents du service « accueil - gestion – patients », pourrait définir précisément :

- les modalités de fixation des plannings des congés annuels ;
- les modalités de fixation des plannings d'ARTT ;
- les modalités d'évaluation de la qualité de l'accueil administratif dans les unités de soins et les secteurs des consultations ;
- les modalités d'ajustement des effectifs décentralisés en fonction de l'activité observée ;
- une clause de retour à un travail effectué sur la base de 7h30 par jour (et en contrepartie 11 jours de congés ARTT au lieu de 19 jours, pour 7h48 par jour) en cas de dysfonctionnements avérés dans l'organisation du service.

➤ *responsabiliser encore davantage les agents d'accueil*

Certaines tâches encore centralisées pourraient être redonnées aux agents administratifs « décentralisés », pour aller dans le sens d'une gestion véritablement complète du dossier administratif du patient par l'agent d'accueil et d'une plus grande simplification du circuit-patient:

- en aménageant les fonctionnalités du logiciel de gestion administrative et en déléguant cette responsabilité aux agents administratifs (cette tâche est aujourd'hui réalisée par les adjoints des cadres), la facturation pourrait être lancée au niveau de chaque étage;
- la mise sous enveloppe des titres de recette devrait de la même manière être assurée par les agents administratifs dans les étages ( aujourd'hui, les titres sont édités de façon chronologique au niveau de la structure centralisée, sans rattachement à une unité d'hospitalisation);
- des régies de recette secondaires pourraient être tenues par les agents administratifs dans les unités de soins.

## CONCLUSION

Investi à la fois de missions de soins et d'accueil, l'hôpital contemporain ne peut délaissier l'une au profit de l'autre ; ainsi, s'il lui appartient de poursuivre son évolution vers de nouvelles thérapeutiques, son rôle social, interne et externe, le rend responsable pour une grande partie de la qualité de l'accueil et de la prise en charge potentielle des différents éléments du corps social.

A cet égard, la fonction d'accueil administratif représente bien un maillon stratégique dans le contexte actuel des établissements de santé : première « porte d'entrée » à l'hôpital, elle contribue à intégrer le patient dans son environnement si particulier. En même temps qu'il contribue à apaiser son angoisse, il permet de développer auprès du patient une image positive de l'établissement.

L'étude de faisabilité sur la poursuite de la décentralisation de l'accueil administratif au centre hospitalier de Blois a permis en outre de révéler toutes les difficultés propres à une démarche stratégique, qui doit intégrer les problèmes d'acceptation du corps social et des contraintes internes et externes spécifiques.

A cet égard, une incertitude demeure quant à la solution qui sera définitivement adoptée, puisque l'impact de l'aménagement de la réduction du temps de travail interfère sur l'organisation envisagée. L'éventualité d'une réduction du temps de travail quotidien par rapport au projet présenté paraît ainsi dommageable, non seulement vis à vis des agents d'accueil qui ont participé à l'élaboration du scénario, mais surtout à l'égard de l'objectif initial d'amélioration de la qualité d'accueil du patient

---

# Bibliographie

---

## REGLEMENTATION

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

*Circulaire du 22 juillet 1997* relative à l'attribution d'une nouvelle bonification indiciaire à des fonctionnaires hospitaliers exerçant certains emplois.

*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.

## RAPPORTS

ANAES. *Rapport des experts du centre hospitalier de Blois*. Septembre 2001.

CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS. *Rapports de gestion*, 1998,1999,2000.

CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS. *Bilan social*, 1998,1999,2000.

IRIES. *Rapport sur les comportements et pratiques d'accueil au centre hospitalier de Blois*.1990.

STEG A. *L'urgence à l'hôpital*. Rapport au conseil économique et social.1989.

## MEMOIRES

HANTOUR Z., THEBAUD M., VOISIN M. *L'accueil à l'hôpital public : instrument de marketing ou mission de service public*. 1990. Mémoire ENSP.

PEAN S. *L'organisation de filières de prise en charge au SAU du CH de Blois*. 1999. Mémoire ENSP.

ZIGNA M.C. *La restructuration du hall d'accueil du centre hospitalier de Blois*. 1994. Mémoire ENSP.

## OUVRAGES

BERNARD J . *C'est de l'homme dont il s'agit*. Odile Jacob. 1998.

CLEMENT J.M. *Essai sur l'hôpital*. Berger-Levrault. 1994.

LE MANDAT M. *Prévoir l'espace hospitalier*. 1989. Berger-Levrault.

## PERIODIQUES

L'hôpital vu par ses usagers. *Gestion hospitalières*, janvier 1995, n°342.

Le management stratégique. *La lettre du manager*. Novembre 1999, n°399.

CHATILLON G. Administration électronique et service public. *L'actualité juridique*, août 2001.

LEBOEUF C. Stratégie de communication d'établissements hospitaliers. *Décision hospitalière*, 1991.

PHANUEL D. La chaîne relationnelle : un outil de gestion de la communication hospitalière et clinique. *Direction et gestion*, août 1996, n° 1159.

PHANUEL D. Utilisation de la chaîne relationnelle : la charte de l'accueil du centre hospitalier de Bourges. *Gestion hospitalières*, mars 2000.

---

# Liste des annexes

---

ANNEXE 1 : Liste des personnes interrogées

ANNEXE 2 : Calendrier d'avancement du projet

## **ANNEXE1 :**

### **LISTE DES PERSONNES INTERROGÉES**

Je tiens à remercier toutes l'ensemble des personnes qui, à divers titres, ont participé à l'élaboration de ce mémoire.

#### **➤ Les responsables et agents du centre hospitalier de Blois :**

- Monsieur EXPERT, Directeur des Systèmes d'Information et de l'Organisation ;
- Monsieur COLOMBEL, Directeur des Finances ;
- Madame BOUGES, responsable du service « accueil – gestion - patients » ;
- Madame PELET, responsable du secrétariat médical ;
- Monsieur BLANCHETIERRE, responsable du service informatique ;
- Les agents du service « accueil – gestion - patients » .

#### **➤ Les responsables d'autres centres hospitaliers :**

- Monsieur PONCHON, Directeur adjoint de l'hôpital de Lannion ;
- Madame NICOLAS, Chef de Bureau du service « Gestion des patients » de l'hôpital de Lannion ;
- Mademoiselle GAILLARD, Directeur adjoint au CHU de Tours ;
- Madame LAURAIN, cadre infirmier, responsable du service des soins externes au CHU de Tours .

#### **➤ Le Directeur du mémoire :**

- Madame LAUDE, enseignant chercheur, département MATISS (Management, Audit et Techniques de gestion des Institutions Sanitaires et Sociales) de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

## ANNEXE 2 :

### CALENDRIER D'AVANCEMENT DU PROJET : PRINCIPALES ETAPES

<b>DATES</b>	<b>CONTENU</b>
<b>Juin 1998</b>	Décision de lancement du projet de décentralisation de l'accueil administratif
<b>Septembre 1999</b>	Ouverture de la première antenne d'accueil administratif dans les unités de soins
<b>Novembre 1999</b>	Bilan d'étape sur l'expérience de décentralisation en cours avec l'ensemble des acteurs concernés
<b>Février 2000</b>	Nouveau bilan d'étape sur l'expérience de décentralisation en cours.
<b>Juin 2000</b>	Bilan d'étape sur l'expérience de décentralisation en cours ; annonce de la poursuite du projet dans les étages
<b>Mars 2001</b>	Ouverture de deux antennes supplémentaires d'accueil décentralisées dans les étages
<b>Mai 2001</b>	Etude de faisabilité de l'extension de l'accueil administratif confiée à l'élève directeur d'hôpital
<b>Juillet 2001</b>	Réunion avec le service « accueil – gestion - patient » : diagnostic et scénario 35 heures
<b>Octobre 2001</b>	Présentation du projet d'extension de l'accueil administratif au Conseil de Direction
<b>1<sup>er</sup> semestre 2002 (prévisionnel)</b>	Poursuite effective de la décentralisation de l'accueil administratif : travaux d'aménagement dans les étages et de restructuration du hall des soins externes