



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**L'optimisation des consultations
externes : un levier de la performance
du Centre Hospitalier des Quatre Villes**

Noémie SCHOEBEL

Remerciements

Je tiens dans un premier temps à remercier l'ensemble des personnes que j'ai rencontré durant mon stage. Toutes ont pris du temps pour me parler, pour m'expliquer le fonctionnement de l'hôpital et m'aider dans la réalisation de mon mémoire et dans l'avancement de mes dossiers.

Je tiens plus particulièrement à exprimer mes sincères remerciements :

A Madame Elisabeth Pacreau-Ledain, Directrice du Centre Hospitalier des Quatre Villes,
Pour sa disponibilité, sa liberté de parole et pour m'avoir toujours fait confiance.

A Monsieur Guillaume Girard, Directeur adjoint en charge des finances, de la clientèle et des systèmes d'information et maître de stage,
Pour son soutien, son temps et ses précieux conseils.

A l'ensemble des membres de la direction de l'hôpital
Pour son accueil chaleureux et sa disponibilité.

A l'équipe de la Direction des ressources humaines,
Pour son soutien permanent.

A l'ensemble des personnels de l'hôpital qui ont suivi pas à pas l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	3
1 PRESENTATION DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES	5
1.1 LA METHODOLOGIE	5
1.1.1 Méthode d'investigation	5
1.1.2 Méthode d'analyse.....	6
1.1.3 Délimitation du périmètre des consultations hospitalières.....	6
1. Un vocabulaire commun	6
2. Les consultations du site de Saint-Cloud.....	7
1.2 LE TERRAIN D'ETUDE : LE CH4V ET SON ENVIRONNEMENT	8
1.2.1 Le changement de paradigme des consultations hospitalières	8
1.2.2 L'environnement socio-économique du bassin de santé 92-2.....	9
1.2.3 L'offre médicale du 92-2	12
1.3 L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES	14
1.3.1 L'offre du CH4V : une offre diversifiée.....	14
1.3.2 Les différentes étapes du processus de prise en charge du patient	15
1. En amont : la prise de RDV.....	15
2. Le jour J : « le parcours du combattant »	18
1.3.3 Les données d'activité des consultations externes.....	20
2 ANALYSE DE L'ACTIVITE DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES	23
2.1 LA SITUATION DES CONSULTATIONS DU SITE DE SAINT CLOUD : L'EQUILIBRE ECONOMIQUE DE L'ACTIVITE ?	23
2.1.1 Le bilan financier des consultations externes	23
2.1.2 L'utilisation des ressources matérielles et humaines.....	25
1. Les ressources matérielles	26

2.	Les ressources humaines.....	27
2.1.3	La problématique de la facturation et du circuit administratif	30
2.2	LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DE CET ETAT DES LIEUX.....	33
2.2.1	Les points positifs des consultations externes du CH4V	33
2.2.2	Les principaux dysfonctionnements	35
1.	L'accueil du patient :.....	35
2.	Le pilotage des consultations externes :	37
3	ENJEUX ET PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS	40
3.1	LES AMELIORATIONS OPERATIONNELLES	40
3.1.1	FACILITER LE CIRCUIT PATIENT : D'UNE LOGIQUE D'USAGER A UNE LOGIQUE DE CLIENT	41
1.	Simplifier le circuit administratif	41
2.	Clarifier le processus de prise de rendez-vous	44
3.	Maîtriser les délais.....	46
3.1.2	DOTER LE SECTEUR DES CONSULTATIONS EXTERNES D'OUTILS DE PILOTAGE.....	46
1.	Elaborer une charte de fonctionnement	46
2.	Construire des tableaux de bords et des indicateurs de qualité en routine	48
3.	Rédiger des fiches de poste	49
3.2	LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DES CONSULTATIONS EXTERNES	50
3.2.1	Réflexion sur la place des consultations externes	50
1.	Le recrutement des hospitalisés.....	50
2.	Les consultations sur le territoire de santé : complémentarité ou concurrence ?	52
3.2.2	Les possibilités de développement de l'activité	54
1.	Comment augmenter l'activité des consultations ?	55
2.	Une nouvelle modalité : le groupement de coopération sanitaire (GCS) .	58
	Conclusion.....	61
	Bibliographie.....	63
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AS :	Aide soignante
ASH :	Agent des services hospitaliers
AMI	Acte médico-infirmier
AMP :	Aide médicale à la procréation
AP-HP :	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
CCAM :	Classification commune des actes médicaux
CH4V :	Centre Hospitalier des Quatre Villes
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CME :	Commission médicale d'établissement
CMUC :	Couverture maladie universelle complémentaire
CS :	Consultations
DIM :	Département d'information médicale
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECG :	Electrocardiogramme
EEG :	Electroencéphalogramme
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD :	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS :	Etablissement public de santé
ETP :	Equivalent temps plein
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
IDE :	Infirmière diplômée d'Etat
IDF :	Ile-de-France
INSEE :	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES :	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
MCO :	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MEAH :	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
PSPH :	Participant au service public hospitalier
RDV :	Rendez-vous
RMI :	Revenu minimum d'insertion
SF :	Sage-femme
SROS :	Schéma régional d'organisation des soins
T2A :	Tarifcation à l'activité
USLD :	Unité de soins de longue durée

Introduction

Avec plus de 30 millions de consultations externes réalisées chaque année dans les établissements publics et les établissements privés participant au service public, les consultations hospitalières représentent une source importante d'activité. Mais que regroupe exactement le terme de consultations externes ?

Depuis leur reconnaissance par la loi du 21 Décembre 1945 et le décret du 3 Août 1959, la possibilité pour les hôpitaux d'organiser des consultations externes est encadrée par l'Article R162-51 du Code de la Sécurité sociale qui stipule que « Les établissements de santé peuvent organiser des consultations et actes externes [...] pour permettre aux malades, blessés et femmes enceintes en état de se déplacer soit de venir recevoir des soins, soit de faire établir le diagnostic d'une affection et prescrire le traitement approprié. » Pour une définition plus précise de la notion de consultation il faut se reporter à l'article 15 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui prévoit que « la consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique, et s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante, ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci ». Enfin la circulaire du 12 février 1983 précise la spécificité des consultations hospitalières dont l'objectif « est de mettre à disposition des patients en un lieu unique une variété de spécialités et d'équipements ».

A partir de ces définitions il est possible d'identifier les caractéristiques principales d'un patient pris en charge par les consultations externes : il s'agit d'un patient programmé, qui n'est pas hospitalisé, qui est reçu à l'hôpital pour un diagnostic ou un traitement et ce dans un temps défini par les horaires d'ouverture de la structure. Cette dernière notion est primordiale car elle permet de mettre en avant la différence fondamentale avec un autre point d'entrée dans l'hôpital (les urgences) à savoir : la possibilité de prévoir et d'organiser la venue du patient.

Les consultations externes sont donc à la fois une vitrine de l'hôpital et de ses prestations, et une porte d'entrée dans l'institution. En effet le déroulement de la consultation, de la prise de rendez-vous à l'éventuelle programmation d'une hospitalisation, déterminera l'appréciation du patient sur la qualité de la prestation fournie et plus généralement sur l'image qu'il retiendra de l'hôpital. Ces consultations sont donc une source potentielle de revenus pour les établissements de santé car elles génèrent une activité et donc des recettes pour l'hôpital, et peuvent jouer un rôle de « recruteur »

de patientèle pour les activités d'hospitalisation. En effet l'image que garde le patient de l'hôpital déterminera sa propension à y retourner ultérieurement pour une nouvelle consultation ou pour une hospitalisation. Cet élément est important à prendre en compte et plus particulièrement pour un hôpital de taille moyenne comme le Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V) qui évolue dans un environnement fortement concurrentiel et qui par conséquent éprouve des difficultés à remplir ses plages de blocs et ses lits d'hospitalisation dans certains secteurs d'activité.

Pendant longtemps les consultations externes se sont développées de façon empirique dans les hôpitaux publics. Leur mode de financement (anciennement dotation globale) n'a pas incité les équipes hospitalières à réfléchir à cette activité voire à investir dans l'organisation et la performance des consultations externes. Longtemps les consultations externes ont été considérées comme des activités annexes, peu génératrices de recettes. Cependant les nouvelles règles de gestion et les nouvelles modalités financières (et plus particulièrement la tarification à l'activité) ont bouleversé l'image, l'intérêt et la place qu'occupaient les consultations externes au sein des établissements de santé.

Dans ce nouveau contexte il convient donc de faire le point et de voir les réalités qui se cachent derrière ce terme générique de consultations externes pour répondre à cette question essentielle : dans quelle mesure l'optimisation des consultations externes constitue-t-elle un levier de la performance du Centre Hospitalier des Quatre Villes à la fois pour offrir une prestation de qualité aux patients ainsi que pour développer son activité (externe et hospitalisation) et participer à son équilibre financier ?

Cette étude portera sur trois aspects différents mais complémentaires, (organisationnel, stratégique et financier) afin d'envisager au mieux la totalité des moyens et des changements à effectuer pour donner ou redonner aux consultations externes le rôle de vitrine et de moteur de l'activité du CH4. Il faut pour cela évaluer les ressources utilisées et les résultats produits, pour ensuite prendre des décisions pour en améliorer l'efficacité de cette activité. Le premier temps portera donc sur une présentation des consultations du CH4V. Le second temps se focalisera sur une analyse critique de l'activité des consultations externes du CH4V. Enfin le troisième temps de cette étude sera consacré au développement de propositions d'amélioration au niveau du circuit du patient, du pilotage managérial et des aspects financiers et sur une réflexion stratégique concernant la place des consultations externes.

1 PRESENTATION DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES

Véritable lien ville-hôpital les consultations externes ne peuvent être analysées sans avoir pris en considération leur environnement à savoir la population qui les entoure et l'offre médicale concurrente, qu'elle soit publique ou privée (1.2). Il faut également bien comprendre le fonctionnement et l'organisation de cette activité (1.3).

1.1 LA METHODOLOGIE

Afin de préserver toute l'impartialité nécessaire à cette étude il a été décidé d'élaborer en amont des instruments méthodologiques d'investigation, d'entretien et d'analyse.

1.1.1 Méthode d'investigation

Des grilles d'entretien semi-directif ont été élaborées pour les différents professionnels du Centre Hospitalier : direction des finances, contrôleur de gestion, responsable du circuit patient, service DIM, praticiens hospitaliers, coordinatrice des secrétariat médicaux, cadres de santé, secrétaires médicales et agents d'accueil. Cette utilisation d'entretien semi-directif permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes qui sont définis au préalable par l'enquêteur. Ces thèmes sont consignés dans un guide d'entretien qui est propre à chaque personne interrogée. Il est établi en fonction des objectifs de l'enquête, des hypothèses de l'enquêteur et/ou des résultats de la littérature. Cette technique a pour but, tout en étant centrée sur le sujet interrogé, de garantir l'étude de l'ensemble des questions qui intéressent l'enquêteur. Ainsi après avoir abordé de façon large l'organisation des consultations externes, il a été abordé avec chaque personne interrogée des sous thèmes déterminés en fonction des responsabilités qu'elle exerçait.

Des temps d'observation à partir de deux grilles recouvrant l'ensemble des points devant faire l'objet d'une analyse (grille médecins/IDE/AS, grille patient/secrétaires médicales).

1.1.2 Méthode d'analyse

En amont de cette étude de terrain, différentes lectures et échanges avec des acteurs hospitaliers extérieurs à l'établissement ont servi à réfléchir à des critères de qualité et d'efficience qui paraissaient indispensable à un « bon » service de consultations. Ces critères ont été utilisés comme grille de lecture des informations recueillies sur le terrain :

- Critères de qualité :
 - Offrir un parcours patient simple et fluide qui minimise les points d'accueil et les temps d'attente
 - Proposer un accueil convivial et rassurant
 - Donner un RDV dans un délai raisonnable
 - Donner une information claire et exhaustive au patient
 - Assurer la confidentialité
- Critères d'efficience :
 - Avoir une organisation fluide qui limite les temps d'attente
 - Avoir « la bonne personne, au bon endroit, au bon moment »
 - Atteindre un seuil d'activité suffisant au regard des personnes mobilisées
 - Avoir une stratégie et un pilotage des consultations par des indicateurs chiffrés et une connaissance précise de l'activité

1.1.3 Délimitation du périmètre des consultations hospitalières

1. Un vocabulaire commun

Il est important quand on cherche à étudier des données d'activité et l'efficacité d'une organisation de définir en amont un vocabulaire. Lorsque l'on évoque les consultations hospitalières plusieurs notions sont souvent confondues : les activités externes, les activités internes et les activités libérales.

Les activités externes regroupent :

- Les consultations externes NGAP :
 - C
 - CS
 - CNPSY
 - AMI
 - ...
- Les consultations externes sans lettre clé :
 - Diététique
 - Psychologie
 - Ergothérapie

- ...
- Les actes :
 - K (stomatologie / odontologie)
 - CCAM
 - Imagerie
 - Biologie / NGABM

Ces consultations et ces actes sont intégrés dans les chiffres des volumes d'activité et dans le périmètre d'analyse des consultations externes, excepté les actes d'imagerie et de biologie. En effet il s'agit d'actes générés par des consultations externes. S'il est important de garder ces actes à l'esprit car il s'agit d'activité en lien avec les consultations (impact sur l'activité et sur l'organisation), ils ne seront pas intégrés aux données d'activité (dans cette étude).

Les activités internes et libérales regroupent :

- Les consultations NGAP
- Les actes

Les activités internes, c'est-à-dire les consultations réalisées par les praticiens hospitaliers directement dans les services ne sont pas comptabilisées car elles sont difficilement identifiables. En effet si certains services ou certaines consultations (par exemple l'ophtalmologie, la dermatologie, l'ORL et la stomatologie) comptabilisent ces consultations, le plus souvent elles ne donnent pas lieu à une codification particulière et sont intégrées dans une prise en charge plus globale du séjour. Enfin les activités libérales sont prises en compte dans le périmètre d'analyse car elles ont un impact sur l'organisation des consultations (passage en caisse, temps de travail du personnel non médical) mais ne sont pas prises en compte dans les données d'activité car il s'agit d'une activité propre à chacun des médecins concernés.

2. Les consultations du site de Saint-Cloud

Pour des raisons techniques et organisationnelles, seules les consultations du site de Saint Cloud ont été analysées. En effet le Centre Hospitalier des Quatre Villes est le résultat de la fusion qui a eu lieu le 1^{er} janvier 2006 entre le Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand (qui regroupait déjà Chaville, Sèvres et Ville d'Avray) et le Centre Hospitalier de Saint Cloud. A ce jour si la fusion a beaucoup progressée avec une mutualisation des moyens et des personnels, avec un regroupement de certains services ; des différences demeurent notamment en matière informatique et donc en terme de recueil d'informations nécessaires à cette étude. Enfin les consultations de Sèvres sont essentiellement des consultations de gynécologie-obstétrique. Le reste des

spécialités représente un pourcentage très faible. Ainsi il a été décidé de limiter cette analyse aux consultations externes du site de Saint Cloud.

1.2 LE TERRAIN D'ETUDE : LE CH4V ET SON ENVIRONNEMENT

L'intérêt récent porté aux consultations hospitalières s'explique par un nouveau paradigme financier. Ces consultations externes, ouvertes par définition à un public extérieur sont le trait d'union majeur entre la ville et l'hôpital. Il convient par conséquent de s'intéresser au tissu dans lequel s'insère ces consultations.

1.2.1 Le changement de paradigme des consultations hospitalières

L'accueil des patients en consultations externes a longtemps été considéré comme secondaire par rapport aux activités d'hospitalisation. Ces consultations ont été pénalisées par un intérêt faible des professionnels, en comparaison avec leur cœur de métier qu'est l'hospitalisation, et par un enjeu financier perçu comme mineur. En effet les consultations externes représentent 8% des recettes totales de l'établissement contre 87% pour les recettes d'hospitalisation. De plus chaque passage d'un patient en consultation rapporte en moyenne **32€** contre **2400€** par séjour en hospitalisation. Ce manque d'intérêt a conduit les consultations externes à se développer de manière autonome et empirique. Pourtant le changement de paradigme financier dans les hôpitaux pousse les acteurs hospitaliers à s'intéresser de plus en plus près aux consultations externes. Tout d'abord en termes de potentiel d'activité, avec **61 656 patients vus** (comptabilisés en nombre de venues sur l'année 2009) en consultation il s'agit d'une source d'activité et de patientèle importante. Puis en termes d'organisation, les consultations sollicitent de nombreux secteurs et des personnels différents. Il s'agit d'une activité en interface avec les différents services de l'hôpital. Enfin en termes d'intérêt financier, le recouvrement des consultations qui était jusqu'à présent accessoire devient important avec la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et les nouvelles règles de gestion. Par conséquent ces changements ont, ou doivent avoir, des conséquences sur l'organisation du circuit patient et sur le travail des personnels en lien avec les consultations, qu'il soit médical ou non médical. Les consultations externes sont donc à la fois « vitrine et avant-goût des prestations

hospitalières »¹ car elles sont le premier lieu de contact entre le patient et l'hôpital. Mais pour ce dernier les consultations externes représentent également le lieu de tous les « dangers »². En effet les consultations externes cumulent des problématiques de délais d'attente, de fluidité du circuit, de qualité d'accueil, de confort, de confidentialité et de coordination entre plusieurs intervenants. Chacun de ces points représente un challenge organisationnel à relever. Pour garantir un accueil efficace et de qualité il faut donc étudier point par point les différentes étapes du circuit patient car de sa capacité à organiser ce circuit dépend une grande partie de l'image du CH4V, de son attractivité, donc de façon plus large de son activité et de son équilibre financier. L'optimisation de l'organisation des consultations est donc un enjeu majeur de la performance du CH4V.

1.2.2 L'environnement socio-économique du bassin de santé 92-2

Pour bien comprendre le fonctionnement des consultations externes du CH4V il faut en tout premier lieu avoir une véritable réflexion socio-économique sur le territoire de santé dans lequel s'inscrit l'établissement : le 92-2.

On ne peut s'intéresser à un hôpital de la région Ile-de-France sans faire une étude succincte de cette population francilienne qui par bien des caractéristiques se différencie du reste de la France métropolitaine. En effet la région Ile-de-France est une région jeune, riche, fortement urbanisée et qui présente de fortes inégalités.

- Une population jeune : selon les projections de population de l'INSEE pour l'année 2010, la population de l'Ile-de-France a atteint 11 329 000 personnes au 1^{er} janvier 2003, soit 18,2% de la population de la France métropolitaine. Cette population est plus jeune que la population française. En 2000, la région comptait seulement 16,6% de personnes de 60 ans et plus. Cependant certains départements, Paris (7,9%) et les Hauts de Seine (6,7%), se distinguent avec une proportion de population de plus de 75 ans plus élevée que la moyenne régionale (5,8). Enfin l'Ile-de-France constitue un pôle d'attraction pour les jeunes adultes (20-29 ans). A l'inverse, les familles et les retraités quittent la région et se dirigent vers les régions proches du bassin parisien ou vers celles de l'ouest et du sud du pays.
- Une espérance de vie élevée : l'IDF fait partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps. En 2006, l'espérance de vie des hommes (78,6 ans) est la plus

¹Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), Février 2008, « Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques », Rapport intermédiaire de phase 1- Diagnostic.

² Idem

élevée de toutes les régions de France et celle des femmes (84,7 ans) place l'Ile-de-France en deuxième position avec les Pays de la Loire, après Rhône-Alpes.

- Une région riche et active : l'IDF est la région française la plus urbanisée, avec 96% de la population recensée dans des communes urbaines versus 74% en moyenne pour l'ensemble de la France. C'est également une région très active et créatrice d'emplois qui représente le premier bassin d'emploi en France.
- Des disparités socio-économiques importantes : qui se retrouvent entre les départements de la région. La Seine-Saint-Denis par exemple se différencie de plus en plus du groupe «aisé» formé par Paris, les Hauts-de-Seine et les Yvelines. Au total, plus de 9% des ménages franciliens sont concernés par les minima sociaux, dont près de la moitié résident à Paris et en Seine-Saint-Denis. Or, selon une étude de la DREES de 2003³, les allocataires de minima sociaux sont deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population à faire état d'un problème de santé chronique, à âge et sexe comparable.

Le CH4V se situe à l'Ouest de Paris, dans le département des Hauts-de Seine (92). Ce département est divisé en trois bassins : 92-1, 92-2, 92-3. Le CH4V est un établissement de proximité du territoire de santé 92-2, anciennement bassin de vie n°9, constitué de 11 communes : Boulogne Billancourt, Chaville, Garches, Marnes la Coquette, Puteaux, Rueil Malmaison, Saint Cloud, Sèvres, Suresnes, Vaucresson, Ville d'Avray.

Avec plus de 385 724 habitants en 2010 (Annexe 1), soit 3% de la population d'IDF, pour une superficie de 56km², le 92-2 est le 5^{ème} bassin de santé le plus petit d'IDF. Sa superficie représente le tiers de celle du département (31,8%) et 0,47% de celle de la région Ile-de-France. Parallèlement, avec 6 598 habitants au km², il est le 8^{ème} bassin de la région avec la plus forte densité. Le territoire a par ailleurs la particularité de détenir, avec Boulogne Billancourt, la plus importante commune d'Ile de France après Paris.

La population du 92-2 est plus âgée (Annexe 2) que celle du département et de la région et connaît un indice de vieillissement (63,1) nettement supérieur à celui de la région (49,8). En effet on observe une surreprésentation des + de 75ans par rapport à la France métropolitaine (7,7%) :

- Boulogne Billancourt : **8,06 %**
- Chaville : **7,28 %**
- Garches : **7,03 %**

³ BOISGUERIN B, Janvier 2009, « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU », *Études et Résultats* de la DREES, n° 675.

- Puteaux : 5,86 %
- Saint Cloud : **8,57 %**
- Sèvres : 6,22 %
- Suresnes : 6,45 %
- Rueil Malmaison : 5,76 %

La population active du territoire est composée à plus de 80% de trois grandes classes homogènes : les employés (30%), les cadres et professions intellectuelles (29%) et les professions intermédiaires (27%). Cette répartition est comparable à celle du département et de la région. Il s'agit d'un territoire très dynamique avec une part des actifs dans la population totale plus importante (51,23%) que dans le département (50,84%) et dans la région (50,14%).

Enfin les Hauts-de-Seine sont réputés pour être un département dit « aisé ». Le taux de pauvreté du département (8,2%) est bien inférieur à celui de l'Ile-de-France (9,7%), tout comme la proportion de personnes couvertes par le RMI (2,1% contre 2,7% en IDF et 3,10% en France métropolitaine) et le nombre de personnes vivant avec des ressources inférieures au seuil de pauvreté. Cependant cette analyse globale du territoire doit être nuancée par les fortes disparités qui existent. Par exemple les taux de chômage sont plus que doublés entre Saint-Cloud (6,3%) et Puteaux (14,5%). De même cinq communes du 92-2 sont classées⁴ par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) comme des communes très aisées avec une pauvreté très faible, cinq autres comme des communes aisées avec une pauvreté assez faible et une comme avec une pauvreté assez forte et de grandes inégalités.

Cet environnement socio-économique est à comparer avec les résultats de l'étude de la DREES qui détermine le profil des patients qui fréquent les consultations externes hospitalières⁵ :

- C'est aux âges extrêmes (moins d'un an et plus de 65ans) que les personnes consultent le plus à l'hôpital, et parmi elles, d'avantage d'hommes que de femmes.
- Globalement les diplômés de l'enseignement sont plus nombreux parmi les usagers des consultations externes qu'en population générale.

⁴Source : PARHTAGE (Regards sur les disparités sociales et territoriales, INSEE ; IDF/ Regards croisés sur la pauvreté)

⁵ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, Avril 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* de la DREES, n°167.

- A l'âge adulte les femmes sont au contraire plus nombreuses.
- Les inactifs sont en proportion importante, surtout du fait des retraités.

Le bassin de recrutement pour le service des consultations externes du CH4V apparaît donc comme idéal (Annexe 3) : âges extrêmes très bien représentés (une proportion des plus de 60 ans supérieure à celle de l'IDF), diplômés de l'enseignement supérieur nombreux (61% des actifs sont cadres ou dans une profession intermédiaire), inactifs en proportion importante (retraités inactifs et dans une proportion plus faible chômeurs).

1.2.3 L'offre médicale du 92-2

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes a pour vocation d'être un établissement de soins de proximité offrant une large palette de soins en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et spécialisé sur l'assistance médicale à la procréation (AMP), la chirurgie de l'infertilité et l'alcoologie.

Le CH4V, situé dans la proche banlieue parisienne, évolue dans un environnement fortement concurrentiel, qu'il soit libéral (établissements de santé ou médecins) ou public. On comptabilise au total 82 établissements de soins, toute forme de prise en charge confondue, dans les Hauts de Seine (Annexe 4), dont 68 privés et 14 établissements publics. Ainsi plus de 16% des structures d'Ile-de-France sont situés dans le 92. Ces données sont à comparer avec la taille du département qui représente 1,47% de la superficie de l'IDF et 13% de sa population.

Les capacités en MCO sont réparties sur le territoire (le 92-2) entre deux établissements de l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris (le Centre Hospitalier Ambroise Paré à Boulogne et le Centre hospitalier Raymond Poincaré de Garches), un Centre de Lutte Contre le Cancer, cinq établissements publics de santé, quatre établissements privés participant au service public hospitalier et huit cliniques privées sous OQN.

L'offre de soins (tous secteurs d'activité confondus) se répartie sur le territoire entre l'AP-HP qui recrute à hauteur de 26,8%, le Centre médico-chirurgical de Foch (13,3%), le CH4V (10%), la Clinique Marcel Sembat de Boulogne (4,2%) et le Centre chirurgical du Val d'Or sur Saint Cloud (3,3%), l'AP-HP apparaissant dans tous les secteurs comme le principal concurrent du CH4V. Cette attraction parisienne est structurelle à tous les centres hospitaliers situés dans la proche banlieue de Paris.

Cette offre des établissements de soins, déjà importante, est complétée par une offre libérale également supérieure aux moyennes régionales et départementales. Ainsi plus de 16% des médecins libéraux qui exercent une spécialité médicale sont installés dans les Hauts de Seine, avec un pic à 19% pour les pédiatres et 16% pour les gastro-entéro-hépatologues. Ces proportions se retrouvent avec les spécialités chirurgicales (chirurgie générale 15%, ORL 14%, etc.). Encore une fois ces données sont à comparer avec les proportions du département des Hauts-de-Seine qui représente seulement 13% de la population d'Ile-de-France. Cette attractivité du département pour les médecins libéraux (porte de Paris, clientèle aisée) est renforcée à l'échelle du territoire 92-2. En effet on dénombre 8 spécialités dont la densité sur le bassin de santé 92-2 est supérieure à celle du département. Pour certaines spécialités la différence est importante, par exemple pour la chirurgie avec 12,2 chirurgiens pour 100 000 habitants dans le 92-2 contre 7,9 dans les Hauts-de-Seine.

Densité des professionnels médicaux

	Territoire 92-2	densité 92-2 /100 000h	densité 92 /100 000h
Généralistes	328	89,1	85,7
Anesthésistes	23	6,2	7,3
Cardiologues	34	9,2	8,8
Dermatologues	34	9,2	8,9
Gastro-entérologues	20	5,4	5,1
Gynéco, Obst	51	13,9	13,1
Endocrino	7	1,9	1,8
OPH	48	13	10,9
ORL	27	7,3	6,4
Radio, Imagerie médicale	33	9	12,3
Rhumatologues	17	4,6	4,7
Psychiatres	52	14,1	12
Stomatologues	6	1,6	2,4
Chirurgiens	45	12,2	7,9
Pédiatres	50	13,6	10
Sages Femmes	13	3,5	3,5

Spécialités
dont densité
92-2>92

Cette abondance d'offre de soins est un handicap important pour le Centre Hospitalier des Quatre Villes qui cherche à développer son activité. Ce handicap est

d'autant plus important que la densité de spécialistes sur son territoire de santé est supérieure à celle du département et plus largement à celle d'Ile-de-France. Il s'agit donc d'une véritable concurrence sur le terrain des consultations. **Le point positif à souligner est le nombre important de médecins généralistes (89.1 pour 100 000 habitants).** En effet d'après une étude de la DREES sur la typologie des patients des consultations hospitalières⁶, **66% des primo-consultants à l'hôpital sont adressés par un médecin. Il s'agit donc d'une voie importante de recrutement pour le CH4V.**

Une fois le centre hospitalier et l'environnement dans lequel il s'inscrit présentés, il convient maintenant d'analyser le mode d'organisation des consultations externes pour en identifier les points positifs et les principaux dysfonctionnements.

1.3 L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES

Pour analyser l'activité des consultations externes il faut se poser trois questions essentielles : Quelles sont les consultations proposées par l'établissement ? (1.2.1), Quelles sont les pratiques mises en œuvre ? (1.2.2) Et enfin quel est le volume d'activité ? (1.2.3).

1.3.1 L'offre du CH4V : une offre diversifiée

Il convient dans un premier de faire un recensement de toutes les consultations proposées par le CH4V, toujours uniquement sur le site de Saint-Cloud. Cette tâche en apparence anodine s'avère très compliquée lorsqu'il s'agit des consultations externes. En effet on constate le plus souvent, derrière une unité apparente, une grande dispersion. Sur le site de Saint-Cloud les consultations externes sont regroupées autour d'un plateau commun situé au rez-de-chaussée (matérialisé comme le niveau A) de l'établissement. Cependant en parallèle de ce plateau se déroulent des consultations au niveau B, des consultations dans d'autres locaux du niveau A (gynécologie, radiologie, stomatologie, alcoologie), des consultations au 2^{ème} et 3^{ème} étage (c'est-à-dire à l'étage du bloc obstétrical et du service de maternité). Les consultations externes, contrairement à la première impression et à la signalétique, ne s'exercent donc pas en un point central unique mais dans une multitude de lieux à travers l'hôpital. Cette situation s'explique, pour

⁶ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, Avril 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* de la DREES, n°167.

le CH4V, par de fortes contraintes architecturales et des problèmes importants de place qui ne permettent pas d'organiser l'activité en fonction de choix rationnels (optimisation du circuit, des lieux d'accueil, etc.).

Aujourd'hui le Centre Hospitalier des Quatre Villes propose une offre diversifiée de consultations, toutes au tarif 1 de la Sécurité sociale, dans les disciplines suivantes :

Médecine - chirurgie

Alcoologie – Tabacologie
Anesthésie
Cardiologie
Chirurgie digestive et viscérale
Dermatologie et chirurgie dermatologique
Diététique
Endocrinologie et diabétologie
Endoscopie et coloscopie

Obstétrique - Gynécologie

Chirurgie gynécologique
Diagnostic anténatal
Gynécologie obstétrique

Kinésithérapie - Orthopédie

Kinésithérapie
Orthopédie et Chirurgie orthopédique

Epreuves d'effort, EEG, ECG, Holter
Médecine interne et néphrologie
Ophtalmologie
ORL
Phlébologie
Proctologie
Psychiatrie
Stomatologie et chirurgie plastique
Urologie

Imagerie - Laboratoire

Imagerie médicale
Laboratoire

Cette pluralité de l'offre est à double tranchant pour le CH4V: d'un côté elle apparaît comme **un atout car elle permet de répondre au mieux aux différents besoins de la population** (en fonction de leur âge, de leur sexe et de leur pathologie), d'un autre côté elle est une **véritable contrainte tant en terme d'organisation que de seuil d'activité**.

1.3.2 Les différentes étapes du processus de prise en charge du patient

1. En amont : la prise de RDV

La première étape du processus de prise en charge du patient se situe bien en amont de son arrivée dans les locaux de l'hôpital : il s'agit de la prise de rendez-vous. Les

modalités de cette prise de rendez-vous sont organisées de façons différentes entre les spécialités des consultations. Pour certaines spécialités comme par exemple la dermatologie ou l'ORL les appels pour les rendez-vous (RDV) sont gérés par deux agents spécialisés qui répondent à un numéro unique. Dans d'autres spécialités comme la chirurgie il existe un numéro différent (le plus généralement celui de la secrétaire du service) pour prendre rendez-vous avec un médecin en particulier. Enfin pour d'autres spécialités comme la gynécologie les rendez-vous sont gérés directement par les secrétaires des consultations. Le premier obstacle pour un patient désireux de prendre un RDV de consultation consiste donc à localiser le bon interlocuteur.

A cet effet le CH4V a fourni un effort particulier dans la présentation de son site internet qui comporte une icône « les consultations » dans laquelle sont répertoriées les différentes consultations proposées. Lorsque l'on clique sur la consultation de son choix apparaissent alors les informations essentielles pour un patient qui veut venir consulter à l'hôpital : le lieu de la consultation, les horaires de consultations, le numéro pour prendre rendez-vous et la présentation de l'équipe médicale qui assure cette consultation. Cet outil internet est un point très positif pour l'image de l'hôpital et permet une présentation claire pour une personne qui ne connaît pas l'établissement. Cependant cet outil n'est pas accessible pour une grande partie de la patientèle des consultations. Comme l'a démontré l'étude de la DREES sur les patients des consultations externes hospitalières⁷, le recours aux consultations externes augmentent fortement avec l'âge (30% en moyenne contre 45% pour les 65-74ans). Ainsi de nombreux patients ou futurs patients des consultations sont des personnes âgées qui par définition maîtrisent mal l'outil informatique. Pour joindre l'hôpital ces personnes vont composer deux numéros facilement identifiables : les urgences et le standard. Cette situation entraîne plusieurs conséquences (surcharge des lignes téléphoniques, surcharge de travail pour des services et des personnels déjà très demandés) qui peuvent au final donner une image négative de l'hôpital et faire perdre une partie de la patientèle découragée par ces allers-retours téléphoniques.

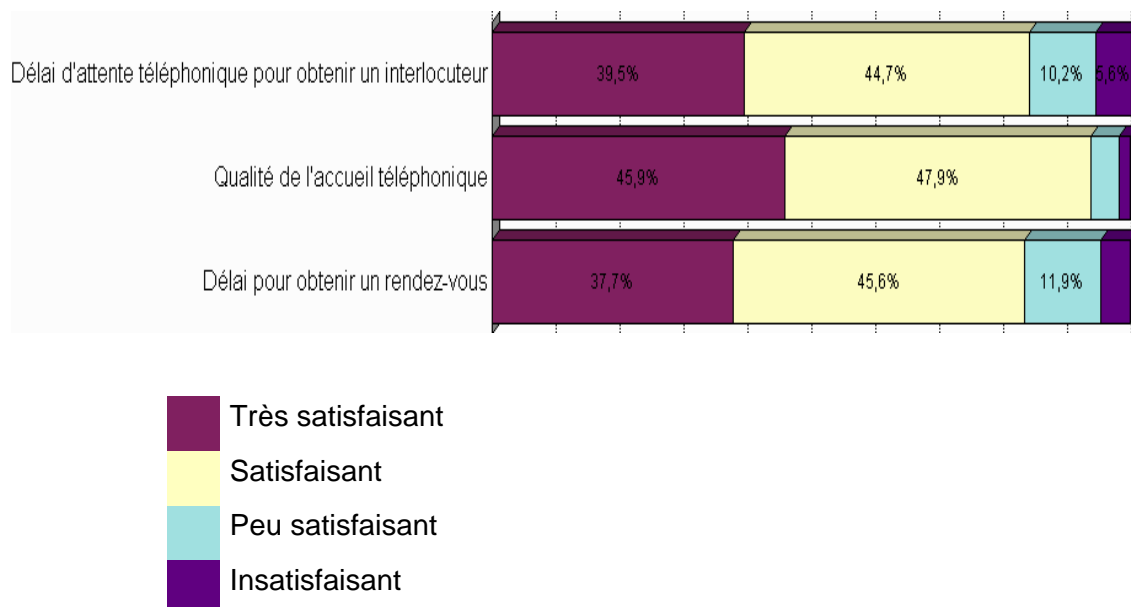
Dans l'imaginaire collectif, à l'hôpital comme dans de nombreuses administrations, joindre le bon interlocuteur demande beaucoup de patience et de persévérance. Pour objectiver ce sentiment une enquête de satisfaction a été réalisée au sein du CH4V. Pour cela un questionnaire a été distribué aux patients (783 au total) durant quatre semaines (du 17 novembre au 14 décembre 2008). Ce questionnaire répondait à trois objectifs principaux :

⁷ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, Avril 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* de la DREES, n°167, DREES.

- Evaluer la qualité des pratiques professionnelles afin d'améliorer la prise en charge du patient en identifiant les motifs d'insatisfaction pour définir des axes d'amélioration.
- Informer les instances de l'établissement et la Commission des relations avec les usagers des modalités de prise en charge des patients, des points d'insatisfaction soulevés par l'enquête ainsi que les actions retenues.
- Informer les professionnels des satisfactions et insatisfactions des patients.

La tendance qui émane de ces résultats est la **générale satisfaction des patients dans leur prise en charge.**

Item prise de rendez-vous :

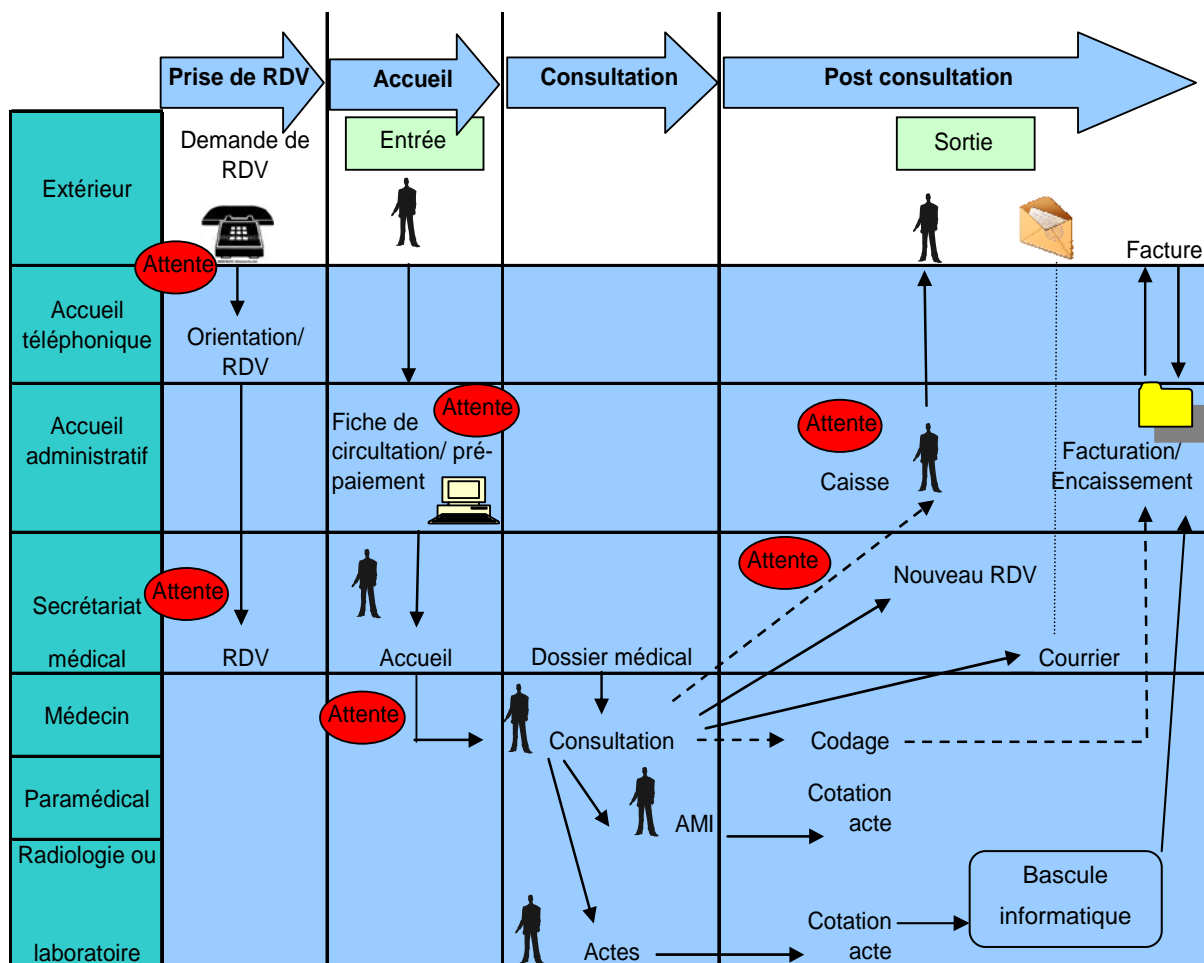


L'analyse des résultats du questionnaire montre que seul 15,8% des patients sont peu satisfaits voire insatisfaits du délai d'attente téléphonique pour obtenir un interlocuteur, plus de 93% d'entre eux sont satisfaits ou très satisfaits de la qualité de l'accueil téléphonique et 83% du délai pour obtenir un rendez-vous. Cette enquête permet donc d'objectiver des ressentis et démontre que l'accueil téléphonique du CH4V est de bonne qualité. Cependant ces résultats ne doivent pas masquer les difficultés tant pour le personnel que pour les patients qui résultent de l'errance téléphonique précédemment démontrée et qui peut pousser certains futurs patients à renoncer à une consultation hospitalière. A ce jour le CH4V ne dispose pas des outils nécessaires pour mesurer le nombre d'appels perdus et par conséquent le nombre de patients potentiels perdus. L'acquisition d'un nouvel autocommutateur plus moderne pour 2011 permettra une telle

mesure. Il sera dès lors très intéressant de mesurer le taux d'appels perdus mensuellement pour en faire un véritable indicateur de qualité de la prise en charge du patient.

2. Le jour J : « le parcours du combattant »⁸

Le schéma ci-dessous représente de façon synthétique le circuit du patient lorsque celui-ci entreprend de consulter au CH4V



Ce schéma démontre bien la **complexité intrinsèque aux services des consultations externes**. En effet lors d'une même visite, c'est-à-dire dans un temps limité, le patient peut entrer en contact avec cinq interlocuteurs différents (agents d'accueil, secrétaire médicale, médecin, infirmière/AS, agent des caisses). Cette complexité est renforcée par la géographie des lieux du CH4V : un hall ne disposant pas

⁸ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Février 2008, « Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques », Rapport intermédiaire-Diagnostic.

d'accueil physique ce qui rend difficile l'orientation des patients, des lieux de consultations différents et par conséquent une signalétique complexe (plus de 23% des patients qui viennent en consultations estiment cette signalétique insatisfaisante), un laboratoire en étage dans un bâtiment différent et pour finir plusieurs passages à l'accueil administratif pour des formalités diverses (d'abord l'enregistrement puis la facturation et l'encaissement de la consultation et des actes associés). Ce schéma tend à se complexifier à chaque fois que le patient se trompe de chemin et doit retourner sur ces pas, ce qui peut donner à l'hôpital une véritable impression de labyrinthe. Impression renforcée par les différents niveaux de l'établissement qui rajoute une complexité au parcours patient : comment faire la différence entre un rez-de-chaussée (niveau A) et un rez-de-jardin (niveau B)?

Une fois arrivé dans l'établissement le patient doit se présenter à l'accueil administratif, prendre un numéro et attendre que celui-ci s'affiche sur un des panneaux. Ce système de ticket permet une gestion plus simple des files d'attente et a permis depuis son installation une amélioration des conditions d'attente des patients. Une fois son tour arrivé le patient donne sa date de naissance (qui est le mode d'enregistrement), présente sa carte vitale et sa carte d'identité pour se faire identifier et se faire enregistrer. L'agent des caisses vérifie sur la liste des RDV prévus (transmise par les services de consultations la veille) le nom du patient. A ce moment là deux cas de figure se présentent : soit le patient est déjà venu en cours d'année et l'agent de l'accueil enregistre uniquement son passage, soit c'est un primo-consultant et l'agent crée un nouveau dossier sur C-PAGE (logiciel de gestion). Dans tous les cas l'agent remet une fiche de circulation au patient, preuve pour le personnel des consultations que ce patient a bien été enregistré.

Dans un deuxième temps le patient se présente soit à la secrétaire médicale de la consultation, soit au personnel non médical en charge de la consultation, à qui il remet sa fiche de circulation avant de patienter en salle d'accueil. Une fois la consultation réalisé le médecin et/ou l'IDE inscrivent sur la fiche de circulation ce qu'ils ont réalisé (consultation, actes, etc.).

La dernière étape du circuit patient consiste en son retour aux caisses pour régler le montant du en fonction de sa prise en charge. Cette dernière étape génère souvent chez les patients un comportement de fuite qui peut s'expliquer de différentes façons. Premièrement après plusieurs points et temps d'attente (guichet accueil, salle d'attente de la consultation) le patient, et plus particulièrement s'il a longtemps attendu à son arrivée au guichet d'accueil, peut être découragé par la file d'attente aux caisses et ne pas avoir envie de patienter. Deuxièmement de nombreux patients font encore l'amalgame entre hôpital public et gratuité, ils ne voient donc pas la nécessité de repasser en caisse. Enfin

certain patients (ceux qui éprouvent des difficultés à se déplacer, les parents accompagnés de jeunes enfants, les patients qui consultent dans des lieux éloignés des caisses et proches d'une des sorties de l'hôpital, etc.) peuvent ne pas vouloir retourner sur leurs pas pour s'acquitter du montant du et préfèrent attendre de recevoir la facture. Toutes ces attitudes sont préjudiciables pour la trésorerie de l'établissement.

1.3.3 Les données d'activité des consultations externes

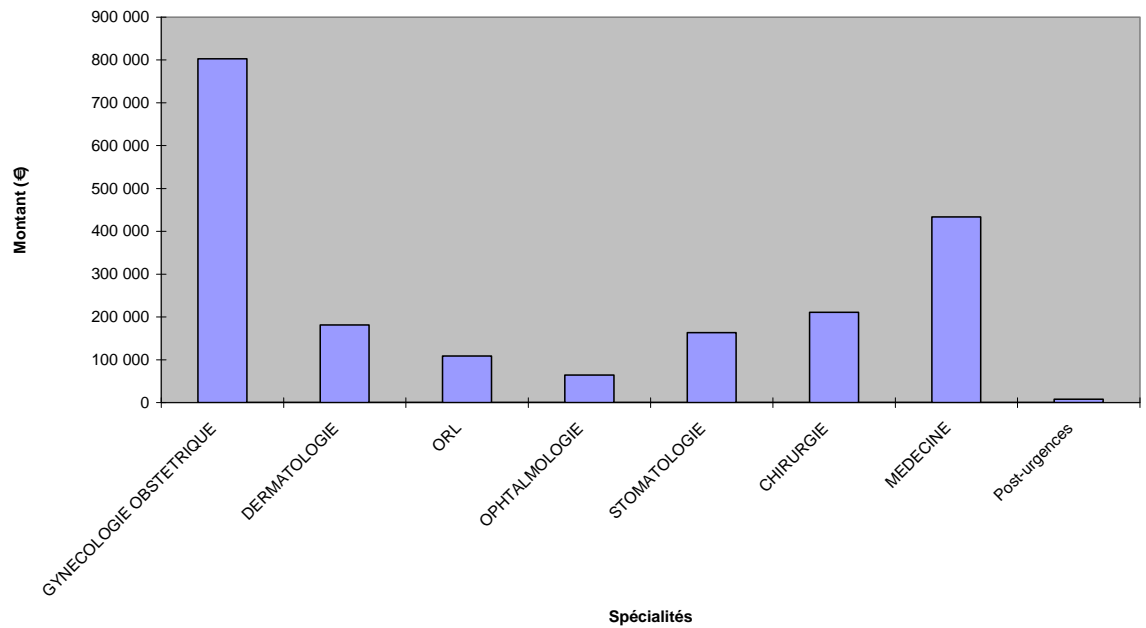
L'aspect quantitatif est un élément essentiel dans cette réflexion sur l'optimisation des consultations externes. Il est important d'avoir une évaluation précise et chiffrée de l'activité des consultations externes.

Le tableau ci-dessous permet de faire un bilan de l'activité des disciplines de consultations externes (consultations + actes réalisés en 2009) sur le site de Saint-Cloud avec le nombre de patients vus, la valorisation et la part de chaque discipline dans le total de l'activité.

DISCIPLINES	Nombre de Patients vus	Valorisation	Part de chaque discipline / totalité
Site de SAINT-CLOUD			
POST-URGENCES	274	8 036 €	0,41%
MEDECINE	11 374	347 402 €	17,60%
ALCOOLOGIE	3 821	85 090 €	4,31%
TABACOLOGIE	56	1 225 €	0,05%
CHIRURGIE	6 732	210 893 €	10,68%
STOMATOLOGIE	2 815	163 404 €	8,28%
OPHTALMOLOGIE	2 527	64 510 €	3,27%
ORL	3 109	108 925 €	5,52%
DERMATOLOGIE	6 150	181 555 €	9,20%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	24 798	803 001 €	40,68%
TOTAL	61656	1 974 041 €	100,00%

Ce tableau met en évidence la prédominance des consultations de chirurgie, de médecine et de gynécologie-obstétrique qui représentent 69% de l'activité des consultations. Les 30% restant sont partagés entre différentes spécialités, avec par ordre décroissant : la dermatologie, la stomatologie, l'ORL, l'addictologie et l'ophtalmologie.

Valorisation des consultations externes



Ces données sont à comparer sur plusieurs années (Annexe 5) pour étudier l'évolution des spécialités. Ainsi on peut observer des évolutions positives avec par exemple +25% sur la valorisation entre 2008 et 2009 pour la stomatologie et l'alcoologie, et des évolutions négatives : -31% pour les endoscopies digestives, -15% pour l'ophtalmologie et -11% pour la dermatologie. Ces diminutions peuvent s'expliquer par trois facteurs, à savoir la baisse de l'activité et donc par conséquent du nombre de patients vus, une baisse de la rémunération de cette activité et donc de sa valorisation, un choix volontaire de l'établissement de réduction ou de promotion d'activité. Une observation plus fine de chaque spécialité (Annexe 6) permet d'étudier plus précisément les consultations et actes réalisés ainsi que leurs évolutions. En médecine par exemple si le nombre de consultations en gastro-entérologie ne cesse d'augmenter depuis 2007, celui des endoscopies connaît à l'inverse une diminution de plus de 30% entre 2008 et 2009. Idem en dermatologie si le nombre de consultations est en diminution (-11,9% entre 2008 et 2009) le nombre d'intervention dans le service reste stable. Ces différentes analyses permettent d'évaluer au plus près les différentes situations des spécialités regroupées sous le terme générique de consultations externes. Il faut cependant noter que certaines consultations échappent toujours à un recensement : les consultations pour les patients hospitalisés (seuls certains services les comptabilisent) et les consultations « sauvages » c'est-à-dire les patients accueillis par les Urgences et envoyés en consultation (cas fréquents en Ophtalmologie).

Pour faire un bilan de l'activité des consultations externes du CH4V il est important de pouvoir comparer les données du CH4V avec d'autres afin d'évaluer la performance de l'établissement. Cependant il est difficile voire impossible de trouver des éléments de

comparaison avec des établissements de taille comparable. Les données présentées dans l'étude de la MEAH⁹ ont donc servi de point de comparaison. Ces données concernaient 8 établissements, publics ou privés de taille très différente :

- CH de Beauvais (60)
- Les Hôpitaux de Chartres (28)
- GH de l'Institut Catholique de Lille (59)
- CH de l'Agglomération Montargoise (45)
- CHU de Brest (29)
- CH de Saint Briec (22)
- CH de Cornouailles (29)
- GH Albert Chenevier Henri Mondor (94)

Une moyenne de ces 8 établissements à été réalisée afin de comparer les données du CH4V à celle de cet « établissement fictif » tiré de l'étude réalisée par la MEAH. Il faut souligner dès à présent que les données issues de cet établissement MEAH ne sont en aucun cas un modèle à suivre. Il s'agit uniquement d'indications sur les modèles de fonctionnement et sur l'activité des autres établissements de santé. Néanmoins ces données ont le mérite de définir « une moyenne » à laquelle rapporter les éléments de l'activité du CH4V.

Activité:	CH4V	Etude MEAH
• Consultations externes	55 372	42 564
• Actes réalisés en externe	6 284	16 251
TOTAL	61656	58815

Cette comparaison permet de mettre en avant le **bon volume d'activité du CH4V en matière de consultations externes**. Cependant on constate une particularité du CH4V dans la décomposition de son activité : 90% de l'activité externe est réalisée par les consultations contre seulement 72% pour « l'établissement MEAH ». En effet « l'établissement MEAH » réalise 2,5 fois plus d'actes externes que le CH4V. Il sera

⁹ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Février 2008, « Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques », Rapport intermédiaire-Diagnostic.

opportun de revenir ultérieurement dans l'analyse sur cette particularité pour en étudier les causes (lien avec les caractéristiques de la patientèle ? problème dans la codification avec toujours un CS même quand il y a un acte mieux rémunéré ? etc.)

Une fois cet état des lieux dressé, la deuxième étape consiste à analyser l'activité et l'organisation des consultations externes du CH4V (2) pour dans un dernier temps définir des pistes d'améliorations à court et moyen terme (3).

2 ANALYSE DE L'ACTIVITE DES CONSULTATIONS EXTERNES DU CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES

Une réflexion sur l'organisation des consultations externes du CH4V passe par une étude de l'équilibre économique de cette activité (2.1) et par une analyse des principaux dysfonctionnements identifiés (2.2).

2.1 LA SITUATION DES CONSULTATIONS DU SITE DE SAINT CLOUD : L'EQUILIBRE ECONOMIQUE DE L'ACTIVITE ?

La question de la couverture des dépenses des consultations externes par les recettes est un sujet, comme démontré précédemment, jusqu'à présent peu investi par les acteurs des établissements de santé. Cela tenait au mode de financement de cette activité (anciennement sous dotation globale) qui rendait cette question quasiment sans objet. Depuis l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité (T2A) et donc du paiement à l'activité, c'est toute la lecture de l'activité des consultations externes qui a évolué et qui pousse désormais les acteurs hospitaliers à penser en terme de recettes/dépenses. Il convient donc aujourd'hui de réaliser ce bilan économique des consultations pour répondre à la question que tous les acteurs hospitaliers se posent : les consultations sont-elles une activité rentable ? Ou plutôt les consultations ne sont-elles pas des activités trop déficitaires ?

2.1.1 Le bilan financier des consultations externes

Pour faire le bilan financier d'une activité il faut dans un premier temps identifier les différentes recettes générées par les consultations externes. L'état des lieux précédemment étudié a démontré que pour l'année 2009 les recettes des consultations

externes s'élevaient à 1 974 041€. Il faut dans un second temps identifier les différentes charges relatives aux consultations externes. La plus grande partie des dépenses est consacrée au personnel, qu'il soit médical ou non médical. Il faut donc répertorier les médecins intervenant dans les consultations externes ainsi que le personnel non médical (IDE/AS/secrétaire médicale). Il ne faut pas oublier les agents de l'accueil administratif, de la prise de RDV et des caisses qui participent au processus de prise en charge du patient. Le tableau ci-dessous présente le bilan économique de l'activité des consultations externes sur le site de Saint-Cloud du CH4V :

CH4V	2009	
Charges de personnel		
	Personnel non médical	1 308 288 €
	Personnel médical	1 065 084 €
Total dépenses directes		2 373 372 €
Dépenses induites		
	Coût de fournitures	31 687 €
TOTAL DES DEPENSES		2 405 059 €
TOTAL DES RECETTES		1 974 042 €
Ecart Recettes-Dépenses		-431 017 €

L'activité des consultations externes est donc déficitaire de 431 017€ Il est intéressant de noter que les dépenses de personnel représentent 98% des dépenses des consultations externes. Le niveau optimal en effectif des ressources humaines est donc un facteur clé pour l'équilibre économique de cette activité et plus généralement pour l'équilibre financier de l'établissement puisque les dépenses de personnel consacrées aux consultations représentent 5% des dépenses générales de personnel.

Ce rapide bilan économique permet également de mettre en avant l'écart qui existe entre le **coût moyen direct d'une consultation (39€)** et le **tarif opposable (23€)**. Cependant une fois encore la comparaison avec d'autres établissements permet de mettre en avant la relative performance du CH4V. En effet le coût moyen d'une

consultation dans l'établissement est inférieur à celui de l'AP-HP¹⁰ qui s'élève à 43€. Enfin cet écart (entre coût moyen et tarif opposable) doit être nuancé par le montant de la **recette moyenne d'une consultation qui s'élève au CH4V à 32€** Chaque consultation coute donc 7€ de plus que ce qu'elle rapporte ce qui conduit au final à un déficit de l'activité de 430 017€ (dans le cas où toutes les recettes facturées sont encaissées).

Il convient cependant de souligner les limites de cet exercice. En effet l'activité générée par le laboratoire, par l'imagerie et par la kinésithérapie n'a pas été comptabilisée dans les recettes alors même qu'elle pèse en partie sur les dépenses puisque le personnel administratif gère également le parcours de ces patients. Néanmoins ce bilan, même approximatif, permet d'objectiver des ressentis. En effet dans l'esprit des hospitaliers il est impossible de rentabiliser un secteur de consultations externes et le déficit de cette activité est structurel. Le tableau démontre donc que les recettes sont insuffisantes pour couvrir les charges. Le taux de couverture des dépenses par les charges s'élève à 82% pour le CH4V. Ce taux est à comparer à celui des trois établissements de l'étude MEAH qui ont été capables de mesurer cet équilibre économique¹¹ :

- H2 = 91%
- H5 = 50%
- H4 = 55%

Cette comparaison montre la bonne performance de l'établissement qui se situe bien au dessus des taux des établissements n°4 et 5. Pourtant, dans un contexte de fragilité et de difficulté financière, il est important pour l'établissement de tirer les conclusions de ce bilan économique négatif. **Ce bilan défavorable peut se lire selon deux axes : soit une consommation de ressources trop importante au regard de la prestation servie, soit un recouvrement des recettes trop faible au regard du montant encaissable.**

2.1.2 L'utilisation des ressources matérielles et humaines

L'objectif d'optimisation des ressources comprend dans un premier temps l'utilisation des ressources existantes. Pour cela il est nécessaire de faire un point sur les

¹⁰ AP-HP, Direction générale, « Mission d'appui sur les consultations externes : Etat des lieux et recommandations », Présentation à la CME du 8 Janvier 2008.

¹¹ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, Février 2008, « Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques », Rapport intermédiaire-Diagnostic.

effectifs médicaux et non médicaux, ainsi que sur l'utilisation des ressources matérielles afin d'identifier les gains potentiels et d'adapter au mieux les ressources en personnels aux besoins.

Le tableau ci-dessous permet de faire une présentation d'ensemble des consultations du CH4V en comparant les facteurs de production de cette activité à savoir le nombre de salles, le nombre de médecins/IDE/AS/ASH et autre personnel à « l'établissement fictif MEAH ».

L'activité:	CH4V	Etude MEAH
• consultations externes	55372	42564
• actes réalisés en externe	6 284	16251
TOTAL	61656	58815
Les ressources matérielles:		
• nb d'étages	4	
• salles spécialisées	10	15
• salles d'examens	21	18
TOTAL SALLES	31	33
Les ressources humaines médicales:		
• Nb de spécialités	23	21
• Nb de praticiens	60	63
Les ressources humaines non médicales:		
• Cadre (ETP)	1,25	0,7
• IDE (ETP)	6,75	9,7
• SF (ETP)	2	
• AS (ETP)	7,8	7,7
• Secrétaires médicales (ETP)	6,5	9,8
• Agents administratifs (ETP)	8,5	9,5
• ASH (ETP)	1,5	2,8
• Brancardier (ETP)	0	1
• Orthoptiste (ETP)	0	0,8
TOTAL	34,3	42

Ce tableau permet de faire le point sur l'utilisation des différentes ressources.

1. Les ressources matérielles

On observe une similitude entre le nombre de salles du CH4V et celui de « l'établissement MEAH » pour la production d'un nombre de consultations pratiquement

identique. Cependant si on s'intéresse de plus près à l'occupation de ces salles on remarque que **leur taux d'occupation est très bas**. Ce taux correspond au pourcentage des plages horaires disponibles qui sont effectivement occupées. En effet sur une amplitude horaire d'ouverture de 8h (de 9h à 17h, ce qui correspond aux horaires d'ouverture des caisses et de présence du personnel non médical) le taux d'occupation des locaux s'élève à **30% pour les spécialités qui ne consultent que le matin, à 62% pour celles qui offre deux plages** : une le matin et une l'après-midi. Ce taux très bas s'explique par la durée moyenne des plages :

Discipline	Durée moyenne de la plage de consultation
ORL	2h25
DERMATOLOGIE	2h30
CHIRURGIE	2h40
MEDECINE	2h10
OPHTALMOLOGIE	2h
STOMATOLOGIE	2h35

Les durées moyennes des consultations sont très faibles au regard des moyens qui sont mobilisés. Le personnel non médical par exemple est présent 7h30 par jour pour 5h de consultations en moyenne quand deux plages sont ouvertes. Ces mesures **démontrent donc que le plateau de consultations n'est pas saturé et peut même encore accueillir des activités complémentaires.**

2. Les ressources humaines

Le premier facteur de production de l'activité est le personnel médical. On observe que le nombre de praticiens (60) est très élevé et s'explique par la multiplication d'un petit nombre de plages réalisées par chacun. Par exemple un tiers des praticiens ne réalisent qu'une seule consultation hebdomadaire au sein du CH4V. Aujourd'hui le personnel médical est une ressource de plus en plus rare et nombreux sont les praticiens qui consultent en différents lieux (établissement publics ou privés, cabinets). Par conséquent le constat précédent d'une disponibilité des locaux doit être nuancé par la non-volonté des praticiens actuels d'étendre leurs plages de consultation. La solution réside donc dans un recrutement extérieur.

Lorsque l'on fait le bilan de la performance organisationnelle des consultations on observe que la productivité du personnel médical est limitée. Le tableau ci-dessous met en avant les données d'activités des praticiens par spécialités :

Discipline	Nombre de consultants 2009	Nombre de plage de consultations hebdomadaires	Nombre de consultants moyens par plage	Objectif du nombre de patients par plage fixé pour 2010	Nombre de patient par heure
ORL	3109	9	7,7	10	3,12
DERMATOLOGIE	6150	13	10,5	14	3,97
CHIRURGIE	6732	13	11,5	NF	3,98
MEDECINE	7307	23	7,1	NF	2,50
OPHTALMOLOGIE	2527	8	7,0	10	4,18
STOMATOLOGIE	2815	12	5,2	9	1,91

L'activité des consultations a été étudiée sur 45 semaines, ce qui permet de neutraliser l'effet de congés. Ainsi on observe qu'**en moyenne 8 patients sont vus par demi-journée**, contre 10 pour les consultations de l'AP-HP¹², que le **durée moyenne d'une vacation est de 2h25** (identique à celle de l'AP-HP de 2h30) et que la **durée moyenne d'une consultation par patient est de 19 minutes** (contre 16 minutes à l'AP-HP). Pour essayer d'améliorer la performance des consultations des objectifs de prise en charge de patients par plage ont été fixés aux praticiens. A ce jour ces objectifs ne sont pas atteints et démontrent qu'il y a encore des marges de progression. Il est important de souligner que ces données sont des moyennes et cachent dans certains cas les bonnes performances de différents praticiens qui réalisent à ce jour ces objectifs. Enfin ce tableau permet de comparer les temps de prise en charge par spécialités :

- Ophthalmologie : 1 patient toutes les 14 minutes
- Dermatologie : 1 patient toutes les 15 minutes
- Chirurgie : 1 patient toutes les 15 minutes
- ORL : 1 patient toutes les 19 minutes
- Médecine : 1 patient toutes les 24 minutes
- Stomatologie : 1 patient toutes les 31 minutes

Les différences de rythme de prise en charge peuvent pour partie être justifiées par la particularité de la prise en charge comme en stomatologie par exemple mais reflètent également l'activité de la consultation. Cette analyse permet donc une visibilité sur l'activité réelle du plateau de consultation.

¹² AP-HP, Direction générale, « Mission d'appui sur les consultations externes : Etat des lieux et recommandations », Présentation à la CME du 8 Janvier 2008.

Le deuxième facteur de production de l'activité est le personnel non médical. On observe un nombre plus faible d'ETP utilisés au CH4V que dans « l'établissement MEAH » pour une activité identique, comparaison qui laisse supposer une bonne utilisation des ressources humaines au CH4V. Ce constat doit être nuancé par plusieurs points. Comme souligné précédemment il n'existe aucune garantie d'une réflexion organisationnelle de la part des établissements qui ont participé à l'étude MEAH. Par conséquent les moyennes obtenues ne sont pas un modèle à suivre mais le reflet des organisations. Il est donc plus intéressant d'étudier les clés de répartition des différents personnels entre les deux établissements. On observe par exemple que le nombre d'AS et d'agents administratifs est pratiquement identique. A l'inverse le nombre de secrétaires médicales est beaucoup moins important au CH4V et pose la question d'éventuels glissements de tâche entre les IDE, les AS et les secrétaires.

Une étude plus approfondie de l'organisation du personnel non médical a permis d'identifier différents dysfonctionnements. On observe dans un premier temps que les soignants sont affectés à un type de consultation, ce qui a pour conséquence de limiter la polyvalence des agents, pourtant indispensable pour le bon fonctionnement d'un plateau de consultations. On note également une **inadéquation entre les horaires du personnel soignant et les horaires des consultations médicales** (Annexe 7), les horaires du personnel soignant répondant plus à des besoins individuels qu'à une réelle adaptation à l'activité médicale. De même ces horaires sont fixes alors que l'activité quotidienne prévisionnelle est fluctuante en fonction des présences médicales.

A ce jour un travail est en cours au niveau de la Direction des ressources humaines pour rationaliser l'organisation des consultations en adaptant les horaires et les tâches soignants à la réalité des besoins, de façon quotidienne comme annuelle. L'objectif à terme est la mise en place d'un réel « pool » soignant polyvalent sur les différentes consultations, pool organisé au plus près de l'activité prévisionnelle des consultations. Cette polyvalence du personnel soignant permettrait de gagner en souplesse et en permanence dans l'organisation des réponses aux besoins.

Il est donc important de mener une véritable réflexion sur la rationalisation des ressources disponibles. Par exemple la sous-utilisation de certaines salles pourrait permettre de procéder à des regroupements géographiques de consultations pour obtenir des gains d'échelle et ainsi rationaliser l'utilisation des ressources en personnel paramédical. De même une réorganisation des plages de consultations, menée en collaboration avec les médecins pourrait permettre d'optimiser au mieux l'utilisation des moyens humains. Cependant il s'agit là de changements difficiles à accepter qui doivent être effectués dans le temps après une analyse plus précise des caractéristiques de chacune des spécialités.

A court terme l'optimisation des moyens reposent donc sur :

- **une plus grande utilisation des plages horaires, par la voie du recrutement par exemple,**
- **une amélioration de la productivité des médecins, en continuant à leur fixer des objectifs de prise en charge de patients et en suivant mensuellement avec eux leurs résultats,**
- **un alignement des horaires soignants sur le temps de présence médical (réorganisation en cours).**

2.1.3 La problématique de la facturation et du circuit administratif

L'objectif d'optimisation des ressources comprend dans un second temps la maximisation des recettes liées à l'activité. Comme mentionné à plusieurs reprises, le financement par budget global n'a pas favorisé les efforts des établissements en matière de recouvrement des recettes de consultations externes. Pire, un recouvrement efficace pouvait générer, de par le mécanisme de versement de la dotation par douzième de la tutelle, une somme importante à compenser en fin d'année. On mesure alors le saut culturel que représente la T2A pour les acteurs hospitaliers et plus particulièrement pour les agents affectés à la facturation. Aujourd'hui l'établissement doit impérativement récupérer auprès des patients la part qui lui revient. **Le CH4V a donc fait le choix de d'organiser le circuit administratif pour faire revenir le patient aux caisses et le faire s'acquitter des montants dus avant son départ de l'établissement.** Il s'agit déjà d'un choix important pour améliorer le recouvrement des recettes que seuls 3 établissements sur 8 ont réussi à mettre en place dans l'étude de la MEAH. Il permet d'éviter un premier écueil : que les patients ne reçoivent pas de facture car les sommes à recouvrer sont inférieures au seuil de recouvrement (qui s'élève en moyenne à 5€). En effet en dessous de ce seuil la trésorerie considère que la procédure de recouvrement est trop coûteuse. Faire revenir le patient permet donc de lui faire payer directement la différence entre le prix de la consultation et le montant pris en charge par la Sécurité sociale c'est-à-dire le ticket modérateur. Il convient cependant de préciser que les factures inférieures au seuil de recouvrement sont de moins en moins nombreuses car une consultation (CS) et souvent accompagnée d'actes complémentaires (AMI, laboratoire, radiologie) qui augmentent son montant.

Le circuit administratif est organisé en quatre temps. Lors de la prise de rendez-vous les hôtesse informent le patient de l'obligation de passer en caisse et de prévoir en

moyenne ¼ d'heure avant la consultation. Il doit à cet effet présenter ses justificatifs d'identité et de couverture sociale. L'objectif est de « sécuriser » les modalités de facture dans le dossier du patient, c'est-à-dire de s'assurer de l'exactitude des données pour garantir le paiement en fonction des droits de l'assuré et en cas d'envoi d'une facture. La veille de la consultation les secrétaires médicales impriment la liste des RDV de chaque consultation en trois exemplaires : un pour les médecins, un pour l'accueil des consultations et un pour la caisse (qui sera photocopié pour chaque caissier). Il s'agit d'une procédure qui permettra des contrôles en aval de la consultation. Le jour de la consultation :

- La caisse pointe le patient sur la fiche de RDV, édite deux fiches de circulation remises au patient, pré-saisit et pré-encaisse pour certaines consultations (par exemple pour les RDV en dermatologie), et enfin tamponne la fiche circulation avec la mention « pour un retour en caisse ».
- Le personnel de la consultation réoriente le patient qui se présente sans fiche de circulation, pointe son nom sur la liste et demande au patient de remettre sa fiche de circulation au médecin.
- Le médecin saisit en temps réel les actes sur CDP2 (sauf en cas de pré-saisit de la CS), remet la fiche circulation au patient et en conserve un exemplaire qu'il remettra à sa secrétaire en fin de plage de consultation.
- Le patient retourne en caisse avec sa fiche de circulation (sauf en cas de prépaiement).

Le derniers temps de ce circuit administratif concerne le lendemain de la consultation : le personnel de la consultation remet les fiches de RDV cochées avec les doublons des fiches de circulation. A ce moment là commence le travail de vérification des agents de la caisse. Ils comparent les feuilles de RDV pour s'assurer que tous les patients ont été enregistrés. Il peut arriver que des patients se rajoutent dans les RDV à la dernière minute ou bien en dehors des horaires d'ouverture des caisses (assez rare au regard des horaires de consultations). Ils contrôlent dans un second temps les fiches de circulation pour s'assurer du déversement des actes de CDP2 dans CPAGE (dossier patient) mais également d'HEXALIS et X-PLORE vers CDP2 (c'est-à-dire pour les examens de laboratoire et de radiologie). Ils contrôlent par requête Business Object (BO) les « doublons ». En effet certains praticiens ne codent pas leurs actes en temps réel mais par exemple à la fin de leur plage de consultation. Si entre temps le patient est repassé en caisse c'est l'agent administratif qui aura codé les actes. Il faut donc faire des vérifications pour éviter d'avoir deux fois les mêmes actes codés et ainsi soit envoyer une facture à un patient qui a déjà payé ou envoyer une facture avec deux consultations/actes

facturés. Enfin l'agent administratif contrôle, toujours par requête BO les « dossiers vides » c'est-à-dire sans aucune cotation.

Cette procédure a pour objectif de définir le rôle de chaque acteur dans le processus lié aux consultations. L'organisation ainsi décrite s'inscrit dans le cadre de la facturation directe des consultations et par conséquent de la codification à la source et en temps réel des actes réalisés par chaque intervenant.

Pour optimiser son recouvrement des recettes l'établissement a fait le choix de promouvoir la pré saisie et le prépaiement ainsi que le codage par certains médecins des actes NGAP ou CCAM. Le prépaiement permet de garantir une recette à l'établissement. Il est possible pour des cas clairement identifiables : lorsque la plage de consultation ne génère qu'une CS (en médecine par exemple), lorsque la plage génère un acte CCAM connu à l'avance et récurrent (par exemple pour les consultations d'obstétrique avec les échographies). Le problème se pose lorsqu'il y a réalisation d'un acte supérieur au prépaiement. Le patient doit alors repasser en caisse pour payer la différence. Pour les spécialités qui ne sont pas dans le cas précédent le choix a été fait de promouvoir le codage à la source par les médecins pour permettre le règlement en régie du ticket modérateur. Ainsi un travail important de communication à l'égard des médecins a été entrepris au sein de l'établissement pour accompagner la mise en place de cette nouvelle modalité. A ce jour des menus déroulants reprenant les principaux actes effectués par les médecins et permettant ainsi de simplifier leur codage ont été mis en place. Cette pratique a également pour avantage de préparer le corps médical à la saisie des actes dans le cadre de l'implantation du futur Dossier Médical Informatisé (dans le sens d'une sensibilisation à l'outil informatique). Cependant on observe aujourd'hui que ces pratiques sont encore assez limitées : **seul 29% des médecins codent à la source et 34% des consultations font l'objet d'une pré-saisie**. La direction, et plus particulièrement le médecin DIM, doit continuer l'accompagnement et le suivi des acteurs concernés pour transformer cette organisation en routine et ainsi garantir un recouvrement des recettes optimal. Lorsque le recouvrement direct n'est pas possible l'établissement envoie une facture au patient. Le CH4V a fait le choix d'un dossier du patient à l'année et d'un balayage de facturation de ces dossiers mensuel. Ainsi chaque venue est enregistrée comme un passage, c'est-à-dire rajoute une ligne d'acte à son dossier. Le balayage mensuel permet le cumul des différents actes et évite ainsi les problèmes du seuil de recouvrement et du seuil de poursuite (30€), et offre également la garantie de la complétude du dossier (avec par exemple le déversement des actes complémentaires). Enfin l'établissement travaille sur la mise en place d'une régie prolongée. L'objectif est de permettre au patient d'effectuer son paiement directement au CH4V avant l'envoi d'un titre de recette par la trésorerie. A cet effet l'établissement s'est engagé dans une

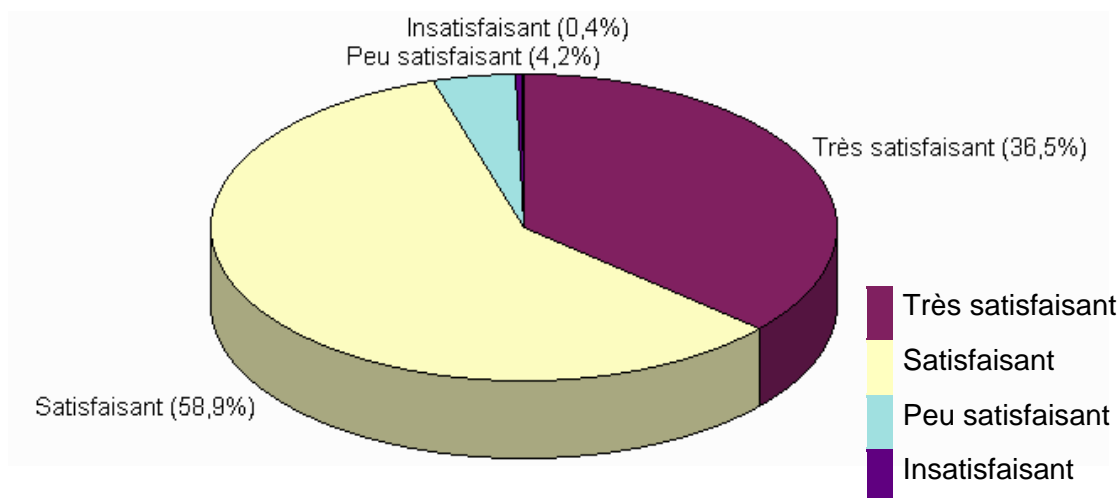
démarche de partenariat avec la Trésorerie principale (TP). Ainsi le patient recevra une lettre de relance l'invitant soit à venir régler sa consultation soit à envoyer un chèque avant une certaine date. Ce courrier sera plus explicatif que le titre de recette envoyé par la TP et permettra d'indiquer le détail des soins en lien avec le montant facturé. L'objectif est de raisonner en termes de gestion de clientèle. Cette lettre sera rédigée en amont de la facturation et permettra de rapprocher le moment du soin, du moment de la relance faite au patient. Le rapprochement des délais entre soins et facture doit permettre d'augmenter le taux de paiement de l'hôpital.

Le bilan économique des consultations externes a démontré qu'il s'agissait d'une activité déficitaire. Une analyse des deux axes explicatifs (une consommation de ressources trop importante au regard de la prestation servie ou un recouvrement des recettes trop faible au regard du montant encaissable) a été réalisée et des actions ont été entreprises.

2.2 LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DE CET ETAT DES LIEUX

2.2.1 Les points positifs des consultations externes du CH4V

Les résultats de l'enquête de satisfaction menée au sein du CH4V démontrent la **générale satisfaction des patients qui viennent consulter au CH4V** :



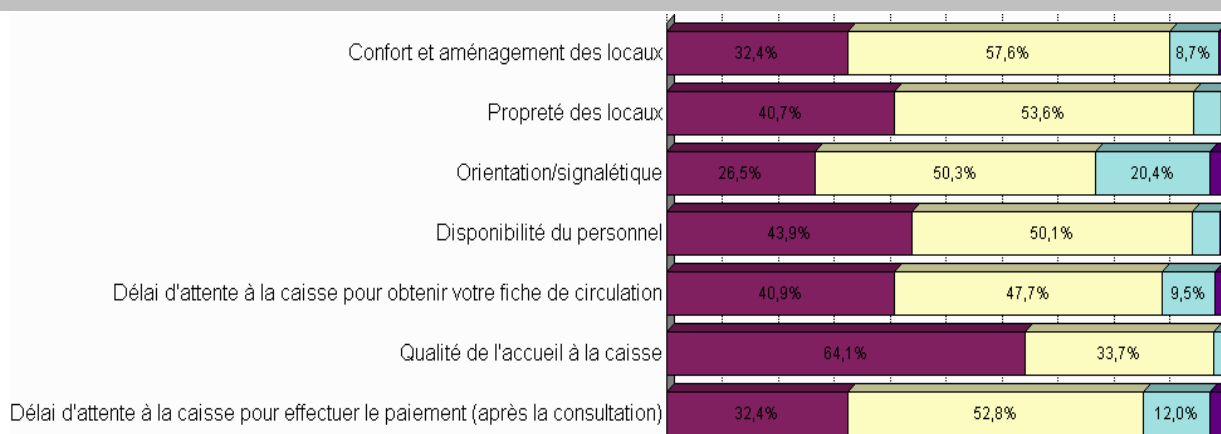
Ainsi plus de **95,4% des patients qui se rendent dans l'établissement sont satisfaits par la prestation qui leur est offerte**. Il s'agit d'un point important à souligner lorsque l'on s'intéresse à l'optimisation d'une activité. Une étude plus précise sur les différentes étapes de la consultation a permis de confirmer ce sentiment de satisfaction.

Quatre items ont été étudiés :

- La prise de rendez-vous (résultats déjà présentés)
- La prise en charge administrative (idem)
- L'environnement de la consultation
- La consultation

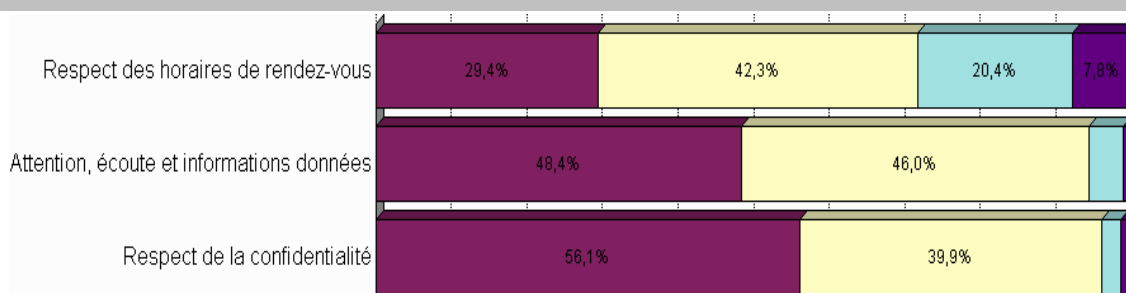
Concernant l'environnement de la consultation on note également la globale satisfaction des patients avec plus de 94% des patients qui sont satisfaits de la disponibilité du personnel, 94,3% qui sont satisfaits de la propreté des locaux et 97,8% qui sont satisfaits de la qualité de l'accueil à la caisse.

Environnement de la consultation



Enfin cette satisfaction se retrouve lors du déroulement de la consultation : 94,4% des patients sont satisfaits de l'attention de l'écoute et des informations données ; et 96% sont satisfaits du respect de la confidentialité.

Consultation



Néanmoins cette satisfaction générale du patient ne doit pas cacher les différents dysfonctionnements qui touchent à la fois au circuit patient et à l'organisation des consultations externes.

2.2.2 Les principaux dysfonctionnements

1. L'accueil du patient :

La description du processus de prise en charge du patient démontre qu'il existe **deux points susceptibles de dysfonctionnement dans ce circuit**, points qui se situent :

- à **l'entrée du patient** (accueil téléphonique et accueil physique)
- à **sa sortie** (facturation et règlement).

C'est en effet aux extrémités du processus que se concentrent les difficultés organisationnelles. Le dysfonctionnement majeur identifié est la multiplication des temps d'attente.

Le premier temps d'attente peut être téléphonique. En effet comme exposé précédemment joindre le bon interlocuteur peut demander du temps. Certains patients transitent ainsi par le standard, qui les réoriente vers les agents de prise de rendez-vous mais pour certaines consultations (gynécologie, alcoologie, anesthésie par exemple) ces derniers le renvoient vers la secrétaire de la consultation. Le temps d'attente téléphonique est donc très variable et dépend de la capacité du patient à identifier le bon numéro pour sa prise de rendez-vous.

Le deuxième temps d'attente concerne les délais de rendez-vous. Ces délais sont très variables : de 2 jours à plus de 3 mois pour certaines spécialités. Ce temps d'attente peut être un facteur important de désorganisation pour les consultations car plus les délais sont longs plus le nombre de patients absents le jour du RDV est important (oubli, RDV plus rapide dans un autre établissement, etc.).

Le troisième temps d'attente se situe à l'accueil administratif. Le patient doit se faire enregistrer avant de se rendre en consultation. Ce temps d'attente peut également être très variable. L'enquête de satisfaction réalisée a permis d'identifier des « heures de pointe », à savoir des heures où l'affluence des patients aux caisses (lieu identique mais guichets différents pour l'enregistrement et le paiement) est importante : 40% des consultations ont lieu entre 9h et 11h et 18,8% de 14h à 15h. A ces horaires la file

d'attente est très longue ce qui génère du stress et de l'insatisfaction chez les patients, mais c'est également une source de désorganisation dans la prise en charge (attente des médecins du patient « bloqué » à l'accueil administratif par exemple). Cette insatisfaction est renforcée par la géographie des locaux : un lieu d'attente situé en plein passage avec seulement 9 places assises, des locaux ouverts avec en arrière plan les agents de la facturation qui, alors même qu'ils sont occupés à des tâches différentes, donnent l'impression au patient que l'accueil est insatisfaisant car le nombre d'agent postés à l'accueil pourrait être augmenté. Il convient cependant de souligner que si les sources de mécontentement sont réelles à certaines heures de la journée, le patient est globalement satisfait de sa prise en charge administrative : 40,9% sont très satisfaits du délai d'attente à la caisse pour obtenir la fiche de circulation contre 9,5% peu satisfaits, 64,1% des patients sont très satisfaits de la qualité de l'accueil à la caisse. De plus différentes mesures ont déjà été mise en œuvre pour fluidifier le circuit patient avec notamment la distinction d'un guichet dédié aux femmes enceintes et au règlement pour réduire le temps d'attente de ces patients.

Le dernier point d'attente se situe à la sortie du patient lorsque celui-ci doit revenir se présenter en caisse. Le nombre de patients qui doit revenir pour payer est important car l'établissement n'a pas de convention avec les différentes mutuelles. Ainsi le système du tiers-payant ne fonctionne pas au CH4V. Le temps d'attente en caisse peut également être augmenté par l'obligation pour les agents des caisses de faire la saisie des actes réalisés et inscrits sur la fiche de circulation lorsque ceux-ci non pas été saisis en temps réel sur CDP2 (alors même que c'est une responsabilité qui incombe au médecin).

Ces dysfonctionnements sont des sources d'insatisfaction pour le patient :

- 10% d'entre eux sont insatisfaits par le confort et l'aménagement des locaux,
- 23,2% par l'orientation et la signalétique,
- 11,4% par le délai d'attente à la caisse pour obtenir la fiche de circulation,
- 14,8% d'entre eux par le délai d'attente à la caisse pour effectuer le paiement après la consultation.

Si certains temps d'attente sont facilement mesurables (exemple délai d'obtention d'un rendez-vous), d'autres nécessitent la mise en place d'indicateurs en routine (comme par exemple le temps d'attente avant la consultation) ou bien ne peuvent relever que d'une simple estimation ou d'une enquête ponctuelle (exemple temps d'attente aux caisses). Ainsi à ce jour seul un temps approximatif de durée du circuit patient peut être

calculé : 15 min pour l'enregistrement, 30 min en moyenne en salle d'attente¹³, 20 min pour une consultation, 15 min pour le paiement. **Au total un patient qui vient en consultations externes hospitalières passe en moyenne 1h20 dans l'établissement.** Ce temps est à rapporter au temps de la consultation, 20 min, et permet de mieux comprendre le sentiment du patient d'une attente trop longue.

Ces différents temps sont importants à mesurer car de sa capacité à maîtriser le temps, et plus particulièrement pour une activité aussi complexe que les consultations externes, dépendra la performance organisationnelle de l'établissement.

Principaux dysfonctionnement relatifs au parcours du patient :

- Multiplication des temps d'attente
- Difficultés pour identifier le bon interlocuteur téléphonique
- Délai d'accueil administratif trop long à certaines heures pour obtenir la fiche de circulation
- Délai d'attente trop long aux caisses pour effectuer le paiement après la consultation
- Complexité du parcours patient
- Signalétique insuffisante
- Non respect de certains horaires de RDV

2. Le pilotage des consultations externes :

Ce pilotage concerne aussi bien le plan du management global des consultations externes, de l'organisation de l'activité, que celui de la gestion des ressources humaines. L'analyse précédente a montré que le bilan économique des consultations externes est déficitaire et que ce résultat peut être lu selon deux axes : une consommation de ressources trop importante et/ou un recouvrement des recettes trop faible. L'étude de ces différents points a permis d'identifier différents dysfonctionnements.

Le premier concerne l'utilisation des ressources matérielles. On observe à ce jour une **sous-utilisation des locaux de consultation**. Cette faible utilisation des locaux

¹³ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* n°167, DREES, avril.

s'explique par une durée des plages trop courte. En effet les plages de consultations durent en moyenne 2h25 alors que les locaux sont mis à disposition sur des créneaux horaires de 4h (matinée et après-midi). Ainsi le taux d'occupation des locaux s'élève à seulement **60%**. Ce taux signifie que les locaux sont « inoccupés » c'est-à-dire sans consultation médicale pendant presque 1h30. Ce taux d'occupation entraîne donc une consommation des ressources humaines non optimale car le personnel soignant est mobilisé toute la journée.

Le deuxième dysfonctionnement se situe au niveau de la productivité des médecins. Cette **productivité médicale est limitée**. Aujourd'hui les médecins des consultations externes reçoivent en moyenne 3,28 patients par heure, c'est-à-dire un patient toutes les 18 minutes. Cette productivité est jugée insuffisante pour deux raisons : les objectifs du nombre de patients par plage fixé pour l'année 2010 ne sont pas atteints (objectif fixé en fonction des moyens mis à disposition des médecins), les données une fois comparées à celles de l'AP-HP démontrent que les temps de consultation sont plus longs et que les moyennes de patients vus par demi-journée sont inférieures. Cependant les médecins ne souhaitent pas à ce jour soit augmenter la durée de leur plage de consultation soit assurer de nouvelles plages de consultation ce qui permettraient d'augmenter l'activité du service et par conséquent le nombre de patients pris en charge par médecin.

Le troisième dysfonctionnement caractérise l'utilisation des ressources non médicale. Cette utilisation apparaît comme **non optimale**. On observe dans un premier temps une **affectation des personnels soignants à une consultation**. Cette affectation a pour conséquence de limiter la polyvalence des agents. On note également une **inadéquation entre les horaires du personnel soignant et les horaires des consultations médicales**. Cette situation induit une consommation de ressources humaines inadaptée par rapport au besoin de l'activité. Cette situation peut également générer des situations artificielles de saturation dans certains secteurs malgré la disponibilité de ressources dans d'autres secteurs car ces ressources sont « inutilisables » soit par manque de polyvalence, soit par la non-volonté des agents de prendre en charge une consultation différente de celle où ils sont « affectés ». Enfin ce cloisonnement représente un véritable **facteur de complexité supplémentaire dans la gestion de cette activité**.

Le quatrième dysfonctionnement s'observe au niveau du pilotage de l'activité. En effet **le management global apparaît insuffisant**. Tout d'abord les consultations externes, activité pourtant médicale, ne sont pas sous la **responsabilité d'un médecin**.

Cette absence de désignation d'un responsable médical conduit au développement de pratiques non optimales (retard dans les consultations, annulation des plages, difficulté de programmation et de gestion). De plus la difficulté du pilotage de cette activité des consultations externes est accentuée par la multiplicité des lieux. En fonction des lieux et des spécialités, comme par exemple la gynécologie-obstétrique, ce sont les cadres du service qui gèrent l'activité (un cadre pour les sages-femmes et un cadre pour les auxiliaires puéricultrices). A ce jour le management du plateau de consultations externes est géré par un cadre qui n'est pas reconnu par les médecins comme responsable de cette activité. Ce cadre s'occupe actuellement uniquement des intervenants paramédicaux. Cette limitation du périmètre d'intervention du cadre pose un véritable problème car, comme démontré précédemment, la concordance d'intervention de tous les personnels est fondamentale pour la fluidité du patient.

Enfin le dernier dysfonctionnement identifié porte sur l'absence d'outils de pilotage ou d'indicateurs de qualité en routine. A ce jour le pilotage de l'activité des consultations est rendu difficile par le manque de visibilité des différents acteurs intervenant sur le plateau. Ce **manque de tableaux de bord** ne permet pas de **rendre compte périodiquement de l'activité** (suivi réalisé uniquement au niveau des services financiers), voire **des performances du secteur** à travers des indicateurs. Cette absence peut dans certains cas s'expliquer par les limites des systèmes d'information. Par exemple il est à ce jour impossible de connaître le montant des créances irrécouvrables affectées aux consultations. Le montant de ces créances ne peut être réparti entre l'hospitalisation, les urgences et les consultations externes. Ce manque d'information entraîne une approximation des tableaux financiers élaborés pour les consultations externes car ils comparent des dépenses réelles avec des recettes prévisibles. Ainsi le bilan financier présenté affiche le résultat de -430 071€ si toutes les factures sont recouvrées. Or, alors même que l'on sait que ce taux de recouvrement n'est pas de 100%, on est aujourd'hui incapable d'évaluer précisément la part imputable aux consultations et donc l'aggravation du déficit à prévoir. Dans d'autres cas ces informations, et plus particulièrement les indicateurs de qualité (temps d'attente, délai de RDV par exemple) ne sont pas collectées car la pratique n'a pas été instaurée. Cette absence d'indicateurs en routine sur l'organisation et sur les pratiques au sein des consultations externes ne permet pas un pilotage efficace.

Principaux dysfonctionnements relatifs à l'organisation de l'activité des consultations externes :

- Une sous utilisation des ressources matérielles
- Une productivité médicale limitée
- Une utilisation non optimale des ressources non médicales
- Un manque de pilotage global de l'activité
- L'absence d'indicateurs de suivis de la qualité en routine et de tableaux de bord

Après avoir dressé l'état des lieux de l'organisation des consultations externes et fait un point sur la situation économique de l'activité, il convient dans un dernier temps d'examiner les moyens d'apporter des solutions aux différents problèmes qui ont été soulevés. Les améliorations proposées portent sur deux grands points : le circuit du patient et le pilotage managérial et financier de l'activité.

3 ENJEUX ET PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS

Deux aspects sont en envisager en termes d'évolution de l'activité. Le premier concerne tous les aspects opérationnels de l'activité et les améliorations qui peuvent y être apportées à court ou moyen terme (3.1). Le deuxième aspect se veut plus stratégique et conduit à une réflexion plus générale sur la place et sur les orientations des consultations externes hospitalières (3.2).

3.1 LES AMELIORATIONS OPERATIONNELLES

Ces améliorations opérationnelles portent sur l'organisation des différentes étapes du circuit patient (3.1.1) et sur le pilotage, à la fois managérial et financier de l'activité des consultations externes (3.1.2).

3.1.1 FACILITER LE CIRCUIT PATIENT : D'UNE LOGIQUE D'USAGER A UNE LOGIQUE DE CLIENT

1. Simplifier le circuit administratif

Le diagnostic des consultations externes a montré que l'arrivée comme la sortie constituaient pour le patient des étapes complexes et surtout des étapes susceptibles d'emboliser ou du moins de désorganiser son circuit (retard au RDV, attente du praticien, aller-retour du patient sans fiche de circulation, etc.).

Il s'agit dans un premier temps d'étapes essentiellement administratives. L'objectif après étude du circuit administratif est de réfléchir aux moyens de sa simplification. Pour cela il est important de bien **définir les étapes indispensables** et **d'identifier celles sans « valeur ajoutée » ou en « doublons »**. La première étape dans ce circuit est l'enregistrement administratif aux caisses. Cette étape est primordiale pour garantir un recueil exhaustif de l'activité. Cet enregistrement se fait en un lieu unique. Il est important de ne pas revenir sur cette centralisation qui permet à la fois une mutualisation des moyens et qui est un point facilitant dans le circuit du patient (un seul point d'entrée). Le problème se situe uniquement à certaines heures de la journée où on assiste à la création de véritable goulot d'étranglement. La première solution, après étude de la patientèle, serait la création ou plutôt la réaffectation (car cet accueil a déjà existé) d'un agent pour un **accueil décentralisé spécifique aux consultations de gynécologie-obstétrique**. En effet ces consultations ont lieu, pour la plupart, dans un lieu bien identifié et distinct avec une entrée directe par la rue. Mettre en place cet accueil permettrait de fluidifier le passage aux caisses car les consultations de gynécologie-obstétrique représentent au CH4V 40% de l'activité des consultations externes et drainent par conséquent un nombre important de patientes.

La deuxième étape pour le patient se situe au niveau des consultations. Quand on réfléchit à la simplification du circuit administratif on **cherche à réduire le nombre d'interlocuteurs du patient, facteurs de stress et de complexité**. Une des solutions pourrait être de former les secrétaires médicales à l'enregistrement des patients et à l'édition des fiches de circulation. Cette solution n'est pas envisageable au CH4V pour plusieurs raisons. Premièrement toutes les consultations ne bénéficient pas d'une secrétaire médicale. Par conséquent cette décentralisation de l'enregistrement aurait pour conséquence un glissement de tâches du personnel soignant au profit de tâches administratives. Deuxièmement cette solution entre en contradiction avec l'organisation actuelle du circuit et le souhait clairement affiché de l'établissement de promouvoir le

recouvrement direct des consultations externes. Dans cette solution les patients doivent après la consultation se diriger vers une régie pour effectuer leur paiement. Cela revient donc à rajouter une étape dans le circuit patient et va donc à l'encontre de l'objectif de simplification.

Une des solutions pour diminuer le nombre d'étapes du circuit patient consiste à **développer le prépaiement**. Ainsi le patient s'acquitte lors de son enregistrement du montant dû pour une consultation. Il n'a par conséquent pas à revenir aux caisses après sa consultation et peut donc quitter l'établissement sans d'autres formalités. Ce système de prépaiement nécessite une étude très approfondie des consultations externes pour identifier les consultations et actes réalisés par les praticiens. La Direction des finances est en cours de réalisation d'un tel travail. Les premières conclusions ont permis par exemple de mettre en place un prépaiement en dermatologie. En effet les deux médecins consultants réalisent dans 90% des cas une consultation (CS). Promouvoir ce prépaiement permet donc de supprimer une étape dans le circuit administratif du patient et donc de fluidifier les passages en caisse mais également, et c'est un point important, de garantir à l'établissement le maximum de recettes en lien avec les consultations réalisées. La deuxième piste à étudier porte sur **le tiers-payant**. Aujourd'hui les patients doivent s'acquitter du montant de la consultation qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale. Cette étape de paiement pourrait également être supprimée par l'intermédiaire de conventions avec les mutuelles. Ces conventions permettraient de se retourner directement vers la mutuelle du patient pour récupérer le paiement complémentaire de la consultation. Il s'agit à ce jour d'un projet en cours d'étude. Si le conventionnement avec les mutuelles permet de diminuer les passages en caisse car le patient ne doit pas revenir payer il n'offre pas à ce jour toutes les garanties de paiement (défaut dans l'identification de la mutuelle, retard de paiement, etc.). Il est intéressant de noter en matière de processus une pratique d'un des établissements du panel de l'étude MEAH. En vue de simplifier le circuit patient dans sa composante administrative l'établissement a mis en place un système de « carte annuelle de consultant ». Cette carte est établie à la première venue du patient avec ses coordonnées administratives et lui permet ensuite de venir en consultation toute l'année sans avoir à repasser par le bureau des entrées. La facturation des actes est concentrée en une ou deux fois dans l'année. Cette pratique simplifie grandement la circulation des patients dans l'établissement, peut être un facteur de fidélisation, et paraît adaptée aux profils des consultants hospitaliers (plus de 47% viennent en consultations externes pour un suivi régulier). Néanmoins elle présente différents inconvénients. Elle fait peser un risque réel sur le recouvrement des recettes en éloignant la facturation de la date des soins (plus la réception de la facture est éloignée de la date des soins moins le patient est enclin à l'acquitter), en diminuant les

garanties de facturation (l'enregistrement systématique permet de contrôler à chaque passage les données de facturation du patient : adresse, carte de sécurité sociale, etc.), en « redonnant » cette impression de gratuité des soins (ce qui peut avoir des conséquences sur l'organisation des consultations car par définition ce qui est gratuit n'a pas de valeur : annulation de dernière minute, absence des patients, retards). Cette idée de carte doit être étudiée de plus près. Elle peut par exemple être limitée à certaines consultations qui concentrent leur activité sur le suivi régulier des patients ou à certaines catégories de patients (habitants de Saint-Cloud, patients avec une mutuelle de la fonction publique en convention avec l'établissement).

La question des horaires d'ouverture des caisses n'est pas d'actualité. Elles sont aujourd'hui ouvertes de 8h30 à 17h (avec un dernier encaissement à 16h30), ce qui correspond aux horaires des consultations. En effet à ce jour seules quelques consultations de médecine se terminent après 17h. Il y a donc peu de patients qui partent directement sans repasser aux caisses. Cette question d'une ouverture plus tardive, voire d'une ouverture le samedi devra être posée lorsque la direction aura trouvé le moyen d'augmenter les plages de consultations externes. Comme démontré précédemment les praticiens actuels ne souhaitent pas augmenter leur temps de consultation. La solution consiste donc à se tourner vers un recrutement extérieur.

Le dernier point à aborder est celui de la simplification du circuit physique du patient. Ce circuit est complexe et se déroule en plusieurs points. La première solution consiste à **revoir la signalétique de l'établissement**. Cette signalétique est aujourd'hui insuffisante (panneaux trop petits et surchargés d'information). L'idée d'un grand panneau situé près des caisses récapitulant l'ensemble des consultations et leur lieu de réalisation ou encore d'un marquage au sol (comme un fil d'Ariane à suivre) est à étudier. La deuxième solution est la **mise en place d'un accueil physique**. Un tel accueil n'existe pas, ou plutôt n'existe plus (pour des raisons d'organisation et de personnel) et fait défaut. Il est en effet compliqué pour un nouveau patient de se repérer dans les locaux sans une aide. Ce comptoir d'accueil et d'orientation est envisagé dans le cadre de la reconstruction du hall d'entrée du débute dès la fin de l'année 2010. A cet effet et pour permettre une mutualisation des moyens le standard (actuellement au niveau B) va être « remonté » au niveau A et placé au niveau de la borne d'accueil. Ainsi les 7 ETP du standard (puis à terme les 8 ETP car les standards de Sèvres et Saint Cloud vont être regroupés), auront en charge à la fois l'accueil physique et téléphonique. Cette mise en place d'une borne d'accueil peut donc se faire sans coût de personnel supplémentaire.

Propositions d'amélioration :

- Développement du prépaiement pour fluidifier le passage aux caisses
- Avertissement systématique par les agents des RDV de l'obligation de se présenter 1/4h avant pour enregistrement à l'accueil administratif
- Réflexion sur l'instauration du tiers-payant (convention avec les mutuelles)
- Installation d'un comptoir d'accueil
- Décentralisation d'un poste d'accueil au niveau des consultations de gynécologie-obstétrique

2. Clarifier le processus de prise de rendez-vous

Le premier problème identifié dans le processus de prise de RDV est celui de la **dispersion des points d'appels**. En effet comme démontré ultérieurement les deux premiers numéros que l'on trouve dans l'annuaire ou sur le site internet de l'établissement sont ceux du standard et des urgences. L'objectif est donc double : **garantir une meilleure visibilité du numéro unique de prise de RDV des consultations, centraliser les appels du CH4V par le standard**. Pour offrir une meilleure visibilité du numéro des consultations externes il faut commencer par revoir la page de garde du site internet de l'hôpital. Cette page propose aujourd'hui le numéro du standard ou celui des urgences. Il semble opportun de supprimer le numéro des urgences pour ainsi proposer comme porte d'entrée unique de l'hôpital ou du moins comme point d'entrée clairement identifié : le standard. Le passage par le standard permet de canaliser les appels, d'éviter les erreurs d'orientation et de ne pas surcharger les équipes hospitalières avec un temps d'orientation téléphonique qui n'est pas de leur compétence. Cette orientation systématique par les agents du standard est possible dans l'organisation actuelle avec la présence d'agent 24h/24. Il faut également réfléchir au graphique de cette première page pour proposer une icône plus visible et plus attractive des consultations qui permettrait au futur patient de trouver l'essentiel des informations dont il a besoin pour venir en consultation dans l'établissement. Et surtout qui lui permettrait d'identifier rapidement le numéro à composer pour prendre RDV. Il faut véritablement raisonner dans une logique de client et d'attractivité de l'offre de l'établissement. L'idée centrale est donc de simplifier l'accès téléphonique pour éviter l'errance téléphonique du patient et son potentiel renoncement à venir consulter au CH4V.

Le deuxième problème identifié porte sur la gestion des RDV en elle-même. Il est primordial de garder à l'esprit que la prise de rendez-vous est le premier contact du

patient avec établissement. Ce moment est donc primordial dans une logique d'attractivité de l'activité des consultations. L'objectif est donc de **dynamiser la gestion des RDV par la mise en place d'indicateur de qualité** permettant d'évaluer la prestation offerte. Les deux indicateurs principaux sont :

- Le temps d'attente téléphonique = le temps d'attente d'un appelant pour avoir un agent en ligne
- Le taux d'appels perdus = le nombre d'appels téléphoniques entrants laissés sans réponse et finalement abandonnés par l'appelant ramené au nombre d'appels reçus.

La mesure de ces deux indicateurs permet de contrôler la qualité de la prise de RDV, permet d'avoir des actions correctrices en cas de dysfonctionnement (par exemple saturation des lignes à certaines heures) et permet l'instauration d'une véritable logique de gestion de clientèle. Ces mesures seront possible à comptert de l'acquisition du nouvel autocommutateur (2011). Une fois ces taux mesurés en routine il sera intéressant de mettre en place des actons de communications : à l'intérieur de l'établissement pour montrer les améliorations et mettre en valeur le travail des agents, à l'extérieur de l'établissement pour promouvoir la qualité de la prestation offerte au CH4V.

Enfin le dernier point d'amélioration possible pour dynamiser la gestion des RDV concerne une amélioration technique : la possibilité d'indiquer l'état d'occupation des lignes et le délai d'attente. Il s'agit d'un point important dans la politique de qualité de l'accueil téléphonique des patients.

Propositions d'amélioration :

- Indication de l'état d'occupation des lignes et du délai d'attente
- Construction d'indicateurs de qualité mesurant le temps d'attente téléphonique et le taux d'appels perdus (possible dès réception du nouvel autocommutateur en 2011)
- Travail sur le site internet de l'établissement pour une présentation en première page du numéro de prise de RDV en consultations
- Suppression du numéro des urgences sur Internet (annuaire + site CH4V) pour faire du standard une voie privilégiée d'entrée dans l'établissement
- Elaboration d'un script d'accueil téléphonique pour garantir un accueil de qualité à la centrale de RDV comme au standard

3. Maîtriser les délais

Il s'agit d'une résultante des axes d'amélioration définis précédemment. Cette maîtrise des délais est un des moyens de mesurer l'efficacité des actions entreprises. La mise en cohérence du processus de prise de RDV et la simplification du circuit administratif doivent logiquement avoir un impact direct sur les délais de RDV et sur les temps d'attente dans le parcours patient. Il est donc primordial de mettre en place des indicateurs pour mesurer ces délais.

Trois indicateurs principaux doivent être suivis en routine :

- Le délai moyen d'obtention d'un RDV = le temps entre la demande de rendez-vous formulée par le patient et la date effective qui lui est fixée.
- Le temps moyen d'attente aux guichets = délai écoulé entre l'arrivée du patient dans le lieu où se trouve le guichet dédié à l'accueil administratif et la prise en charge effective du patient pour ses formalités administratives.
- Le temps moyen d'attente en salle d'attente = délai écoulé entre l'arrivée du patient et sa prise en charge par le médecin.

La mesure de ces délais très sensibles dans le circuit patient est importante pour ensuite communiquer largement sur ces résultats, pour mesurer le chemin parcouru et pour motiver les équipes à chercher l'amélioration continue. Ces mesures permettent également d'avoir des points de repère de la satisfaction des patients. En effet la principale source d'insatisfaction chez les patients est les délais d'attente. Par conséquent avoir une mesure en routine de ces délais permet de contrôler la satisfaction des patients et de voir la progression dans la prise en charge de ces derniers.

3.1.2 DOTER LE SECTEUR DES CONSULTATIONS EXTERNES D'OUTILS DE PILOTAGE

1. Elaborer une charte de fonctionnement

Un environnement aussi complexe que les consultations externes, de part la multitude d'acteurs qui interviennent et de la diversité de l'offre proposée par le CH4V, mérite la formalisation de ses règles de fonctionnement dans un document connu de tous et faisant référence. Ce document peut prendre la forme d'une charte. Cette charte pourra être construite sur le modèle des chartes de blocs opératoires. Elle a pour objectif de définir les conditions de fonctionnement des consultations externes dans l'intérêt du patient, du personnel, des équipes médicales et de l'ensemble de l'établissement.

Les points essentiels à préciser dans la charte concerne les vacances, à savoir leur organisation, les modalités de modification des plages de consultation, les obligations des praticiens de respecter les programmations, le respect de la ponctualité, engagement de codage des actes par les médecins, etc. Ces différents points peuvent être contrôlés par la mise en place d'indicateurs en routine comme par exemple le taux de codage des médecins.

La charte doit également organiser le travail des différents intervenants. Pour cela elle détermine des règles de congés et d'absences, comme par exemple l'obligation faite au personnel des consultations externes, qu'il soit médical ou non médical, de communiquer ses congés au moins 2 mois à l'avance.

Le lancement d'un tel projet est à la fois un moyen de mettre en évidence les différents besoins (matériels, humains, organisationnels) mais également de faire émerger les bonnes pratiques. Un des principaux facteurs de désorganisation des consultations est le non respect des horaires par les praticiens (retards fréquents, annulation de dernière minute). L'élaboration de cette charte permettra de faire le point sur leurs droits (droit d'avoir des locaux adaptés pour leur consultation, d'avoir le personnel adéquat), mais également et c'est un point important de faire le point sur leurs obligations (comme par exemple respect des horaires de début de plage, prévisionnel de congés).

Un écueil important à éviter est de faire de cette charte un catalogue vide. Ce point pose une question essentielle : celle du pilotage de l'activité. En effet le seul moyen de garantir le respect de ces règles est l'instauration soit d'une instance soit d'une personne référente en charge des consultations externes. En effet tous les outils proposés n'ont de sens que s'ils sont mis en œuvre, évalués et conduisent à des actions correctives. Pour cela il est important d'avoir un pilotage clair et identifié des consultations externes. Cette activité doit être sous la responsabilité d'un médecin pour garantir la meilleure gestion possible des différents praticiens. En effet il n'existe pas beaucoup de solutions pour influencer les conduites des médecins et par exemple pour les pousser à respecter les horaires des plages de consultations. Une des possibilités consiste à communiquer sur leurs pratiques dans des instances où ils seront jugés par leurs pairs (comme par exemple la Commission médicale d'établissement). Il est donc important de mettre cette activité médicale sous la responsabilité d'un médecin. Ce médecin peut ensuite être aidé dans sa pratique par un cadre de santé pour la gestion des intervenants paramédicaux, la programmation des plages, le recrutement des patients, etc.

Propositions d'amélioration :

- Rédaction d'une charte pour définir les règles de fonctionnement du service à destination de tous les acteurs intervenant dans les consultations externes
- Réflexion autour d'un indicateur pour mesurer les retards dans les débuts de consultations des praticiens
- Présentation en instances des pratiques (présence, ponctualité ou retard, respect des RDV) des différents praticiens
- Création d'un indicateur en routine pour mesurer le taux de codage des praticiens

2. Construire des tableaux de bords et des indicateurs de qualité en routine

Comme démontré précédemment l'activité des consultations externes est une activité complexe qui nécessite une bonne visibilité sur son environnement, sur ses ressources, sur son niveau d'activité et sur la performance des ses prestations. L'ensemble des indicateurs évoqués précédemment doit être suivi en routine et intégré dans un tableau de bord. Le tableau de bord est un outil privilégié de contrôle et de suivi. Il permet une bonne visualisation des processus, du fonctionnement et des actions d'un service. Son intérêt résidera dans l'appui qu'il apportera à la prise de décision, en ce qu'il facilitera notamment la réorientation des activités et la mise en œuvre d'actions correctives. Il est donc important de bien définir les critères et indicateurs qui le constituent.

L'objectif clairement affiché est l'optimisation des consultations. Il faut donc disposer en routine d'indicateurs renseignant sur l'activité prise en charge et son évolution, sur la consommation de ressources et sur les recettes correspondantes. Six indicateurs sont à suivre dans un premier temps :

- Le délai moyen d'obtention d'un RDV
- Le taux d'appels perdus
- Le temps moyen d'attente aux guichets
- Le temps de plage offert
- Le taux d'occupation des plages
- Le taux de recouvrement direct

D'autres indicateurs pourront être nécessaires dans le cadre de la mise en place d'une base informative permanente indispensable pour piloter l'activité des consultations externes. Au fur et à mesure que les indicateurs seront définis comme pertinents par

rapport aux objectifs du plateau et que leur recueil sera possible, ce tableau de bord pourra s'enrichir d'indicateurs de performance.

Propositions d'amélioration :

- Mise en place de six indicateurs principaux en routine
- Analyse régulière des résultats
- Communication autour de ces résultats
- Utilisation d'un tableau de bord comme outil d'appui à la décision

3. Rédiger des fiches de poste

Une des garanties d'une organisation efficace est que chaque acteur soit à sa place et qu'il connaisse exactement son rôle, son domaine de compétence et son champ d'action.

Le premier temps consiste à élaborer un tableau des tâches pour chacune des consultations. L'objectif de ce tableau est de reprendre les différentes actions réalisées par les acteurs non médicaux : ASH, AS, IDE, agent administratif, secrétaire médicale. Cet état des lieux permettra de mettre en avant l'organisation actuelle et d'observer s'il existe des éventuels glissements de tâches ou encore des chevauchements. Une fois ce tableau réalisé il faut le comparer aux fiches de postes qui existent dans l'établissement pour chacune des catégories de personnel précédemment évoquées. L'objectif est de s'assurer que chaque personne occupe des fonctions en rapport avec son grade. Ce point est particulièrement important pour les infirmières. Dans un contexte de pénurie de cette main-d'œuvre il est essentiel de garantir que le personnel infirmier exerce bien des tâches d'un infirmier et non des tâches par exemple administratives qui pourraient être déléguées à une aide-soignante ou à une secrétaire médicale.

Cette étude des fiches de postes est également une occasion idéale pour préciser les règles de mutualisation à l'intérieur du plateau des consultations voire entre le plateau et les services. En effet à ce jour le personnel soignant est très réfractaire à la polyvalence et ne veut pas s'occuper de consultations différentes. Faire le point sur le travail de chacun est un bon moyen pour réfléchir et pour mettre en place cette polyvalence. Enfin ce temps de réflexion doit permettre une meilleure adaptation de la dotation en ressources humaines aux véritables besoins du secteur en réorganisant les plannings et les horaires du personnel pour assurer une présence équilibrée et utile. Ce travail de réorganisation est possible une fois que les rôles des différents acteurs ont été analysés et définis. L'objectif est d'établir la programmation la plus fine possible.

Propositions d'amélioration :

- Elaborer un tableau des tâches
- Rédiger des fiches de poste
- Promouvoir une polyvalence du personnel soignant
- Adapter les horaires du personnel soignant à l'activité médicale

3.2 LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DES CONSULTATIONS EXTERNES

Après une analyse de l'aspect économique des consultations il faut s'interroger sur leur place, à la fois au sein du centre hospitalier mais également sur le territoire de santé.

3.2.1 Réflexion sur la place des consultations externes

1. Le recrutement des hospitalisés

Les consultations externes sont présentées comme la vitrine de l'hôpital, comme « un avant-goût »¹⁴ des prestations hospitalières. On peut donc clairement se poser la question du lien entre consultation et hospitalisation et chercher à quelle hauteur les consultations sont une source de recrutement pour les services d'hospitalisation. Il s'agit cependant d'un lien difficile à mesurer. Pour cela deux requêtes (l'une portant sur les hospitalisations du 1/01/2009 au 31/12/2009, l'autre sur les consultations réalisées entre le 1/07/2008 et le 31/12/2009) ont été croisées. La période d'étude des consultations est plus longue pour ainsi étudier si un patient est revenu en hospitalisation après une consultation. Il est cependant impossible de savoir si le lien est direct, c'est-à-dire dans la même spécialité, ou indirect (service d'hospitalisation différent de la spécialité de consultation). Dans ce dernier cas on peut faire l'hypothèse que c'est l'image de l'établissement retenue par le patient lors de sa consultation qui l'a ensuite conduit à y revenir pour une hospitalisation.

¹⁴ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, « Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques », Rapport intermédiaire-Diagnostic, Février 2008.

Le tableau ci-dessous fait le lien entre les patients hospitalisés et les patients des consultations externes :

Service	Alco	ORL	Médecine	Ophtalmo	Stomato	Urgences	Anesthésie	Dermato	Chirurgie	Gynéco- Obs	Total
Pas de consultation	143	10	588	7	20	99	71	7	284	488	1717
1 consultation	165	43	249		112	26	8	10	453	769	1835
2 consultations	125	30	239	78	29	11	8	30	316	1055	1921
3 consultations	21	8	108	37	7	1	1	19	112	405	719
Total	454	91	1184	122	168	137	88	66	1165	2717	6192
Au moins 1 consultation	68,5	89,0	50,3	94,3	88,1	27,7	19,3	89,4	75,6	82,0	72,3

Ces résultats démontrent qu'il existe bien un lien entre hospitalisation et consultation et plus particulièrement dans un établissement de proximité comme le CH4V. Ainsi **72% des patients hospitalisés sont venus au moins une fois en consultation** (au cours de la période étudiée). Pour les spécialités ce pourcentage est encore plus important : **94% pour l'ophtalmologie, 89% pour la dermatologie et 88% pour la stomatologie**. Dans ces cas là les consultations externes constituent un véritable « vivier » de recrutement de la patientèle. En revanche pour la médecine seul 1 patient sur 2 provient des consultations. Ce chiffre s'explique par la particularité de la discipline, les patients venant essentiellement par l'intermédiaire de leur médecin traitant ou des urgences. Les consultations externes sont donc à proprement parlé la porte d'entrée de l'hôpital. **Sur 10 patients qui se présenteront en consultation, sept reviendront se faire hospitaliser dans l'année qui suit**. Ce rôle de « recruteur » des consultations externes est reconnu par la DREES¹⁵. Selon son étude quatre consultations externes sur dix sont liées à des hospitalisations et plus de la moitié sont effectuées en spécialité chirurgicale. Il existe donc bien un lien entre augmentation du nombre de patients vus en consultation et augmentations du nombre d'hospitalisation. **Les consultations sont également une source d'activité¹⁶ : pour les autres services de l'hôpital (comme par**

¹⁵ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* n°167, DREES, avril.

¹⁶ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, Avril 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* de la DREES, n°167.

exemple l'imagerie : dans quatre consultations sur dix des examens complémentaires sont prescrits), pour elles-mêmes (plus d'un patient sur deux prend un rendez-vous pour une consultation ultérieure).

Les consultations externes sont donc une source importante de recrutement de patientèle pour l'hôpital, point important dans le contexte financier actuel et par la volonté de l'établissement de développer ses activités. Par conséquent les consultations externes présentent un réel intérêt pour l'activité de la structure et explique leur maintien malgré un bilan financier défavorable.

2. Les consultations sur le territoire de santé : complémentarité ou concurrence ?

Comme démontré précédemment le Centre hospitalier des Quatre Villes s'inscrit dans un tissu sanitaire très dense et les consultations externes sont un lien privilégié entre la ville et l'hôpital. Il est donc important de réfléchir à la place des consultations sur ce territoire de santé et à la stratégie du CH4V dans un environnement hyper concurrentiel. Il existe différentes possibilités.

La première est de proposer une offre de consultations complémentaire à l'offre de ville. En effet aujourd'hui la politique de santé se pense en termes de territoire et de bassin de santé. Des schémas régionaux d'organisations des soins (SROS) ont été élaborés pour structurer l'offre de soins. Ainsi les projets médicaux sont désormais territorialisés et font l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé. Il serait cohérent d'appliquer la même logique aux consultations externes, activité à part entière de l'hôpital. Après étude de l'offre médicale du 92-2 le CH4V pourrait se concentrer sur l'organisation de consultations dans certaines spécialités où l'offre privée est plus faible : comme par exemple la stomatologie (avec une densité pour 100 000 habitants de 1,6 sur le 92-2 inférieure à la moyenne nationale de 2,1), ou encore l'endocrinologie. A l'inverse le CH4V pourrait abandonner certaines spécialités comme la dermatologie (la densité pour 100 000 habitants du 92-2 est deux fois supérieure à celle de la moyenne nationale) ou encore l'ophtalmologie (idem).

Cependant cette première possibilité entre en contradiction avec le contexte financier actuel. En effet les établissements hospitaliers sont priés actuellement de trouver des moyens de faire fructifier leurs recettes pour garantir leur stabilité financière. Cette évolution est marquée par l'arrivée d'un vocabulaire nouveau dans le monde hospitalier : part de marché, seuil de rentabilité, benchmarking, etc. La deuxième possibilité consiste

donc pour le CH4V a proposé des consultations externes en concurrence avec l'offre de ville. En effet la régulation de l'offre ne concerne pas pour le moment l'activité des consultations. Le CH4V peut donc proposer le panel de consultations de son choix, établit dans une logique de part de marché et de gains financiers.

Pourtant si l'hôpital public se doit aujourd'hui d'être de plus en plus performant il ne doit pas perdre de vue sa mission première : l'offre d'un service public. C'est à cette mission que doivent répondre les consultations externes du CH4V : **proposer une offre de secteur 1 de qualité dans un environnement quasi-exclusif de secteur 2**. En moyenne **plus de 63% de l'offre médicale du 92-2 est tarifée en secteur 2**. Ce pourcentage atteint jusqu'à 85% pour les dermatologues, 90% pour les gastro-entérologues et 81,5% pour les ORL.

Spécialités	% de secteur 2 dans le 92-2
Anesthésistes	30,4
Cardiologues	44,1
Dermatologues	85,3
Gastro-entérologues	90
Gynéco, Obst	54,9
Endocrinologues	42,9
OPH	72,9
ORL	81,5
Rhumatologues	58,8
Psychiatres	51,9
Stomatologues	66,7
Chirurgiens	71

Cette tendance s'accroît lorsque l'on étudie de plus près l'environnement du CH4V. Quand on observe la densité médicale des quatre principales communes d'origine des patients du CH4V (Boulogne, Saint-Cloud, Sèvres et Garches), **seulement 20% des médecins qui pratiquent les mêmes spécialités que celles proposées par l'établissement sont en secteur 1**. Sur les 109 spécialistes de ces communes 87 exercent en secteur 2. **Les consultations du CH4V ont donc pour objectif de compléter cette offre du privé en offrant une prestation médicale accessible**. Une étude réalisée par le laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie du CHU de

Nantes¹⁷ sur la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public a démontré que 52% des patients des consultations externes étaient identifiés comme en « situation de vulnérabilité sociale » par les assistantes sociales. Même si ce chiffre ne peut pas être transposé aux consultations du CH4V il a le mérite de rappeler la vocation sociale de l'hôpital public. De même une autre étude de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)¹⁸ a démontré qu'il existait une certaine discrimination vis-à-vis des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) de la part des praticiens à honoraires libres qui poussait les patients CMUC à se tourner vers l'hôpital public. En effet la loi instituant le dispositif de la CMUC oblige les professionnels à appliquer à ces patients les tarifs conventionnels de la Sécurité sociale, ce qui signifie pour les professionnels un manque à gagner correspondant aux dépassements d'honoraires.

Aujourd'hui le CH4V présente une offre de consultations d'une grande diversité. Cette diversité à un coût et comme démontré précédemment le bilan économique de l'activité des consultations est négatif. Ainsi se pose la question du mode de financement des consultations hospitalières. Si l'objectif est d'accueillir tout le monde sans conditions de ressources et d'offrir une prestation qui malgré les efforts de rationalisation reste coûteuse, il faut alors peut-être réfléchir à son mode de financement. Un financement au forfait sur le modèle des urgences par exemple pourrait permettre de couvrir une partie des charges fixes des consultations externes (personnel + équipement). L'activité de l'établissement pourrait alors être valorisée au nombre de passage et la facturation ne concernerait que certains actes complémentaires. Les consultations externes hospitalières deviendraient, au même titre que les urgences, une mission de service public.

3.2.2 Les possibilités de développement de l'activité

Une fois démontré l'intérêt des consultations externes pour le CH4V et pour la population du territoire de santé 92-2 il faut réfléchir aux modalités de développement de

¹⁷ Jean Pascal, Pierre Lombrail, Christian Agard, Christine Quélier, Jean-Michel Nguyen, « Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public », Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie, C.H.U de Nantes.

¹⁸ Chantal Cases, Véronique Lucas-Gabrielli, Marc Perronnin, Maxime To, « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux? », Questions d'économie de la santé, n° 130, IRDES, Mars 2008.

cette activité qui permettront de tendre vers un équilibre financier et donc à terme vers une certaine pérennité.

1. Comment augmenter l'activité des consultations ?

Le premier point à étudier est le potentiel d'augmentation de l'activité. L'étude de la DREES¹⁹ démontre que le recours annuel aux consultations externes hospitalières s'élève en moyenne à 306 pour 1000 habitants. Avec une population de 385 724 habitants, le potentiel d'activité du 92-2 est donc de **118 000 consultations, ce qui correspond à deux fois l'activité actuelle du CH4V** (61650 patients à l'année). Toutefois cette donnée est à manier avec précaution car il ne faut pas négliger le caractère extra-bassin de santé des patients (dans le cadre hyper-urbain du site de Saint-Cloud), ni l'activité très importante de l'Hôpital Foch, PSPH qui se situe à 4km du CH4V et qui draine plus de 210 000 patients par en en consultations externes, et l'impossibilité de trouver les chiffres d'activité du Centre Hospitalier Ambroise Paré (AP-HP) situé à moins de 2km.

Si le CH4V évolue dans un environnement hyperconcurrentiel, il s'agit pour l'essentiel d'une concurrence privée. Or le critère de prix est un élément important dans le choix des établissements de consultations pour les patients²⁰. Il y a donc bien un véritable potentiel pour le développement de l'activité des consultations externes du CH4V. Ce constat est renforcé par la typologie de la population du 92-2 (une population plus âgée que la moyenne, une population féminine importante et diplômée) qui entre en adéquation avec les trois profils d'usagers des consultations hospitalières définis par l'étude de la DRESS²¹ :

- Des patients âgés de plus de 65ans pour un suivi régulier (47%)
- Des patients jeunes et diplômés pour des consultations en gynécologie-obstétrique (14%)
- Des patients consultant dans un contexte d'hospitalisation ou pour un avis diagnostic (39%)

Pour développer l'activité des consultations de l'établissement il convient de **mettre en place des stratégies de coopération et de communication avec les autres**

¹⁹ TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* n°167, DREES, avril.

²⁰ AP-HP, Direction générale, « Mission d'appui sur les consultations externes : Etat des lieux et recommandations », Présentation à la CME du 8 Janvier 2008.

²¹ Idem

acteurs du territoire afin de rendre plus lisible l'offre de soins. Il faut dans un premier temps faire connaître les consultations par des informations aux médecins généralistes et aux professionnels de santé. Cet aspect est très important puisque **2/3 des primo-consultants sont adressés aux consultations externes hospitalières par un intermédiaire médical (et plus de 80% dans les spécialités médicales).** C'est par un renforcement des liens avec la médecine de ville que passera une augmentation de l'activité des consultations hospitalières du CH4V. L'objectif est de développer des outils modernes de liaison, de coopération et de rencontre entre la médecine libérale de ville et l'hôpital. Plusieurs idées développées par la Fédération Hospitalière de France²² peuvent être retenues :

- Des informations adressées aux médecins libéraux sur l'organigramme hospitalier et les coordonnées téléphoniques et électroniques, sur l'organisation des services de consultation, les capacités d'accueil, la localisation des services, leur accessibilité, sur les compétences et la photographie numérisée des nouveaux praticiens hospitaliers, par différents moyens pouvant aller de la simple publication papier à l'accès Internet à une base de données.
- Des outils modernes de communication comme support des relations de médecin à médecin avec l'ouverture, comme le font certains établissements hospitaliers (Lyon, Strasbourg...), de plate-forme de services sécurisés auxquels les médecins libéraux traitants peuvent avoir accès pour une information en temps réel sur leurs patients et les résultats des investigations. Par ce canal, le praticien peut consulter le dossier médical de son patient.
- Le développement d'une démarche par l'hôpital de « géomarketing », c'est-à-dire l'identification des zones de son bassin d'attraction où on peut constater des « décrochages » dans le recrutement, qui sont souvent liés à l'absence de liens entre les hospitaliers et les praticiens libéraux qui exercent sur celles-ci.
- L'élaboration d'une cartographie des médecins correspondants sur le territoire de santé reprenant différentes informations (ancienneté d'installation, localisation géographique, qualification), afin de les tenir informés des évènementiels, des développements d'activités et de spécificités, des nouvelles compétences et des nouveautés de l'hôpital.

²² Jean- Claude Ducreux, David Causse, « Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière », Fédération Hospitalière de France, Pôle Organisation Sanitaire et Médico-sociale, 25 mars 2007.

Pour développer ces outils innovants dans le monde hospitalier et garantir le succès d'une telle démarche il est important de désigner plusieurs relais et plus particulièrement une personnalité médicale susceptible de favoriser ces liens ville-hôpital. Pour commencer cette communication avec la médecine de ville peut se faire selon des modalités plus simples et rapides à mettre en œuvre : rencontre (par exemple trimestrielle) autour d'un repas ou d'un apéritif dans les locaux de l'établissement pour permettre la rencontre entre le corps médical hospitalier et les médecins de ville. Ces rencontres sont les lieux idéaux pour présenter les différents indicateurs de qualité proposés ci-dessus pour communiquer sur les actions de l'hôpital et sur l'amélioration continue de la prestation rendue.

Cette communication doit être étendue au personnel de l'établissement (éventuel futur patient ou membre de la famille d'un futur patient) et à toute la population par des formes de communication adéquates (avec un taux de 67% la part de l'initiative personnelle est très élevée dans les spécialités de gynécologie par exemple). Cette communication peut passer comme a choisi de le faire le CH4V par internet avec une déclinaison sur le site internet de toutes les possibilités de consultations avec les numéros et lieux de rendez-vous. Mais cette communication internet doit être renforcée par d'autres moyens afin de s'adresser à un public le plus large possible. Elle peut prendre la forme d'une plaquette à envoyer (format intéressant pour une approche plus directe des médecins généralistes/professionnels de santé), d'un article dans le journal interne de l'hôpital (Le Nouvel Hôp) ou encore d'une présentation dans le livret d'accueil disponible dans les différents locaux de l'hôpital. L'objectif étant toujours de diffuser au maximum l'information sur les consultations du CH4V et ainsi espérer recruter une nouvelle patientèle.

Le deuxième travail à réaliser avec le corps médical de l'établissement est l'identification des éventuels nouveaux besoins de la population et des consultations supplémentaires que l'établissement pourrait proposer (par exemple les consultations voyage). Enfin les autres actions d'amélioration portent sur l'organisation en lui-même du circuit patient et ont déjà été étudiées en amont : identification des délais téléphoniques et des délais de RDV pour réduire les pertes de clientèle, augmentation des plages horaires proposées et plus particulièrement après 17h et le samedi pour capter la clientèle qui travaille aux horaires actuels d'ouverture, possibilité des réaliser à la suite et facilement des examens complémentaires.

Les possibilités d'augmentation de l'activité des consultations sont aujourd'hui freinées par deux points négatifs : la non-volonté des praticiens actuels

d'augmenter leur plage de consultation et le manque d'attractivité de par la faible rémunération des plages de consultations dans les structures publiques.

2. Une nouvelle modalité : le groupement de coopération sanitaire (GCS)

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée crée une nouvelle catégorie de personne morale : les groupements de coopération sanitaire. Il s'agit d'un instrument de coopération entre les établissements publics et privés de santé. L'objectif de la mise en place d'une telle structure au sein du CH4V est de restaurer l'attractivité de l'hôpital public pour les professionnels de santé et par conséquent d'augmenter l'activité réalisée. En effet il est aujourd'hui impossible d'espérer recruter un professionnel libéral de ville à large recrutement avec les émoluments versés dans le cadre des vacations d'attaché.

Le GCS est une structure de coopération disposant de la personnalité morale qui permet d'associer des praticiens libéraux. **L'objectif est double : proposer une nouvelle offre de soins tout en étoffant l'offre existante.** C'est ce renforcement de l'offre existante qui permettra de rétablir l'équilibre économique des consultations externes. En effet à ce jour les dépenses sont trop importantes au regard des recettes générées. Il est donc important de développer l'activité pour augmenter les recettes et ainsi couvrir les dépenses ou du moins d'augmenter encore plus leur rationalisation. Par exemple aujourd'hui le personnel soignant est mobilisé sur une journée entière alors même que les consultations ne se déroulent que sur 62% de la journée. Augmenter les plages de consultations par l'arrivée de nouveaux médecins permettrait donc une meilleure rentabilisation du personnel non médical.

Le GCS permet l'intervention des praticiens libéraux au sein de l'établissement. Les professionnels médicaux libéraux sont membres de ce GCS, au même titre que le directeur de l'établissement, et assurent des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'hôpital. Le statut du personnel médical qui prodigue ces soins n'a pas d'effet sur la situation du patient qui demeure un usager du service public. De même le personnel non médical reste du personnel hospitalier. Il participe à la réalisation des consultations au même titre que s'il était mobilisé par un praticien hospitalier. Le GCS est constitué à but non lucratif, sans apport ni capital et n'exploite aucune autorisation ni ne réalise d'investissement. Son architecture est souple : assemblée générale et administrateur. L'assemblée générale est composée des médecins membres et du représentant légal de l'établissement. Elle se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au minimum une fois par an.

Les praticiens à l'entrée dans le GCS négocient le montant de leur redevance. En effet, et c'est la véritable innovation à l'hôpital, le praticien est payé à l'acte. L'hôpital encaisse la recette de la consultation externe et reverse au praticien l'acte CCAM ou NGAP afférent. De cet acte est prélevée une part qui correspond au dédommagement de l'établissement pour la mise à disposition des moyens humains et matériels. C'est cette part que négocie le praticien avec l'établissement. Cette modalité permet de contourner le problème de la faible rémunération des vacations d'attaché qui ne pousse pas le praticien à augmenter sa productivité car premièrement la rémunération est faible et deuxièmement elle est constante, peu importe son niveau d'activité. A l'inverse les praticiens membres du GCS sont payés à l'acte et donc en lien direct avec l'activité qu'ils réalisent. Plus ils travaillent plus ils sont rémunérés. Cette nouvelle donne devrait contribuer à augmenter l'activité des consultations.

Le GCS offre donc à l'hôpital une latitude intéressante pour développer son activité ainsi que ses recettes sans majorer substantiellement ses dépenses dans une logique de recrutement sélectif. Il s'agit d'un point important pour les consultations externes qui est une activité que l'établissement cherche à développer mais sans augmenter le niveau de ses dépenses déjà trop important (activité déficitaire). Un tel dispositif a déjà été mis en place à l'hôpital de Rochefort²³. Le CH4V, après acceptation par les instances s'est lancé dans cette voie. Les premiers praticiens sont en cours de recrutement.

²³ Pierrick DIEUMEGARD, Anne VILLENEUVE-FERRER, « Praticiens libéraux à l'hôpital : le GCS du pays rochefortais », Revue Hospitalière de France, n°522, Mai-Juin 2008.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de s'intéresser à la place des consultations externes au sein du Centre Hospitalier des Quatre Villes et sur le territoire de santé 92-2 pour étudier dans quelle mesure l'optimisation de cette activité pouvait être un levier de performance pour l'hôpital.

L'analyse développée ci-dessus a permis de démontrer le rôle des consultations externes comme vitrine de l'hôpital et de ses prestations, et comme porte d'entrée dans l'institution. Les consultations sont aujourd'hui observées comme une source potentielle de revenus pour les établissements de santé car elles génèrent une activité et donc des recettes pour l'hôpital, et comme une source de recrutement de la patientèle pour les activités d'hospitalisation. En effet la facilité avec laquelle le patient aura obtenu un RDV, son temps et ses conditions d'attente, la complexité de son parcours dans la structure conditionnent bien souvent l'image qu'il retiendra de l'établissement dans son ensemble et sa propension à y retourner (pour une consultation ou pour une hospitalisation). Dans un contexte de difficultés financières il était donc intéressant d'étudier cette activité de l'hôpital et d'évaluer sa possible contribution au développement des recettes de l'établissement.

L'étude menée sur le site de Saint Cloud a montré que les consultations externes étaient une activité très complexe, fortement consommatrice de ressources humaines et qu'elles présentaient à ce jour un bilan économique défavorable. Mais cette étude a également démontré l'intérêt d'une telle activité pour le CH4V (de par ses liens avec les services d'hospitalisation) et pour le territoire de santé (véritable offre de service public). L'objectif a donc été d'analyser au plus près l'organisation de cette activité (circuit patient, volume d'activité réalisé, utilisation des ressources humaines et matérielles) pour en identifier les dysfonctionnements et pour proposer des pistes d'amélioration et d'optimisation de la situation actuelle à court et moyen terme.

Les points importants à retenir sont la complexité intrinsèque de cette activité (multiplicité d'acteurs, de lieux, temps restreint, etc.) qui demande l'élaboration d'outils et le développement de techniques pour un suivi exhaustif et de qualité de l'activité (indicateurs, tableaux de bords, etc.) ainsi qu'un pilotage clairement identifié et rigoureux. Ces points restent à développer au sein du CH4V.

Ce travail a également été l'occasion d'une réflexion plus large sur les orientations stratégiques des consultations externes dans un contexte de « course à la performance »

des établissements de santé. Désormais les objectifs pour les hôpitaux sont triples : maîtriser les dépenses, développer les sources de recettes et continuer à garantir la satisfaction de tous les patients. C'est dans ce cadre que se pose la question du positionnement et de l'avenir des consultations externes hospitalières.

Bibliographie

- BOISGUERIN B, Janvier 2009, « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU », *Études et Résultats*, DREES n° 675.
- CASES C, LUCAS-GABRIELLI V, PERRONNIN M, TO M, Mars 2008, « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES n° 130.
- DEVIF F, BENNASAR MC, Juillet - Août 2010, « Comment gagner 1 à 2% de recettes supplémentaires sans croissance d'activité : Maitriser la facturation des prestations délivrées par les services d'urgence. », *Finances Hospitalières*, p2-6.
- DIEUMEGARD P, VILLENEUVE-FERRER A, Mai - Juin 2008, « Praticiens libéraux à l'hôpital : le GCS du pays rochefortais », *Revue Hospitalière de France*, n°522, p63-65.
- DONJON A, Juin 2009, « Comment ne plus perdre d'argent avec les consultations externes ? », *Revue de Fiances Hospitalières*, p3-8.
- PARNEIX N, Décembre 2009, « Optimiser l'organisation des consultations externes du centre hospitalier d'Orsay, pour en faire une vitrine de l'hôpital », *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*.
- PASCAL J, LOMBRIL P, AGARD C, QUELIER C, NGUYEN JM, « Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public », *Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie, C.H.U de Nantes*.
- TELLIER S, BOISGUÉRIN B, PERETTI C, Avril 2002, « Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? » *Etudes et résultats* de la DREES n°167.
- AP-HP, Direction générale, 8 Janvier 2008 « Mission d'appui sur les consultations externes : Etat des lieux et recommandations », *Présentation à la CME*.

- FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, DUCREUX JC, CAUSSE D, 25 mars 2007, « Guide-annuaire d'amélioration des relations entre médecine de ville et médecine hospitalière », Pôle Organisation Sanitaire et Médico-sociale.
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), Février 2008, « Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et les cliniques », Rapport intermédiaire de phase 1- Diagnostic, 36 pages.
- ARHIF, Mars 2006, « SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION SANITAIRE DE TROISIEME GENERATION 2006-2010 ».

SITE INTERNET :

- Centre Hospitalier des Quatre Villes : **www.ch-4villes.fr**
- Ministère de la santé et des sports (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) : **www.sante.gouv.fr/drees**
- Agences régionales de l'hospitalisation française : **www.parhtage.sante.fr**
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : **www.insee.fr**
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé : **www.irdes.fr**

Liste des annexes

- Annexe 1 : Caractéristiques des bassins de santé d'Ile-de-France
- Annexe 2 : Caractéristiques de la population du département des Hauts-de-Seine
- Annexe 3 : Population des Hauts de Seine en effectifs par classe d'âge au 1er janvier 2007
- Annexe 4 : Les établissements de soins
- Annexe 5 : Activité de consultations externes (actes facturés)
- Annexe 6 : Evolution 2008-2009 de l'activité de consultations externes
- Annexe 7 : Présence Médecin/IDE/AS aux Consultations externes

Annexe 1 :

Caractéristiques des bassins de santé d'IDF

Bassins de santé	Population 2010	Superficie en km²	Densité au km²	% pop du bassin par rapport à IDF
Bassin 75-1 Paris Nord	716 300	27	25 636	6
Bassin 75-2 Paris Est	653 178	33	19 329	6
Bassin 75-3 Paris Ouest	754 043	45	17 435	7
Bassin 77- 1 Seine-et-Marne Nord	697 513	2088	288	6
Bassin 77- 2 Seine-et-Marne Sud	600 495	3768	147	5
Bassin 78-1 Versailles- Rambouillet	635 201	1226	479	6
Bassin 78-2 Poissy-Saint Germain	576 936	438	1 300	5
Bassin 78-3 Mantes la Jolie	179 909	621	278	2
Bassin 91-1 Yerres-Villeneuve St Georges	260 538	114	2 265	2
Bassin 91-2 Longjumeau-Orsay	510 957	343	1 450	5
Bassin 91-3 Evry-Etampes	508 611	1389	317	4
Bassin 92-1 Hauts-de-Seine Sud	493 440	63	7 558	4
Bassin 92-2 Hauts-de-Seine Centre	385 724	56	6 598	3
Bassin 92-3 Hauts-de-Seine Nord	607 357	57	10 293	5
Bassin 93-1 Montreuil-Vincennes	358 361	36	10 065	3
Bassin 93-2 Saint-Denis-Bobigny	539 868	74	7 345	5
Bassin 93-3 Aulnay-Montfermeil	589 711	182	3 189	5
Bassin 94-1 Créteil	673 491	142	4 610	6
Bassin 94-2 Ivry-Villejuif	420 005	65	6 499	4
Bassin 95-1 Argenteuil-Eaubonne	532 561	170	3 042	5
Bassin 95-2 Gonesse	269 190	242	1 076	2
Bassin 95-3 Pontoise	365 158	834	393	3
Région	11 329 173	12012	912	100

Annexe 2 :

Caractéristiques de la population du département des Hauts-de-Seine

	Femmes de 15-49 ans	moins de 20 ans	65 ans et plus	75 ans et plus	Indice de vieillessement 1999
TERRITOIRE 92-1	125 707	110 879	71 368	32 740	64,4
TERRITOIRE 92-2	96 903	85 107	53 690	25 689	63,1
TERRITOIRE 92-3	158 912	141 067	77 023	37 135	54,6
DEPARTEMENT	381 522	337 053	202 081	95 564	60,7
REGION	2 929 821	2 763 993	1 377 577	635 992	49,8

Annexe 3 :

Population des Hauts de Seine en effectifs par classe d'âge au 1er janvier 2007

Classes d'âge	ILE DE FRANCE	Hauts-de- Seine	FRANCE Métro	% du 92 par rapport à l'IDF
0 - 4 ans	801 139	109 253	3 790 831	14
5 - 9 ans	753 357	99 140	3 801 510	13
10 - 14 ans	709 062	89 441	3 710 133	13
15 - 19 ans	754 738	89 302	3 989 850	12
20 - 24 ans	823 574	101 194	3 948 577	12
25 - 54 ans	5 101 113	697 391	25 089 652	14
55 - 59 ans	735 784	94 285	4 172 847	13
60 - 64 ans	506 254	66 108	3 051 949	13
65 - 74 ans	719 761	96 346	4 983 491	13
75 - 84 ans	525 400	79 837	3 925 768	15
85 ans et plus	186 318	29 203	1 306 392	16
Ensemble	11 616 500	1 551 500	61 771 000	13
Personnes âgées de 75 ans et plus	711 718	109 040	5 232 160	15
Femmes de 15 à 49 ans	3 016 151	406 137	14 488 315	13
Personnes de 20-59 ans	6 660 471	892 870	33 211 076	12

Annexe 4 :

Les établissements de soins

Etablissements sanitaires publics et privés au 1.01.2008

Source : DRASS - SAE, base statistique

Catégories	ILE DE FRANCE	Hauts-de-Seine	FRANCE Métro	% par rapport à IDF	% par rapport à France Métro
Secteur public (entités juridiques)	104	14	1 008	13	1,4
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	34	6	63	18	9,5
Centre hospitalier (CH)	46	7	493	15	1,4
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	12	1	88	8	1,1
Hôpital local	9	0	333	0	0,0
Autre unité du service public*	3	0	31	0	0,0
Secteur Privé (établissements)	409	68	2 681	17	2,5
Etablissement de soins de courte durée	153	26	760	17	3,4
Centre de lutte contre le cancer	3	1	20	33	5,0
Etablissement de lutte contre les maladies mentales (hors CHS)	74	14	296	19	4,7
Etablissement de soins de suite et de réadaptation	94	15	668	16	2,2
Etablissement de soins de longue durée	2	0	110	0	0,0
Autre établissement privé*	83	12	827	14	1,5
Ensemble	513	82	3 689	16	2,2
(*) inclut en particulier les services d'hospitalisation à domicile, les centres de radiothérapie, centres de dialyse et structures d'alternatives à la dialyse en centre					

Annexe 5 :

Activité de consultations externes (actes facturés)

DISCIPLINES	2007		2008		2009		Evolution 09/08 en valorisation
	Nbr de Patients vus	Valorisation	Nbr de Patients vus	Valorisation	Nbr de Patients vus	Valorisation	
Site de SAINT-CLOUD							
POST-URGENCES	-	-		-	274	8 036 €	
MEDECINE INTERNE	6 214	224 130 €	6 084	207 558 €	6 279	218 247 €	5,15%
GASTRO-ENTEROLOGIE	786	23 557 €	833	24 504 €	891	24 664 €	0,65%
ENDOSCOPIES DIGESTIVES	139	12 874 €	166	16 043 €	137	11 100 €	-30,81%
ALCOOLOGIE	2 449	56 928 €	2 975	67 778 €	3 821	85 090 €	25,54%
TABACOLOGIE	132	2 958 €	26	611 €	56	1 225 €	100,49%
ANESTHESIE	3 878	91 565 €	4 083	93 093 €	4 067	93 391 €	0,32%
CHIR ORTHOPEDIQUE	4 009	146 949 €	4 284	139 811 €	4 501	141 564 €	1,25%
CHIRURGIE VISCERALE, VASCULAIRE ET UROLOGIQUE	2 051	62 273 €	2 179	68 138 €	2 231	69 329 €	1,75%
STOMATOLOGIE	2 421	110 174 €	2 808	129 938 €	2 815	163 404 €	25,76%
OPHTALMOLOGIE	2 799	78 126 €	2 769	75 812 €	2 527	64 510 €	-14,91%
ORL	3 178	102 881 €	3 007	102 939 €	3 109	108 925 €	5,82%
DERMATOLOGIE	7 036	233 948 €	6 657	203 643 €	6 150	181 555 €	-10,85%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	24 099	685 334 €	22 988	817 777 €	24 798	803 001 €	-1,81%
TOTAL		1 831 697 €		1 947 645 €	61656	1 974 041 €	1,36%

Annexe 6 :

Evolution 2008-2009 de l'activité de consultations externes

Médecine	nombre de consultations	évolution 08/09	Addictologie	nombre de consultations	évolution 08/09
médecine interne	1836	-1,71%	alcoologie	3821	28,44%
rhumatologie	2386	10,98%	tabacologie	56	
gastroentérologie	891	6,96%			
psychiatrie	483	4,32%			
neurologie	358	-8,91%			
cardiologie	347	2,66%			
mesure pression artérielle	29	-38,30%			
echo cardiaque/holter/ECG effort	304	-0,98%			
diabétologie	115	7,48%			
EEG	155	-9,88%			
diététique	266	11,30%			
endoscopie digestive	137	-17,47%			
anesthésiologie	4067				
nombre de patients vus	11374		nombre de patients vus	3877	
nombre de patients/ nb total des CE (en %)	18,45		nombre de patients/ nb total des CE (en %)	6,29	
part de chaque discipline/ valorisation totale (en %)	17,60		part de chaque discipline/ valorisation totale (en %)	3,15	
valorisation	347 402 €		valorisation	86 315 €	
évolution 08/09 en valorisation	2,32%		évolution 08/09 en valorisation	20,77%	

Chirurgie	nombre de consultations	évolution 08/09	Stomatologie	nombre de consultations	évolution 08/09
chir ortho	4501	4,80%	consultations	1873	1,70%
chir viscérale	2231	2,40%	actes	909	-1,70%
			nb d'implants	33	
nombre de patients vus	6732		nombre de patients vus	2815	
nombre de patients/total des CE	10,92		nombre de patients/total des CE	4,57	
part de chaque discipline/total	10,68		part de chaque discipline/total	8,28	
valorisation	210 893 €		valorisation	163 404 €	
évolution 08/09 en valorisation	1,40%		évolution 08/09 en valorisation	25,76%	

Ophthalmologie	nombre de consultations	évolution 08/09	Obstétrique	nombre de consultations	évolution 08/09
consultations	2359	-8,80%	consultations médecins	7826	-16,70%
actes	168	-7,20%	consultations sages-femmes	6714	29,60%
			participation prépa accouchement	4274	9,40%
			consultations aux urgences	3122	53,90%
			amniocentèses	95	-15,20%
			échographies	2767	17,10%
nombre de patients vus	2527		nombre de patients vus	24798	
nombre de patients/total des CE	4,10		nombre de patients/total des CE	40,22	
part de chaque discipline/total	3,27		part de chaque discipline/total	40,68	
valorisation	64 510 €		valorisation	803 001 €	
évolution 08/09 en valorisation	-14,91%		évolution 08/09 en valorisation	-6,35%	

Dermatologie	nombre de consultations	évolution 08/09	ORL	nombre de consultations	évolution 08/09
consultations	4459	-11,90%	consultations	1750	-9,70%
Interventions dans le service	569	0,20%	actes	1359	27%
Séances de puvathérapie	1122	9%			
AMI (pansements)	5835	-18,80%			
nombre de patients vus	6150		nombre de patients vus	3109	
nombre de patients/total des CE	9,98		nombre de patients/total des CE	5,04	
part de chaque discipline/total	9,20		part de chaque discipline/total	5,52	
valorisation	181 555 €		valorisation	108 925 €	
évolution 08/09 en valorisation	-10,85%		évolution 08/09 en valorisation	5,50%	

Annexe 7 : **Présence Médecin/IDE/AS Consultations externes**

CHIR/MED		8H	8H30	9H	10H	11H	12H	13H	14H	15H	15H30	16H	16H30	17H	17H30
Présence médicale	Lundi														
Présence médicale	Mardi														
Présence médicale	Mercredi														
Présence médicale	Jeudi														
Présence médicale	Vendredi														
IDE															
IDE															
AS															
STOMATO															
Présence médicale	Lundi														
	Mardi														
	Mercredi														
	Jeudi														
	Vendredi														
IDE															
IDE															
AS															
ORL/DERMATO															
Présence médicale	Lundi														
	Mardi														
	Mercredi														
	Jeudi														
	Vendredi														
IDE															
IDE															
AS															
OPHTALMO															
Présence médicale	Lundi														
	Mardi														
	Mercredi														
	Jeudi														
	Vendredi														
AS															