



HAL
open science

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

Charles Beck

► **To cite this version:**

Charles Beck. Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01320270

HAL Id: dumas-01320270

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01320270>

Submitted on 23 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

Année 2016

N°

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 18 mars 2016

par

BECK Charles

Né le 04 Février 1989 à Paris 14^{ème} arrondissement,

**PILOTAGE D'UN PLATEAU DE CONSULTATIONS
EXTERNES EN SECTEUR HOSPITALIER**

| | | |
|---------------------|-------------------|---|
| Président du jury : | VERITE Philippe | Professeur des universités |
| Membre du jury : | FAVENNEC Loïc | Professeur des universités – Praticien hospitalier |
| | MARQUES Guillaume | Ingénieur chargé de mission |

A mon père,

Remerciement

A Monsieur Philippe Vérité,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette soutenance de thèse, je vous adresse mes remerciements. Je vous remercie aussi pour la qualité de vos enseignements, de votre accompagnement au cours de la rédaction de cette thèse.

A Monsieur Guillaume Marquès,

Pour avoir accepté de superviser ce travail doctoral. Pour votre aide dans la réalisation de ce travail, pour vos conseils à la fois pour ma thèse et lors de mon stage au sein de votre service. Je vous adresse mes remerciements.

A Monsieur Loïc Favennec,

Pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et pour la qualité de votre enseignement. Je vous adresse mes remerciements.

A mes amis pharmaciens-ingénieurs : Anouchka, Céline, Claire, Juliette, Laure, Anthony, Antoine et Rémy ; vous huit m'avez accompagné avec beaucoup de joie dans le monde des ingénieurs. Merci aux ingénieurs pour leur accueil malgré nos âges avancés.

A mes amis de la faculté de pharmacie, ceux de la première heure (Victor, Damien), ceux venus par la suite (Astrid, Murielle, Antoine, Guillaume, Pierre) ainsi qu'à l'ensemble des personnes que j'ai pu croiser. Merci, mon parcours n'aurait pas été le même sans vous.

A mes amis normands (Charleene, Sylvain), parisiens (Amandine, Geoffroy), Vikings (Guillaume, Camille, Oscar, Clément, Gab), merci de m'avoir rapproché de nouveaux courants de pensée.

A mes deux correctrices, merci d'avoir donné meilleure forme à mes phrases parfois alambiquées.

A ma sœur et mon frère, car je sais que vous serez toujours là, merci.

A ma mère, lectrice et correctrice assidue, merci pour tes conseils de qualité, de toute façon on est pareil.

A Aurélie, à la fois cobaye, critique et correctrice des différentes idées me traversant l'esprit. Je ne pouvais rêver meilleur duo.

Mise en garde

L'UNIVERSITE DE ROUEN ET L'UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN N'ENTENDENT DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE. CES OPINIONS SONT PROPRES A LEURS AUTEURS.

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS :
Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

| |
|--------------|
| I - MEDECINE |
|--------------|

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--|-----|--|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Jean-Paul BESSOU | HCN | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>) | HCN | Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>) | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

| | | |
|--|-----|--|
| Mr Philippe DUCROTTE | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>) | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>) | HCN | Urologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| Mr Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato - Vénérologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| Mr Bertrand MACE | HCN | Histologie, embryologie, cytogénétique |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

| | | |
|--|-----|---|
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| Mr Jean-François MUIR | HB | Pneumologie |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénérologie |
| Mr Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Me Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Bernard PROUST | HCN | Médecine légale |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie - Pathologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| Mr Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| Mr Olivier TROST | HCN | Chirurgie Maxillo Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | HB | Service Santé Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| Mr Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|---|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphanie DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| Mme Rachel MARION-LETELLIER | UFR | Physiologie |
| Mr Thomas MOUREZ | HCN | Virologie |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Christine RONDANINO | UFR | Physiologie de la Reproduction |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|-----------------------------|-----|---------------|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|----------------------|
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| Mr Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET | Physiologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEUIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Jérémy BELLIEN | Pharmacologie |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER | Statistiques |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| Mr Eric DITTMAR | Biophysique |
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER | Pharmacologie |

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Mr Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Hervé HUE | Biophysique et mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie - Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mr Jean-François HOUIVET | Pharmacie officinale |

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|---------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|---------------------|---------|

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

| | |
|---------------------|---------------|
| Mme Sandrine DAHYOT | Bactériologie |
|---------------------|---------------|

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|----------------------------|------------------|
| Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE | Biochimie |
| Mme Hanane GASMI | Galénique |
| Mme Caroline LAUGEL | Chimie organique |
| Mr Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |

| |
|---|
| LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES |
|---|

| | |
|--|-------------------------------------|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et minérale |
| Mr Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| Mr Roland CAPRON | Biophysique |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation et économie de la santé |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| Mr Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| Mr Michel GUERBET | Toxicologie |
| Mr François ESTOUR | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mr Rémi VARIN | Pharmacie clinique |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

III - MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

| | |
|----------------------------------|------------------------|
| Mr Serguei FETISSOV (med) | Physiologie (ADEN) |
| Mr Paul MULDER (phar) | Sciences du Médicament |
| Mme Su RUAN (med) | Génie Informatique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (med) | Chirurgie Expérimentale |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Isabelle TOURNIER (med) | Biochimie (UMR 1079) |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

| | | |
|-----------|---|-----------|
| I | Introduction | 21 |
| | I.1 Contexte des consultations externes..... | 21 |
| | I.2 Problématique..... | 22 |
| | I.3 Démarche pour répondre à cette problématique | 23 |
| II | Mode de fonctionnement interne des établissements de santé publics | 26 |
| | II.1 Organisation | 26 |
| | II.1.a Principe | 26 |
| | II.1.b Logiques de regroupement | 26 |
| | II.2 Les acteurs majeurs..... | 28 |
| | II.2.a Directeur d'établissement | 28 |
| | II.2.b Chefs de pôle | 29 |
| | II.3 Les instances..... | 30 |
| | II.3.a Instances décisionnelles | 30 |
| | II.3.b Instances consultatives | 33 |
| | II.4 La gestion hospitalière | 39 |
| | II.4.a Le projet médical | 39 |
| | II.4.b Le projet de soins infirmiers | 39 |
| | II.4.c Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) | 39 |
| | II.4.d Projet d'établissement | 40 |
| | II.4.e Projet de pôle | 40 |
| | II.5 Le financement..... | 41 |
| | II.5.a Les raisons du changement | 41 |

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

| | | |
|------------|---|-----------|
| II.5.b | Principe du nouveau système | 42 |
| II.5.c | Financements directement liés à l'activité | 43 |
| II.5.d | Financements mixtes et autres financements | 44 |
| II.6 | Conclusion partielle..... | 44 |
| III | L'état des lieux des consultations hospitalières | 46 |
| III.1 | Les difficultés des consultations actuelles | 46 |
| III.1.a | Concernant le management des consultations | 46 |
| III.1.b | Concernant le processus des consultations | 49 |
| III.1.c | Concernant le financement des consultations | 50 |
| III.2 | Les points d'amélioration | 52 |
| III.2.a | Améliorer le management des consultations | 52 |
| III.2.b | Améliorer le processus de consultation | 55 |
| III.3 | Conclusion partielle | 58 |
| IV | Les solutions existant dans d'autres environnements..... | 60 |
| IV.1 | Système de management..... | 60 |
| IV.1.a | Management « politique » : une politique commune | 60 |
| IV.1.b | Management « objectifs » : les indicateurs de performance | 65 |
| IV.1.c | Management « processus » pour un processus de services | 71 |
| IV.2 | Les outils d'amélioration | 76 |
| IV.2.a | Amélioration de la qualité | 77 |
| IV.2.b | Améliorer le lead time avec le LEAN management | 79 |
| IV.2.c | Améliorer le débit avec la théorie des contraintes | 81 |
| IV.3 | Conclusion partielle | 83 |

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

| | | |
|------------|---|------------|
| V | Nouveau modèle de management des consultations..... | 86 |
| V.1 | Le processus politique | 86 |
| V.1.a | Sa structure | 86 |
| V.1.b | Son mode de fonctionnement | 87 |
| V.2 | Les indicateurs de performance | 93 |
| V.3 | Conclusion partielle | 96 |
| VI | Conseils d'application d'un système de management, et retour d'expérience du CHU de Toulouse | 97 |
| VI.1 | Contexte de l'application au CHU de Toulouse..... | 97 |
| VI.2 | Modélisation du processus fonctionnel des consultations..... | 98 |
| VI.2.a | Point de vue du patient | 98 |
| VI.2.b | Point de vue du personnel | 99 |
| VI.2.c | Point de vue du système d'information | 100 |
| VI.3 | Mise en place d'un management « politique » et « objectif » | 101 |
| VI.3.a | Phase 1 : travail préparatoire | 101 |
| VI.3.b | Phase 2 : début du pilotage | 103 |
| VI.3.c | Phase 3 : intégration du pilotage dans la stratégie de l'hôpital | 106 |
| VI.4 | Application d'outils d'amélioration du processus de consultation..... | 107 |
| VI.4.a | Amélioration de la qualité | 107 |
| VI.4.b | Amélioration du débit | 108 |
| VI.4.c | Amélioration du Lead Time | 111 |
| VI.5 | Conclusion partielle | 113 |
| VII | Conclusion..... | 114 |

Table des figures

| | |
|--|-----|
| Figure 1 : Relation des instances de pilotage | 41 |
| Figure 2 : logique d'évolution d'un établissement de santé avant la T2A (13)..... | 42 |
| Figure 3 : Logique d'évolution d'un établissement de santé avec la T2A (13)..... | 42 |
| Figure 4 : Schématisation de la décomposition (33)..... | 62 |
| Figure 5 : Exemple de décomposition de la politique en logistique (35)..... | 63 |
| Figure 6 : Méthode SCOR (43) | 68 |
| Figure 7 : Procédé de mise en place d'indicateurs (33)..... | 69 |
| Figure 8 : Résumé de l'approche processus selon l'iso 9001(39) | 74 |
| Figure 9 : Représentation schématique des consultations | 76 |
| Figure 10 : Processus de "servuction" (50)..... | 78 |
| Figure 11 : Exemple d'analyse du flux de processus | 82 |
| Figure 12 : Modification du débit de la troisième activité | 82 |
| Figure 13 : Processus global du pilotage des consultations externes hospitalières | 87 |
| Figure 14 : Homogénéisation de la gestion des pôles | 88 |
| Figure 15 : Gestion des consultations avec un seul pôle de consultation | 88 |
| Figure 16 : Gestion des consultations sans création de nouveaux pôles | 90 |
| Figure 17 : Exemple d'indicateurs utilisables pour le pilotage selon les niveaux de décision | 95 |
| Figure 18 : Processus simplifié des consultations externes hospitalières | 98 |
| Figure 19 : Représentation de la phase 1 de l'application du système de pilotage | 101 |
| Figure 20 : Représentation de la phase 2 de l'application du système de pilotage | 103 |
| Figure 21 : Représentation de la phase 3 de l'application du système de pilotage | 106 |

Table des tableaux

| | |
|--|-----|
| Tableau 1 : Répartition du nombre de représentants en fonction du nombre d'agents de l'établissement (9) | 38 |
| Tableau 2 : Risques et opportunités de la spécialisation et de la polyvalence (19) | 54 |
| Tableau 3 : Indicateur et mesure (42) | 66 |
| Tableau 4 : Avantages et inconvénients de la création d'un pôle | 89 |
| Tableau 5 : Avantages et inconvénients sans la création d'un pôle | 91 |
| Tableau 6 : Tableau type de la représentation d'un indicateur de performance | 104 |

Liste des abréviations

| | |
|--------|---|
| 5P | 5 Pourquoi |
| AFGI | Association française de gestion industrielle |
| AMA | Assistante médico-administratif |
| AMDEC | Analyse des modes de marche et de leur criticité |
| ANAP | Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux |
| AP | Auxiliaire Puéricultrice |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AS | Aide-soignante |
| BE | Bureau des entrées |
| CHR | Centre hospitalier régional |
| CHU | Centre Hospitalo-universitaire |
| CME | Commission médicale d'établissement |
| COFIL | Comité de pilotage |
| CPOM | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens |
| CSIRMT | Commission des soins infirmiers et réanimation médico-technique |
| CTE | Comité technique d'établissement |
| DBR | Drum-Buffer-Rope |
| ETP | Equivalent temps plein |
| FCP | Facteur clé de progrès |
| FCS | Facteur clé de succès |
| GHM | Groupe homogène de malade |
| GHS | Groupe homogène de séjour |
| HPST | Hôpital, patients, santé et territoires |
| IDE | Infirmier diplômé d'état |
| IEP | Identification externe patient |
| IP | Indicateur de performance |

| | |
|-------|---|
| IPP | Identifiant permanent patient |
| ISO | International standardization organization |
| LT | Lead Time |
| MCO | Médecine chirurgie obstétrique |
| MEAH | Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers |
| PDC | Plan de consultation |
| PDCA | Plan-Do-Check-Act |
| PDD | Plan de Distribution |
| PDP | Plan de production |
| PIC | Plan industriel et commercial |
| RSS | Résumé de sortie standardisé |
| RUM | Résumé d'unité médicale |
| SCOR | Supply Chain operations reference |
| SIRMT | Soins infirmiers et de réanimation médico-technique |
| SROS | Schéma régional d'organisation sanitaire |
| T2A | Tarifification à l'activité |
| TLS | Théorie des contraintes – Leadtime - Six sigma |
| TPS | Toyota production system |
| UD | Unité décisionnelle |
| VSM | Value stream mapping |

I Introduction

I.1 Contexte des consultations externes

La consultation de santé peut se décrire comme « un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique » (1). Elle peut s'appliquer sur un grand nombre d'actes puisque selon la nomenclature générale des actes professionnels « sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injections sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.). La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité » (1).

La présence de consultations dans les centres hospitaliers s'intègre donc parfaitement dans la mission de soin de ces établissements. Seulement, leur implantation dans les hôpitaux a longtemps été laissée à la seule décision des responsables d'établissement. Les consultations n'ont pris un caractère obligatoire qu'à partir du 3 août 1959 avec le décret n°59-957. Depuis cette date, les consultations font partie intégrante du fonctionnement de l'hôpital. A ce jour, elles représentent environ 45 millions d'actes par an (2) et suivent un processus général découpé en quatre grandes étapes :

- La prise de contact pour obtenir un rendez-vous : le patient entre en contact avec l'établissement afin de programmer un rendez-vous de consultation.
- L'accueil : le jour du rendez-vous, le patient accède à l'établissement puis se fait enregistrer dans les registres.
- La prise en charge médico-soignante : le patient est pris en charge par les équipes médicales et paramédicales (entretien avec médecin, actes médicaux, actes paramédicaux, etc.).

- La post-consultation : cette étape comprend la sortie ou non du patient de l'établissement hospitalier en fonction du parcours de santé suivi, et les suites engendrées par la consultation (compte-rendu, facturation, etc.).

I.2 Problématique

Le déroulement d'une consultation semble être un processus simple à piloter. Mais derrière ces grandes étapes se cachent de nombreuses problématiques.

L'une d'elles est apparue à la suite de la mise en place, à partir de 2004, de la Tarification à l'activité (T2A). Ce nouveau mode de financement remplace la dotation globale par un financement en fonction de l'activité. Avant cette modification, le financement des consultations était presque automatique avec la répartition de la dotation globale. Dorénavant, il faut que les consultations soient prises en compte dans l'activité de l'hôpital afin que l'établissement puisse obtenir un financement sur les actes réalisés. Ces relevés sont importants puisqu'un service de consultations de 50 000 patients par an peut générer entre 1 à 2 millions d'euros de recettes suivant la technicité des actes réalisés. Il est donc nécessaire de mettre en place un système d'enregistrement efficace et suivi.

Une deuxième problématique est le critère de satisfaction du patient parfois oublié (rarement mis en avant dans les rapports existants). Or, les consultations externes constituent une activité de prestation de service en lien direct avec l'attractivité du centre hospitalier. Avec la présence d'établissements privés au sein des mêmes bassins de population, la satisfaction du patient par rapport à la prestation fournie peut être un critère de choix au moment de la sélection des consultations.

Une troisième problématique est la complexité sous-jacente de ce processus. En ne prenant en compte ici que la gestion des consultations, les acteurs responsables du bon déroulement des grandes étapes sont sous la responsabilité de responsables différents, eux-mêmes dépendants de directions différentes et cloisonnées. L'uniformité d'action et de coopération entre les acteurs est donc très compliquée et enrayer le bon fonctionnement du processus de consultation.

La majorité des problématiques, dont celles citées ici, ne sont pas nécessairement irréversibles. La mise en place de processus ou de systèmes structurés permettraient de faire évoluer les consultations pour corriger ces problèmes. Seulement, au cours du développement des hôpitaux, les consultations semblent ne pas avoir présentées une priorité, comme le montre la rareté des rapports ou études les concernant. Leur développement se trouve alors différé par rapport à celle des hôpitaux.

La mise à l'écart des consultations de l'évolution de l'hôpital est d'autant plus préjudiciable qu'elle constitue une véritable perte de plus-value. En effet le nombre élevé de patients transitant par les consultations en font une véritable vitrine de l'établissement. De plus, quatre consultations sur dix sont liées à l'hospitalisation (activité hospitalière d'importance avec la chirurgie) (3), que ce soit pour une admission ou pour un suivi médical.

I.3 Démarche pour répondre à cette problématique

Face à cette absence de référence d'une part et au réel intérêt représenté par les consultations externes d'autre part, nous proposons, au travers de cette thèse, d'élaborer le système de pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier.

Pour présenter ce support, nous débuterons par une description de l'existant : un état des lieux du mode de fonctionnement interne des établissements de santé publique instauré par le projet de loi santé de 2012. Ce rappel permettra de présenter le milieu dans lequel le système devra s'implanter.

Ensuite, nous dresserons l'état des lieux des consultations hospitalières à partir des différents rapports existant sur ce sujet. Même en quantité limitée, ils constituent un début d'analyse et d'état des lieux des consultations externes. Nous présenterons les démarches abordées ou recommandées afin de poursuivre le développement des consultations.

Sur la base de ces observations, nous étudierons les solutions existant dans d'autres environnements que l'hôpital.

A la lumière de ces données, nous proposerons un nouveau modèle de management des consultations externes adapté au milieu hospitalier et répondant aux besoins. Cette proposition présentera d'abord l'aspect théorique du système, puis des conseils d'application avec un retour d'expériences obtenue au sein du centre hospitalo-universitaire toulousain.

Consultations et Pilotage

II Mode de fonctionnement interne des établissements de santé publics

Les consultations hospitalières représentent une partie de l'activité des établissements de santé dont la gestion est régie par un ensemble de décrets. Avant de nous intéresser plus précisément aux consultations, nous devons décrire le contexte dans lequel elles évoluent, c'est-à-dire l'organisation des établissements de santé.

II.1 Organisation

II.1.a Principe

Le mode d'organisation interne des hôpitaux a été profondément modifié avec l'ordonnance du 2 mai 2005 (4). Depuis cette date, les services hospitaliers sont regroupés par pôles d'activité.

La répartition par pôles d'activité doit permettre de supprimer les séparations hospitalières que ce soit entre les disciplines, les services ou les modes de décision entre administratifs, médecins et soignants. Ce décloisonnement vise à orienter l'ensemble des acteurs vers des objectifs communs et à créer une unité.

L'organisation interne de chaque pôle est définie librement pour l'accomplissement de leurs missions. La seule condition est de respecter les dispositions du chapitre VI du code de la santé publique (chapitre concernant les établissements et les services de santé).

Pour cela les pôles disposent de leur propre instance (conseil de pôle), d'une direction homogène et d'un projet stratégique et managérial. Ce projet stratégique est formalisé et intégré dans le projet stratégique de l'hôpital.

II.1.b Logiques de regroupement

Ces regroupements par pôle d'activité relèvent de sept logiques (5):

- Regroupement par disciplines : il constitue une solution de simplicité mais n'entraîne pas de réorganisation importante. Ce type de regroupement est considéré simpliste puisqu'il correspond assez sensiblement à la réalité induite par les différents textes (exemple : le regroupement de la gynécologie et de l'obstétrique).

- Regroupement par types de population : il permet de rassembler sur le même site les disciplines voisines et complémentaires. Ce rassemblement permet de mutualiser les moyens techniques et humains. Il est intéressant pour les pathologies particulières ou les maladies chroniques nécessitant des structures bien identifiées tout en profitant de la proximité d'un plateau techniques et des services d'un établissement Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Les spécialités telles que la psychiatrie ou la gériatrie se prêtent facilement à ce type de regroupement.

- Regroupement par organes ou par spécialités : il présente deux facettes. La première est de répondre à la stratégie médicale de l'hôpital de regrouper les spécialités par pôle d'activité et la seconde est de d'obtenir rapidement l'adhésion du corps médical (celui-ci en est d'ailleurs souvent l'instigateur). De plus ce type de regroupement est adapté à l'activité programmée ou à des activités lourdes.

Un exemple type est le regroupement de la chirurgie viscérale avec la médecine hépato-gastro-entérologique, endocrinienne. Cet ensemble constitue le pôle digestif et crée une prise en charge médico-chirurgicale. L'inconvénient de ce type de regroupement concerne les plateaux techniques puisque chacune des spécialités du pôle d'activités aura tendance à vouloir spécialiser le plateau à son profit.

- Regroupement par modes de prise en charge : il tend à mutualiser les moyens et optimiser les surfaces. La gestion du personnel est simplifiée et plus économique. Cela peut se faire en regroupant par exemple, en fonction du temps de prise en charge, les hôpitaux de jour, de semaine, les consultations, etc. Seulement il s'éloigne de façon marquée des organisations actuelles et il efface la notion de territoire et d'appartenance. Ce type de regroupement est alors difficile à gérer que ce soit par les équipes médicales ou paramédicales. Cependant, l'impact de la démographie médicale et les coûts des activités de soins et de diagnostics tendent les organisations vers ce type de réorganisation.

- Regroupement par flux : comparable au précédent, mais avec une différenciation entre le « flux programmé » et le « flux urgence ». Cette logique

permet d'adapter la structure au circuit patient et aux approvisionnements, etc. Ainsi certaines activités comme l'accueil, les salles d'attentes peuvent être définies en fonction d'une logique de parcours. Cette logique est alors très dépendante du plateau technique à laquelle elle est associée. Ce type de regroupement est intéressant dans le cadre de prise en charge ambulatoire des patients.

- Regroupement par compétences : ce type regroupe les secteurs à partir des compétences professionnelles. Ce rassemblement permet de mutualiser les techniques et les moyens humains. Il concerne plus particulièrement les unités de taille importante avec un fonctionnement transversal comme les laboratoires d'analyse, puisqu'ils représentent une technicité et des moyens humains importants. Par contre il ne favorise pas le décloisonnement de l'hôpital.

- Regroupement par lien client / fournisseur : similaire au regroupement par compétence, il introduit la notion de prestation. Il conduit à une prise de conscience de la qualité et du délai des prestations. La relation client / fournisseur est remarquable entre médecin / patient mais aussi entre plateaux techniques / pôles cliniques ou pôles cliniques / administration.

II.2 Les acteurs majeurs

II.2.a Directeur d'établissement

❖ Nomination

La nomination du directeur d'établissement peut concerner un fonctionnaire ou un « contractuel » (6). Elle s'effectue de manière différente en fonction des types d'établissement (6,7) :

- Pour un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) : le directeur est nommé par décret sur rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche
- Pour un Centre Hospitalier Régional (CHR) : le directeur est nommé par décret sur rapport du ministre chargé de la santé uniquement.

- Pour les autres établissements : le directeur est nommé par arrêté du directeur général du comité national de gestion sur la base d'une liste de noms proposée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

A partir de sa prise de fonction, le directeur d'établissement a six mois pour faire valider son projet d'objectifs prioritaires de gestion par le directeur général de l'ARS.

❖ Rôle

Les compétences du directeur d'établissement sont très larges. Elles se regroupent en trois catégories (6,7) :

- Compétence dans la conduite de l'établissement : cela concerne la politique générale de l'établissement, la gestion des dépenses et des recettes, la représentation de l'établissement pour les actes civils, etc.
- Compétence de gestion après concertation du directoire pour la stratégie, la politique qualité, les finances, le patrimoine et la politique sociale de l'établissement.
- Compétence de nomination (pour les chefs de pôles et des membres du directoire), de proposition de nomination et admission de professionnels libéraux.

II.2.b Chefs de pôle

❖ Nomination

La nomination des chefs de pôle est effectuée par le directeur de l'établissement. Le choix se fait à partir d'une liste de propositions élaborée par le président de la commission médicale d'établissement. Celui-ci établit la liste seul ou avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, dans le cas d'un pôle d'activité hospitalo-universitaire, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Les chefs de pôle sont recrutés parmi les praticiens hospitalo-universitaires, les praticiens hospitaliers en médecine, odontologie et pharmacie, les praticiens contractuels et les praticiens contractuels associés.

Le mandat d'un chef de pôle est d'une durée de quatre ans renouvelable.

❖ Rôle

Le chef de pôle a plusieurs missions (6,7) :

- Appliquer la politique de l'établissement pour atteindre les objectifs du pôle ;
- Gérer les équipes (médicales, soignantes, administratives) sous son autorité ;
- Gérer les ressources (planification, affectation, plan de formation, définition des profils de poste, recrutement, etc.).

Le rôle précis du chef de pôle est défini dans le contrat de pôle. Etabli entre le chef de pôle et le directeur de l'établissement, ce contrat définit les modalités d'une délégation accordée au chef de pôle.

II.3 Les instances

II.3.a Instances décisionnelles

II.3.a.i *Le conseil de surveillance*

Depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) de 2009, le conseil d'administration a été remplacé par le conseil de surveillance. Cette modification a permis de centrer ses missions autour des orientations stratégiques et du contrôle de l'établissement.

❖ Composition

Le conseil de surveillance est composé de 9 ou 15 membres, équitablement issus de trois collèges (6,7) :

- Le collège des « élus » : il représente les collectivités territoriales ou leurs groupements. Parmi ce collège figurent le maire de la commune où siège l'établissement principal, et le président du conseil général.
- Le collège des « représentants des personnels médicaux et non médicaux » : il doit comporter au moins un représentant élu parmi les membres de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques (CSIRMT). Les autres membres sont désignés, à parité, par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives.
- Le collège des « personnalités qualifiées » : désignées par le directeur général de l'ARS et par le préfet du département. Une partie de ces membres sont les représentants des usagers.

Le directeur du conseil de surveillance est choisi parmi les collèges des « élus » et des « personnalités qualifiés ». Il doit être élu par tous les membres, à la majorité absolue au premier et deuxième tours, et à la majorité relative au troisième tour. La durée du mandat est de cinq ans.

D'autres acteurs peuvent être présents. Mais ils ne disposent que d'une voix consultative. Les membres avec voix consultative sont :

- Le président de la CME ;
- Le directeur général de l'ARS ;
- Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique ;
- Le directeur de la caisse d'assurance maladie ;
- Le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

❖ Rôles

Les décisions du conseil de surveillance sont centrées sur le contrôle de l'activité de l'établissement et la définition des orientations stratégiques. Le conseil de surveillance est chargé de (6,7) :

- Se prononcer sur la stratégie et contrôler de façon permanente la gestion. Le conseil de surveillance analyse le rapport annuel du directeur d'établissement et la gestion de l'établissement. Il transmet ses observations au directeur général de l'ARS.
- Délibérer sur le projet d'établissement, sur le compte financier et l'affectation des résultats. Les délibérations sur le compte financier et l'affectation des résultats sont envoyées au directeur général de l'ARS et sont exécutoires dès réception.
- Emettre un avis sur la politique qualité de l'établissement (amélioration continue, règlement intérieur, etc.).
- Proposer la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire (uniquement le président du conseil de surveillance).
- S'informer sur le programme d'investissements ainsi que sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.
- Nommer le commissaire aux comptes, si les comptes de l'établissement sont soumis à certification.

II.3.a.ii Le directoire

Depuis la loi HPST, le directoire a remplacé le conseil exécutif. Cela a modifié sa composition, son fonctionnement et son rôle.

❖ Composition

Le directoire est limité à 7 membres pour les centres hospitaliers et à 9 membres pour les CHU. Ils font tous partie du personnel de l'établissement, majoritairement du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

Les membres sont regroupés en deux catégories (6,7) :

- Les membres de droit, représentés par de trois personnes : le directeur d'établissement, le président de la CME et le président de la CSIRMT. Pour les CHU deux membres viennent s'ajouter aux trois premiers : le vice-président doyen et le vice-président chargé de la recherche.

- Les membres nommés : ils sont désignés par le président du directoire après information du conseil de surveillance. Ils sont au nombre de 4 ou 5 suivant l'hôpital concerné. Le choix du président du directoire se base sur la liste de propositions établie par le président de la CME. Cette liste comporte un ensemble du nom appartenant aux professions médicales.

Le directoire est dirigé par le directeur d'établissement. Le vice-président du directoire est le président de la CME.

❖ Rôle

- Préparer le projet d'établissement, sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.
- Conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ainsi que sur les sujets liés à la vie de l'établissement.

II.3.b Instances consultatives

II.3.b.i Commission Médicale d'Établissement (CME)

❖ Composition

Suite au décret du 30 avril 2010, la composition de la CME n'est plus réglementée. Elle dépend dorénavant du règlement intérieur de chaque établissement, dans le respect d'une répartition équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement.

Cependant, suivant l'établissement concerné, des règles doivent être respectées (6,7) :

- L'ensemble des chefs de pôles cliniques et médicotechniques sont membres de droit de la CME. Cependant pour le CHU disposant de plus de 11 pôles, c'est le règlement intérieur de l'établissement qui définit le nombre de chefs de pôle élus au sein de la CME (ce nombre ne doit pas être inférieur à 10).
- Parmi les membres élus, les responsables de structures internes, des services ou unités fonctionnelles, les praticiens titulaires de l'établissement, les personnels temporaires ou non titulaires et les personnels contractuels ou exerçants

à titre libéral, et les sages-femmes, si l'établissement dispose d'une unité de gynécologie-obstétrique, doivent être représentées. Au sein des CHU, le personnel enseignant et hospitalier titulaire de l'établissement doit aussi être représenté.

- Pour la médecine générale, la médecine des autres spécialités, la pharmacie et l'odontologie, un représentant des internes de chacune de ces catégories doit être présent lors de la CME. Ils sont désignés tous les six mois à chaque début de stage par le directeur général de l'ARS.

- Avec une voix consultative, sont membres de la CME : le président du directoire, le président de la CSIRMT, le praticien responsable de l'information médicale, le représentant du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Pour le CHU les directeurs d'unité de formation et de recherche de médecine, pharmacie et odontologie (s'ils existent) sont aussi membres avec une voix consultative.

❖ Rôle

Le premier rôle de la CME est de contribuer, d'une part, à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et, d'autre part, à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Les propositions de la CME sont exposées dans d'un rapport d'actions présenté annuellement au président du directoire.

Pour l'amélioration continue, la CME propose des orientations concernant (8) :

- La gestion des risques pour lutter contre les infections liées aux soins et traiter les événements indésirables liés aux activités de l'établissement.
- Les outils de vigilance pour garantir la sécurité sanitaire.
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles.
- La prise en charge de la douleur.
- Le plan de formation professionnelle continue concernant le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Les propositions sur les projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers sont orientées autour de :

- L'éthique concernant l'accueil et la prise en charge médicale.
- L'évaluation de la prise en charge du malade.
- L'évaluation de la mise en place de la politique de soins palliatifs.
- L'organisation du parcours de soins.
- Le fonctionnement de la permanence des soins.

Le second rôle de la CME est d'être une instance consultée et informée sur différents éléments de l'établissement.

Elle est consultée pour (7) :

- Le projet médical de l'établissement.
- Le projet d'établissement.
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement.
- Le règlement intérieur de l'établissement.
- Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux.
- La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées.
- Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.
- Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques.
- Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

Elle est informée sur (7) :

- L'état initial des prévisions de recettes et de dépenses et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats.
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement.
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- Les contrats de pôle.
- Le bilan annuel des tableaux de service.
- La politique de recrutement des emplois médicaux.
- L'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir.

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.
- L'organisation interne de l'établissement.
- La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

II.3.b.ii Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et MédicoTechniques (CSIRMT)

❖ Composition

La CSIRMT est composée de membres élus représentant les acteurs de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques. Ils sont regroupés en trois collèges (6,7) :

- Le collège des cadres de santé.
- Le collège des personnels infirmiers, de rééducation et médicotechniques.
- Le collège des aides-soignants.

Chacun de ces collèges est représenté par un nombre de membres supérieur ou égal à 10% du nombre total de membres élus.

La présidence de la commission est assurée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.

Cette commission comporte aussi des participants avec une voix consultative (6,7) :

- Le ou les directeurs des soins qui assiste(nt) le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.
- Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement.
- Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation paramédicale ou des directeurs des instituts de formation s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement.

- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation ou de l'école ou des directeurs des instituts de formation ou des écoles s'ils sont plusieurs à être rattachés à l'établissement.
- Un représentant de la CME.

❖ Rôle

La CSIRMT possède un rôle consultatif et doit être informée sur différents sujets hospitaliers. Elle est consultée pour :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques élaboré par le coordonnateur général des soins.
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ainsi que l'accompagnement des malades.
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins.
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers.
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques.
- La politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- Le règlement intérieur de l'établissement.
- L'admission de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, à participer à l'exercice des missions de service public.
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

II.3.b.iii Comité Technique d'Etablissement (CTE)

❖ Composition

Le comité technique d'établissement comprend le directeur de l'établissement ou son représentant - il préside le comité - et les représentants du personnel. Le

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

nombre de représentants du personnel varie en fonction du nombre d'agents dans l'établissement (cf. Tableau 1).

| Nombre d'agents dans l'établissement | Nombre de membres titulaires | Nombre de membres suppléants |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <50 | 3 | 3 |
| 50 à 99 | 4 | 4 |
| 100 à 299 | 6 | 6 |
| 300 à 499 | 8 | 8 |
| 500 à 999 | 10 | 10 |
| 1 000 à 1 999 | 12 | 12 |
| 000 à 4 999 | 15 | 15 |
| >5 000 | 18 | 18 |

Tableau 1 : Répartition du nombre de représentants en fonction du nombre d'agents de l'établissement (9)

❖ Rôle

Le CTE est consulté sur des matières sur lesquelles la CME est également consultée. Elles sont les suivantes :

- Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel.
- Le plan de redressement.
- L'organisation interne de l'établissement.
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences.
- La politique générale de formation du personnel, notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu.
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité.
- La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social.

- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Le règlement intérieur de l'établissement.

II.4 La gestion hospitalière

II.4.a Le projet médical

Le projet médical est élaboré par le président de la CME en association avec le directeur de l'établissement. Ce projet définit la stratégie médicale de l'établissement, avec les mesures à prendre conformément au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen (CPOM).

Ce projet intègre les objectifs médicaux cohérents avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et le contenu de l'offre de soins, les objectifs de l'établissement concernant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'organisation des moyens médicaux et l'articulation entre les pôles pour garantir la cohérence du parcours de soins (10).

Le projet est soumis au directoire après l'avis de la CME. Le conseil de surveillance délibère sur le projet médical au travers du projet d'établissement.

II.4.b Le projet de soins infirmiers

Le projet de soins est élaboré par le président de la CSIRMT, il reflète l'impact des différents professionnels sur la prise en charge des patients.

Il contient les principes éthiques de l'activité de soin, les principaux objectifs et les actions qui seront réalisées ainsi que leurs modalités d'évaluation (11).

II.4.c Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Sur la base des SROS, l'ARS et le directeur de l'établissement de santé établissent un contrat pluriannuel. L'objectif principal du SROS est « de prévoir et de susciter

les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé » (12).

Dans le but de poursuivre ce schéma, le CPOM comprend les principales modifications et évolutions des activités de soins, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les projets de gestion humaine et matérielle ainsi que le développement du système d'information (suivi du plan Hôpital numérique).

II.4.d Projet d'établissement

Le projet d'établissement est défini sur la base du projet médical, et indique la politique globale de l'établissement. Elle doit nécessairement répondre aux objectifs du schéma d'organisation des soins.

Le projet d'établissement intègre les moyens (d'hospitalisation, de personnel et d'équipement) et le projet de prise en charge des patients. Ce projet doit être cohérent avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et le projet social.

La politique de l'établissement est définie pour une durée maximale de cinq ans. Mais il est possible de la réviser avant ce terme.

II.4.e Projet de pôle

Le projet de pôle est élaboré par le chef de pôle dans les trois mois suivant la signature du contrat de pôle proposé par le directeur. Il respecte donc les termes du contrat.

Le projet permet de définir (7) :

- Les différentes missions et les responsabilités confiées aux structures internes du pôle.
- Le type d'organisation à mettre en place pour atteindre les objectifs du contrat de pôle.
- Les évolutions des activités des structures et les moyens associés.

Lorsque le projet est rédigé, il est soumis au directeur de l'établissement.

Ainsi tous les projets sont reliés et soumis au directeur de l'établissement (Figure 1).

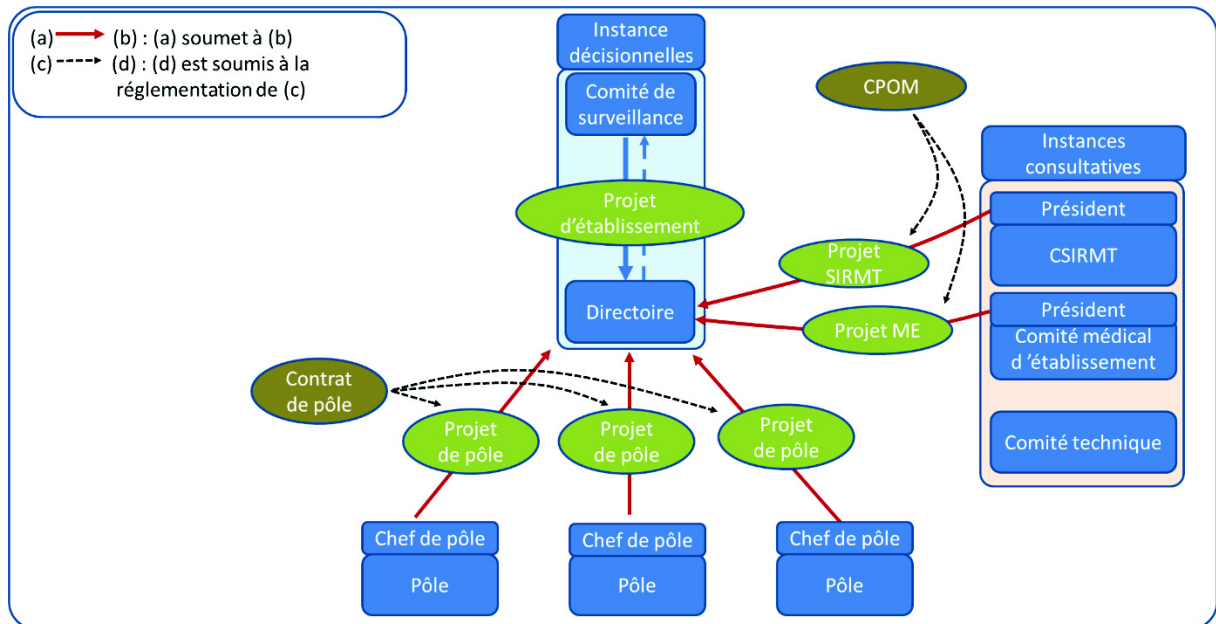


Figure 1 : Relation des instances de pilotage

II.5 Le financement

La loi de financement de la sécurité sociale de 2004 a mis en place un nouveau système de financement des établissements publics : la tarification à l'activité (T2A). Cette loi vient remplacer le système de dotation globale par une tarification suivant l'activité de l'établissement (système déjà appliqué dans d'autres pays européens).

II.5.a Les raisons du changement

Le système de dotation globale avait pour principal défaut de figer les situations financières des hôpitaux. En effet, ce système ne prenait pas en compte les évolutions hospitalières, il se fixait principalement sur une base historique (13).

Cette situation était pénalisante pour certains hôpitaux qui avaient une gestion efficace et bénéfique pour des systèmes inflationnistes. Ainsi la logique d'évolution des établissements de santé était rompue (cf. Figure 2).

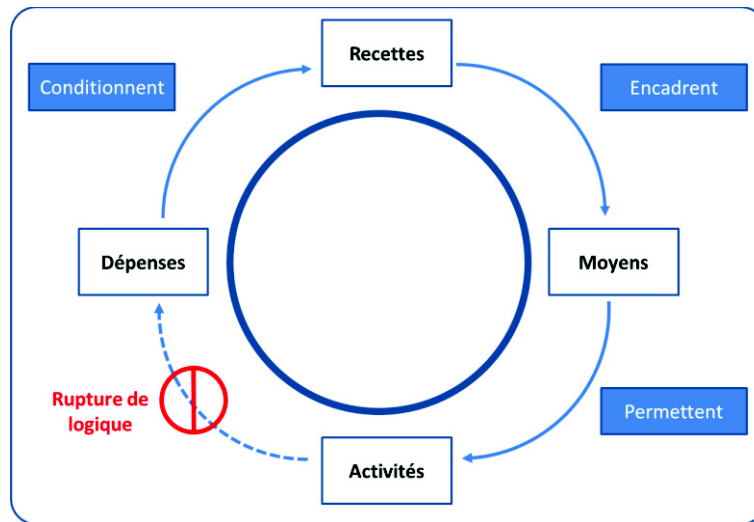


Figure 2 : logique d'évolution d'un établissement de santé avant la T2A (13)

II.5.b Principe du nouveau système

Pour répondre à ces dysfonctionnements, un nouveau système a été développé et mis en place à partir de 2005. Le financement des hôpitaux se fait maintenant en fonction de l'activité réalisée. Cette logique permet de participer à l'évolution des hôpitaux (cf. Figure 3).

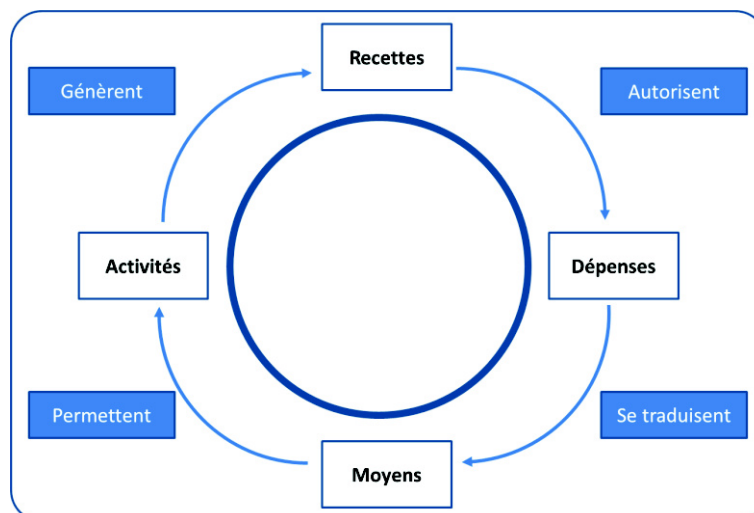


Figure 3 : Logique d'évolution d'un établissement de santé avec la T2A (13)

Le système de la T2A regroupe trois modalités de financement (13) :

- Les financements directement liés à l'activité
- Les financements mixtes
- Les autres financements (dotations)

II.5.c Financements directement liés à l'activité

Les financements directs concernent les prestations d'hospitalisation (hospitalisation, actes externes, consultations, etc.) et les paiements en sus (médicaments onéreux et dispositifs médicaux). Afin de comptabiliser l'activité d'un hôpital plus facilement, deux éléments fondamentaux ont été définis :

- les Groupes Homogènes de Malades (GHM) et les Groupes Homogènes de Séjours (GHS). Ces groupes identifient les prestations de soins appliquées au même profil de patients. Les GHM constituent « un système de classification médico-économique des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Au terme de l'hospitalisation d'un patient, un recueil d'informations synthétique est produit : le résumé de sortie standardisé (RSS). Il est composé d'autant de résumés d'unité médicale (RUM) que le patient a fréquenté d'unités médicales pendant son séjour en MCO » (14). Le GHS représente, lui, la durée moyenne d'un séjour.
- A chacun de ces GHM et GHS un prix fixe est attribué à l'avance. Ils représentent les tarifs nationaux de l'activité hospitalière.

L'introduction de ces éléments permet d'obtenir une homogénéité dans les déclarations d'activités.

Pour les prises en charge spécifiques, où l'utilisation de produits onéreux est nécessaire, il y a le paiement en sus. La facturation de la prise en charge se fait alors sur le prix de base payé par l'établissement avec une majoration d'une marge d'intéressement.

Les objectifs de ce type de paiement sont de « favoriser le bon usage de l'ensemble des médicaments et des produits et prestations au sein de l'établissement dans la

perspective d'une amélioration continue tant de la qualité que de la sécurité des soins qui sont prodigués » (13) ou encore de respecter les obligations de l'ARS.

II.5.d Financements mixtes et autres financements

Les deux autres types de financement représentent une part plus faible de l'investissement hospitalier (13).

Les financements mixtes regroupent les forfaits annuels : forfait annuel urgence, forfait annuel greffe et forfait coordination des prélèvements d'organes. Ces forfaits se basent également sur les GHM mais leurs spécificités nécessitent l'ajout d'une marge supplémentaire.

Les autres financements concernent les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation. L'une des missions d'intérêt général concerne les missions d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation.

L'aide à la contractualisation est un financement sous la forme d'enveloppes allouées par les ARS. Ces agents se fixent sur des critères objectifs définis. Le but de ce financement est de développer l'activité, aider l'investissement, améliorer l'offre et servir de soutien financier à l'établissement.

II.6 Conclusion partielle

Depuis l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi HPST de 2009, le fonctionnement interne de l'hôpital a profondément été modifié. D'une part l'organisation interne est segmentée en pôles définis en fonction de leur activité.

D'autre part les prises de décision hospitalière sont faites par des acteurs majeurs : le directeur de l'établissement et les chefs de pôle. Elles reposent sur les instances qui leur permettent de s'informer de l'état réel des différents domaines de l'hôpital.

Au cours de ces instances sont également rédigés les projets hospitaliers définissant les orientations stratégiques de l'hôpital.

Une autre grande modification de la gestion hospitalière est le déploiement de la T2A. Ce nouveau mode de financement a profondément modifié les pensées concernant l'organisation de l'hôpital, il est dorénavant nécessaire de comptabiliser les actes réalisés.

Ces grands changements doivent être pris en compte quant à l'implantation d'un nouveau système de pilotage des consultations.

Seulement ces changements organisationnels ne sont pas favorables à l'amélioration des consultations. En effet, nous avons pu observer au CHU de Toulouse que certaines logiques de regroupement telles que le regroupement par disciplines cloisonnaient des activités et ralentissaient les prises de décision. Tandis que les regroupements par flux, plus accès sur le parcours patients, étaient plus adaptés à ces activités.

De plus, nous avons vu que toute modification du fonctionnement hospitalier n'est possible que dans deux cas.

Dans le premier cas, la modification provient du développement de projets nationaux au travers des SROS. Or sur les schémas de grandes régions françaises (Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes), il n'y a pas de projet spécifique à l'amélioration des consultations externes (15,16).

Dans le second cas, la modification est issue de l'établissement. Si les SROS ne présentent pas de projet d'amélioration, les établissements de santé peuvent quand même présenter des axes d'amélioration au sein de leur projet d'établissement validé par le directeur. Mais ces initiatives ne sont pas homogènes au niveau national puisque nous retrouvons des axes d'amélioration spécifiques aux consultations externes au sein du projet d'établissement du CHU de Lyon mais pas dans celui du CHU de Toulouse (17,18).

Les projets visant l'amélioration des consultations sont donc rares et dépendent des ARS pour les projets nationaux et du directeur de l'établissement pour les projets spécifiques d'un établissement. De plus, dans le cas du CHU de Lyon, bien que le

parcours de consultations soit présent au sein du projet de l'établissement, sa complexité et son financement ne semblent pas pris en compte.

III L'état des lieux des consultations hospitalières

Les différents rapports existant sur les consultations hospitalières sont en grande partie consacrés à leur analyse, sans proposition d'outils d'amélioration. Ces rapports isolent d'une part les difficultés existantes, et d'autre part les points nécessitant des améliorations.

III.1 Les difficultés des consultations actuelles

III.1.a Concernant le management des consultations

III.1.a.i Au niveau du management global

❖ Problème de répartition au sein de l'établissement

L'un des premiers constats est l'éclatement des consultations. En effet, les consultations sont très rarement présentées en une seule entité. Très souvent les activités sont dispersées au sein de l'hôpital entre plusieurs services, étages ou même bâtiments. De plus, même lorsque les plateaux de consultations sont centralisés, il est très difficile de réunir l'ensemble des consultations (19) (20).

Les raisons de cette difficulté sont multiples, comme :

- Une dispersion due aux particularités d'une spécialité.
- Une répartition historique des consultations.
- Une décision des praticiens.
- Un manque d'espace sur les plateaux de consultations.

Seulement ces dispersions viennent perturber le circuit du patient ou la gestion administrative des consultations, et ainsi créer des difficultés comme par exemple leur facturation.

❖ Absence de rattachement administratif unique

Les consultations externes sont très rarement regroupées sous un seul pôle. Dans 75% des cas (19), les consultations sont directement rattachées à des pôles différents. La gestion du parcours de consultation est alors dépendante de plusieurs pôles, dont les objectifs ne sont pas tous identiques.

Cette division entraîne d'un côté un problème important pour l'application d'un management unique des consultations, et de l'autre des difficultés d'amélioration puisque des optimums locaux ne garantissent pas un optimum global.

❖ Défaut d'outils de pilotage

Les outils de pilotage sont pour le moment très peu répandus dans les consultations externes (19,21,22). Plusieurs raisons peuvent expliquer cela :

- Une mauvaise utilisation de ces outils comme par exemple des tableaux de bord uniquement destinés à la direction de l'hôpital ou alors essentiellement utilisés d'un point de vue financier.
- L'absence de responsable de consultation pour mettre en place et utiliser ces outils.
- Le système d'information hospitalier, développé pour l'hospitalisation, l'est faiblement au niveau des consultations.
- L'absence d'outil simple comme une charte de fonctionnement, telle que celle des blocs opératoires.

❖ Un encadrement incomplet

Pour tous les établissements étudiés, un cadre de santé est affecté au secteur des consultations. Cette personne gère l'ensemble des acteurs paramédicaux dépendants de son pôle au niveau des plateaux. Seulement les consultations réunissent de multiples intervenants : médecins, soignants, secrétaires, agents administratifs. Il est alors très complexe pour le cadre de santé de gérer l'ensemble des acteurs supports des consultations au vu de sa responsabilité limitée sur certains intervenants.

Ainsi les médecins, les secrétaires ou les agents administratifs sortent du périmètre de gestion du cadre de santé (23). La gestion de la consultation est alors problématique.

III.1.a.ii Au niveau du management humain

❖ Détachement du personnel médical

Le médecin est un acteur indispensable des consultations externes. Son implication semble évidente, mais dans la réalité cela est rarement le cas.

Dans les faits, on constate que les médecins :

- Participent peu à la mise en place des consultations (24).
- Prennent rarement part à la gestion des consultations (19) (20) (23).

❖ L'incertitude du rôle des acteurs

La répartition des activités au sein des établissements de santé ne suit pas une orientation spécifique (23). En consultations, elle est parfois établie de façon historique (20), elle est alors distribuée en fonction des habitudes des acteurs, sans autre réflexion.

Cette organisation entraîne des problèmes de gestion des ressources humaines : conflits pour la réalisation de tâches, négligences ou encore abandon de certaines activités (19). Ils génèrent une mauvaise coordination des consultations, limitent la gestion de l'activité par les responsables et peuvent conduire à une consommation importante des moyens humains.

❖ Une polyvalence limitée des acteurs

Les acteurs des hôpitaux sont des professionnels qualifiés, seulement ces qualifications sont parfois tellement spécifiques à une tâche que l'absentéisme d'un des acteurs est difficile à corriger. Ce qui peut provoquer des déséquilibres de charge de travail pouvant entraver le bon fonctionnement des consultations voir entraîner des pertes financières importantes (23).

Ajouté à cela, de nombreux établissements de santé orientent leurs consultations vers des plateaux centralisés (19). Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire d'obtenir une polyvalence des équipes qui permettrait de répondre au cas particulier des consultations.

III.1.b Concernant le processus des consultations

III.1.b.i Une difficulté de prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous est l'étape initiant la consultation. Elle est donc primordiale. Cependant les difficultés du processus de gestion d'appels, de gestion des ressources humaines et la définition peu claire des rôles des acteurs entraînent pour le patient des difficultés à prendre un rendez-vous (21).

Le rapport de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) met en avant les faibles probabilités qu'un appel atteigne le destinataire souhaité. Ainsi, lorsque la mesure a été possible, un appel sur trois, et un appel sur deux dans le pire des cas, ne sont pas décrochés.

III.1.b.ii Une difficulté d'organisation à l'accueil et à la sortie

❖ L'accueil

L'accueil des consultations est l'étape administrative précédant l'accès à la salle d'attente de la consultation. Cette étape comprend l'accueil physique du patient ainsi que les formalités administratives liées à l'inscription du patient.

Si cette étape semble simple, elle s'avère plus complexe lorsque l'accueil physique et les autres activités ne se font pas au même endroit. Ces variations peuvent amener l'étape d'accueil vers une durée de 30 à 45 minutes (19).

Ces durées extrêmes d'accueil du patient ont aussi pour origine un afflux concentré des patients sur les mêmes des horaires de consultation. En effet, dans certains hôpitaux, près de 58,8 % des consultations sont programmées sur deux tranches horaires (9-11h et 14-15h). Plus de la moitié des consultations se déroule donc sur trois heures (22) !

❖ La sortie

La sortie suit la consultation. Elle intègre souvent la prise de rendez-vous de suivi et la facturation. Cependant, l'attente à l'accueil (initiant un stress), le retard des consultations ou l'attente potentielle à la sortie, peuvent générer, face au bureau de sortie, un phénomène de « fuite » (22). Lorsque la facturation est réalisée en bureau de sortie, elle est alors difficile à réaliser.

III.1.b.iii Connaissances limitées sur le temps des consultations

La notion de temps dans le cadre d'une consultation est importante. Puisque les consultations correspondent à une prestation de service, il faut qu'elles représentent un maximum de plus-value pour le patient ; c'est-à-dire : obtenir un rendez-vous rapidement et, le jour de la consultation, diminuer le plus possible les temps d'attentes.

Or, première remarque : les indicateurs de temps sont peu suivis par les établissements étudiés. Ainsi, plus de 80 % des établissements ne peuvent afficher la durée d'un parcours de consultation (19). Lorsque le temps de consultation est approximativement connu, la durée d'un parcours de consultation est d'une heure et vingt minutes (22).

Seconde remarque : les délais d'obtention d'un rendez-vous sont très variables d'un établissement à l'autre et, au sein d'un même établissement, d'une spécialité à une autre, voir même au sein de la même spécialité ! Cette variabilité peut aller de 7 à 180 jours pour l'un des établissements (19) (25). Ce délai contribue à l'entretien du taux élevé de non venue des patients (26).

III.1.c Concernant le financement des consultations

III.1.c.i L'adaptation difficile des consultations à la T2A

La mise en place de la T2A a été effective à partir de 2004 dans les établissements de santé. Elle concerne l'hospitalisation ainsi que les consultations. Mais son application dans les établissements de santé ne s'est pas faite dans les deux

secteurs. Elle a été en premier lieu appliquée à l'activité d'hospitalisation, pour ensuite se mettre en place au niveau des consultations.

Cette mise en place plus tardive est aussi plus complexe. En effet, la durée et la quantité de consultations sont très différents de ceux d'une hospitalisation. Ces variations ont retardé la prise en main du recouvrement des consultations. Il est donc normal d'observer que 60 % des établissements volontaires sont dans l'incapacité de mesurer l'équilibre économique des consultations (19).

Par ailleurs, dans les établissements où l'économie des consultations est mesurable, il a été démontré que le coût moyen d'une consultation était supérieur à sa recette moyenne (22) (25) !

La réorganisation de la gestion des consultations est nécessaire pour répondre aux besoins de la T2A et pour l'équilibre financier de l'établissement. L'utilisation de nouveaux outils permettra de suivre la consommation des ressources ou le taux de recouvrement des recettes.

III.1.c.ii Le faible recouvrement des consultations

Pour récupérer le financement de la part investie, l'hôpital ne peut plus compter sur la dotation. Il est maintenant obligatoire de récupérer l'argent auprès des patients. Sinon les frais ne seront jamais récupérés.

Pour la plupart des établissements de santé, la facturation est réalisée a posteriori. Seulement, en règle générale, les montants d'une consultation avec le mécanisme du ticket modérateur sont moins importants que le coût de la procédure de recouvrement (19). Il est favorable d'encaisser immédiatement la consultation pour récupérer les frais engagés. Sinon, dans le cas d'une facturation a posteriori, les hôpitaux doivent attendre en moyenne 40 jours avant de percevoir le paiement (25).

Pour d'autres établissements de santé, la facturation est réalisée dans un lieu dédié à l'encaissement. Cependant, même dans ce type d'établissement, le taux de recouvrement médian n'atteint que 38 % (25) ! De nombreuses raisons peuvent en

être responsables parmi lesquelles une couverture horaire insuffisante ou l'absentéisme des agents (27).

De plus, après avoir identifié le statut de prise en charge du patient, il est primordial de rentrer les actes réalisés lors de la consultation. En effet la cotation d'actes est l'action précédant la facturation. Elle permet de codifier l'acte effectué et ainsi de facturer en fonction du montant du GHM. Or dans certains établissements, cette cotation n'est pas effectuée dès la sortie du patient, ce qui crée une accumulation d'actes impayés (27). Le codage du débiteur et la cotation de l'acte sont deux étapes primordiales dans la facturation des actes de consultations.

III.1.c.iii La consommation importante des ressources

Les consultations exigent beaucoup de ressources humaines et matérielles. En effet, elles se déroulent dans des locaux disposant de matériels et sous-entendent la disponibilité de ressources humaines sur des horaires d'ouverture larges (généralement 8 heures par jour). Mais, la majorité des consultations se concentrant sur un tiers seulement des horaires d'ouverture, les locaux ne sont utilisés que de façon limitée. (19) (22).

La gestion humaine des plateaux de consultations peut également être complexe, notamment en ce qui concerne leur ressource limitante : le médecin (19). En effet, alors qu'il semblerait judicieux d'utiliser au mieux cette ressource, certains établissements sont loin d'y parvenir. Le taux d'occupation des plages de consultations (qui indirectement représente le taux d'occupation du médecin) n'est que de 80% (25). Cette sous-utilisation peut s'expliquer par des plages horaires de consultations trop importantes ou mal utilisées.

III.2 Les points d'amélioration

III.2.a Améliorer le management des consultations

III.2.a.i Structurer les consultations

Les différents établissements étudiés ont démontré que les consultations, d'un pôle ou même d'un service, sont souvent dispersées au sein de l'hôpital. Les activités

réellement pratiquées sur le plateau de consultations deviennent alors ambiguës pour les acteurs des consultations.

Il serait donc, dans un premier temps, intéressant de regrouper l'ensemble du processus (22).

Dans un second temps, il serait nécessaire d'instaurer des typologies de consultations. Elles décriraient de façon précise tous les cas de consultations présents sur le plateau ainsi que leurs caractéristiques (19). Cet outil permettrait de faciliter l'organisation des plateaux.

III.2.a.ii Gérer la complexité des consultations

La complexité des consultations nécessite une formalisation des règles de fonctionnement. Il peut être intéressant de prendre exemple sur une autre activité complexe de l'hôpital : les blocs opératoires. Pour gérer la complexité des blocs, des chartes de fonctionnement (26) sont définies. Elles doivent comprendre les modalités de fonctionnement et les règles de management, d'hygiène et de sécurité. Il serait alors judicieux de proposer un outil du même acabit pour les consultations externes.

Seulement derrière la charte utilisée dans les blocs opératoires, il existe des entités de gestion, indissociables de la charte, permettant de prendre des décisions. L'adaptation de cet outil aux consultations, ne peut pas être efficace si aucune instance de pilotage ne vérifie l'application des règles et des modalités définies (19). Il sera donc nécessaire d'instaurer un système de pilotage en parallèle de la charte de consultations.

III.2.a.iii Prendre connaissance de l'activité

Les consultations sont une activité complexe. Pour assurer un pilotage adéquat, il est nécessaire d'obtenir une vision, souvent chiffrée, de l'activité des plateaux. Pour cela, il existe des outils tels que les indicateurs de performance.

L'un des moyens préconisé pour présenter les indicateurs est le tableau de bord (19,21,22). Cet outil de management visuel permet d'obtenir une visibilité sur différents domaines comme les ressources consommées, le niveau d'activité ou encore l'environnement des consultations.

III.2.a.iv Cadrer les acteurs des consultations

L'ensemble des propositions pour une amélioration de la gestion des consultations ne peut fonctionner si les acteurs des consultations n'ont pas d'activités clairement définies. Afin d'éviter les négligences voire l'abandon d'activités, il est important de définir des fiches de poste (19,22). Elles décriront la place et le rôle des acteurs des consultations.

Cet outil est important mais très difficile à appliquer. Il doit permettre non seulement d'assurer les activités dans chaque domaine, mais aussi de faire face aux potentiels chevauchements et glissements de tâches tout en conservant une dynamique dans le processus de consultation.

Il est alors important d'obtenir un équilibre entre la spécialisation et la polyvalence (Tableau 2).

| | Spécialisation | Polyvalence |
|---------------------|--|--|
| Opportunités | Renforcer l'expertise sur des domaines pointus (soins spécifiques, etc.). | Couvrir un maximum de cas. Lisser la charge de travail des agents. |
| Risques | Appauvrir les compétences par une trop grande spécialisation. Morceler les équipes et fragiliser l'effectif global. | Dispenser les agents sur des tâches trop hétéroclites. Favoriser les glissements de tâches. |

Tableau 2 : Risques et opportunités de la spécialisation et de la polyvalence (19)

III.2.b Améliorer le processus de consultation

III.2.b.i Améliorer la prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous, point d'entrée des consultations, fait face à deux problèmes : la dispersion des points d'appels et la disponibilité variable des agents de la réponse téléphonique.

Pour résoudre cela, dans un premier temps il serait intéressant de centraliser au maximum les appels, ce qui limiterait les points d'accès pour les patients (19,21). Ceci implique une réorganisation des secrétariats, une amélioration de la communication et une réorganisation des postes de travail afin d'améliorer les taux de décrochés.

III.2.b.ii Fluidifier le parcours du patient

Le parcours de consultation à l'hôpital démarre au poste d'accueil pour se terminer à la sortie ou à la prise en charge hospitalière du patient. Entre ces deux extrémités se place la consultation avec le médecin.

La prise en charge médicale est un acte de durée variable, difficilement contrôlable. Alors, pour améliorer le parcours du patient au sein des consultations, il serait bénéfique de réorganiser les points encadrant l'acte médical : l'accueil et la sortie du patient (19).

La réorganisation (19,22,28) induit de multiples actions, parmi lesquelles:

- Identifier les étapes sans valeur ajoutée.
- Faire corroborer les horaires des guichets avec ceux des consultations.
- Faciliter le passage à la sortie pour assurer une meilleure observance du passage en caisse.
- Accélérer l'admission par l'instauration de carte « patient », borne d'admission, de préadmission en ligne, etc.

III.2.b.iii Respect des délais

Les consultations externes sont une prestation de service. L'avis du patient est alors central dans le fonctionnement du processus. Or les délais sont un des critères majeurs de la satisfaction du patient (19). Leur suivi est indispensable pour s'assurer du bon fonctionnement du parcours de consultation, que ce soit : le délai d'obtention d'un rendez-vous, d'attente ou d'obtention de compte-rendu médical.

Les améliorations apportées précédemment auront un impact sur les délais du parcours de consultation. Seulement il est important pour les établissements de santé de pouvoir calculer ces délais, à fréquence variable, de façon à définir les délais moyens acceptés par le patient. Ce suivi régulier permet de suivre les évolutions et de motiver les équipes (19).

III.2.b.iv Améliorer l'utilisation des ressources

Les consultations sont une activité assez singulière puisqu'il n'existe pas de consigne particulière concernant la gestion des ressources. Pour diminuer les dépenses engendrées par les consultations, il est nécessaire d'améliorer leur organisation.

Par exemple, il est possible de se focaliser sur l'utilisation d'une ressource limitée : les médecins. Afin d'éviter toute sous-utilisation, il faut (19,21) :

- Planifier les plages de consultations des disciplines susceptibles de consulter.
- Définir de façon précise leur utilisation (occupé, sur utilisé, etc.).
- Faire des prévisions de consultations.

L'amélioration de l'utilisation des ressources en personnel dépend pleinement de la programmation (19). Avec une programmation plus claire, la répartition des ressources sera plus facile. L'affectation du personnel pourra se faire en fonction du type de consultations programmées.

III.2.b.v Développer le recouvrement direct

Le recouvrement direct des consultations est un axe indispensable pour leur évolution depuis la mise en place de la T2A. Mais cette pratique est nouvelle. Il est donc nécessaire d'assurer un accompagnement au changement auprès des acteurs, par le biais de formation sur l'ensemble des aspects de cette pratique et sur la réorganisation du circuit patient (19,27).

La formation ne concerne pas exclusivement les agents responsables du recouvrement, mais l'ensemble des pôles. Cette globalisation permet de faire comprendre l'importance et le rôle de chaque acteur pour le recouvrement.

La réorganisation pourra impacter l'emplacement des guichets, les créneaux horaires du personnel ainsi que d'autres activités liés au recouvrement. Ces actions sont nécessaires pour obtenir des résultats significatifs.

III.2.b.vi Améliorer le suivi des consultations

Le rendez-vous de consultation entre souvent dans le cadre d'un parcours de soin. Dans ce cas le patient est adressé à la consultation par son médecin traitant. Après la consultation, la poursuite du parcours est réalisée par le médecin traitant suite à l'obtention d'un compte-rendu de consultation. Or il s'avère que ce compte-rendu est très peu souvent transféré, surtout si le patient n'indique pas sa volonté d'en obtenir un (3).

Ce type de problème est souvent lié à une organisation parfois ancienne et non adaptée aux volumes des consultations actuelles. Il serait donc nécessaire de revoir cette organisation pour créer une procédure homogène de rédaction de compte-rendu (21).

De plus, le lien entre médecine de ville et médecine hospitalière est important dans le parcours de soin. Seulement le contact entre les deux types de médecine est souvent difficile (48 % des médecins de ville n'arrivent pas à obtenir un contact téléphonique avec les médecins hospitaliers) (29). Il est donc important d'améliorer cette relation en créant, par exemple, un journal d'information interne ouvert à la

médecine de ville. Une meilleure communication pourra accroître le nombre de patients adressés par les médecins traitants aux médecins hospitaliers (21).

III.3 Conclusion partielle

Grâce aux différents rapports sur les consultations externes des établissements de santé, des difficultés ont été identifiées. Des points d'améliorations sont possibles.

Au vu des dates auxquelles ont été identifiées certaines difficultés, on pourrait croire que des corrections aient déjà été apportées. Pourtant l'exemple du CHU de Toulouse montre que ces difficultés sont toujours d'actualité. En effet, sur la période de mars à septembre 2015 au sein du CHU de Toulouse, les mêmes difficultés que celles relevées dans les différents rapports ont été observées.

Ainsi, nous avons relevé :

- Une implication parfois difficile des médecins dans le fonctionnement des consultations due à leur aspect secondaire par rapport à leurs autres activités.
- Une séparation marquée dans le management des différents pôles exerçant au sein d'un même plateau de consultation.
- Des connaissances encore très empiriques sur le fonctionnement réel des consultations.
- Un taux de réponse téléphonique, pourtant étape importante pour initier les consultations, pouvant aller jusqu'à 20 % seulement.
- Une répartition très hétérogène des rendez-vous sur une journée de consultation puisque 80 % des rendez-vous se concentrent sur 48 % des créneaux d'ouverture des plateaux de consultation.
- Des durées de parcours de consultation, toujours de 1 heure et 20 minutes en moyenne, sans compter les temps de déplacement.
- Une perte financière importante sur une année car, au CHU de Toulouse, les difficultés de facturation et de remboursement des consultations entraînent des pertes de plusieurs millions d'euros.

Ce ne sont ici que des exemples propres au CHU de Toulouse. Cependant ils démontrent que les recommandations existantes sur le fonctionnement des consultations ne sont pas encore prises en compte. Ces recommandations se présentent suivant deux grandes catégories d'améliorations.

Dans un premier temps, il faut une amélioration organisationnelle. Les consultations hospitalières ont besoin d'un système adapté pour permettre de gérer le flux important des patients et la complexité du processus de consultation.

Dans un second temps, il faut une amélioration de processus. Celle-ci est possible grâce à l'adoption d'outils qui, associée à un système de gestion adapté, permettra de tendre vers des parcours de consultations plus efficaces.

Ces recommandations répondent aux difficultés identifiées. Cependant il leur manque des aspects importants.

Le premier est l'aspect qualité, essentiel pour le développement des consultations. Il met en avant la qualité des consultations par rapport aux attentes des patients et à la concurrence des cliniques. Ainsi en identifiant les attentes des patients, les consultations seront en adéquation avec leur statut de prestations de service.

Un autre aspect concerne les techniques définies pour améliorer les consultations. En effet, pour pouvoir fluidifier le parcours d'un patient en consultation, il serait dangereux d'appliquer directement des techniques existantes. Les consultations sont une prestation de service au sein d'un établissement public avec un objectif d'amélioration de la santé. Ce positionnement est unique par rapport à d'autres environnements. Il est néanmoins important de s'en inspirer et d'en faire ressortir des modes de raisonnement, une philosophie d'amélioration, ainsi que des outils à adapter. Nous nous intéresserons donc aux solutions proposées et établies sur le plan international concernant d'une part les systèmes de management et, d'autre part, les outils d'amélioration des processus et de qualité.

IV Les solutions existant dans d'autres environnements

IV.1 Système de management

Le système de management peut se définir au travers des normes de l'International Standardisation Organisation (ISO). Cet organisme est le premier producteur de normes internationales. Il diffuse ainsi des « bonnes pratiques de management » (30). Selon la norme ISO 9001, le système de management est un « ensemble d'éléments corrélés ou en interaction d'un organisme, utilisés pour établir des politiques et des objectifs et des processus pour atteindre ces objectifs » (31).

Derrière cette définition, se présentent trois aspects « corrélés ou interactifs » :

- L'aspect « politique » : « intentions et orientations d'un organisme, telles qu'elles sont officiellement formulées par sa direction ». Cet aspect indique les lignes directrices de l'organisme.
- L'aspect « objectifs » : ce sont les « résultats à atteindre ». Les objectifs sont une partie des indicateurs de performance. Ils permettent de transmettre l'expression de la politique de l'organisme.
- L'aspect « processus » : « ensemble d'activités corrélées ou en interaction qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie ». Les processus correspondent à la description des activités de l'organisme. Ce sont sur eux que s'appliquent les indicateurs de performance.

Pour chacun de ces aspects, ils existent des outils et des modes d'application spécifiques, dont nous vous présentons ici une sélection.

IV.1.a Management « politique » : une politique commune

Afin de répondre à l'aspect « politique », nous nous sommes intéressés au mode de diffusion de la politique d'une entreprise pour obtenir l'homogénéité de son fonctionnement.

IV.1.a.i Les niveaux d'une structure

La politique d'une entreprise est essentielle pour son fonctionnement. Elle donne à l'entreprise un horizon. Cependant il est nécessaire qu'elle soit diffusée au sein du groupe pour coordonner les avancées. Aujourd'hui la politique d'une entreprise est décomposée en trois horizons temporels (Figure 4) :

- Horizon stratégique, horizon à long terme (32). Le niveau stratégique permet de donner un cadre concernant la politique de l'entreprise. A ce niveau, les décisions concernant les budgets et les bilans prévisionnels de l'entreprise sont prises. Les Unités Décisionnelles (UD) décident sur la base des objectifs stratégiques initiaux et des remontées d'informations des niveaux inférieurs.
- Horizon tactique, horizon à moyen terme. Il s'agit d'adapter les ressources suivant l'état observé (33). Ce niveau est un tampon entre les horizons long terme et court terme. Les UD formalisent leurs décisions en fonction de l'état opérationnel et des décisions stratégiques.
- Horizon opérationnel, horizon à court terme. Les UD vont décliner les décisions tactiques afin de les rendre applicables au niveau opérationnel (34).

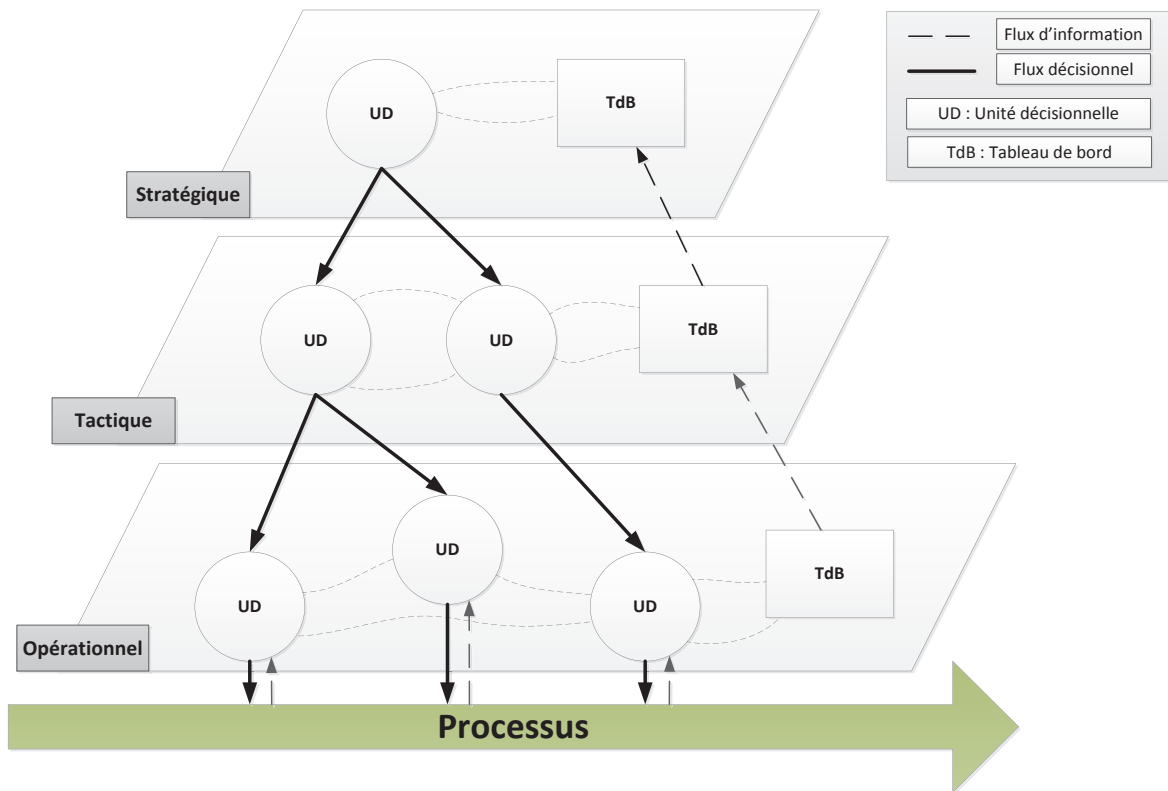


Figure 4 : Schématisation de la décomposition (33)

IV.1.a.ii Exemple d'application sur une chaîne logistique en industrie

La décomposition de politique d'une entreprise peut s'adapter à de nombreux domaines. La chaîne logistique d'une industrie (Figure 5) est un bon exemple de cette adaptation.

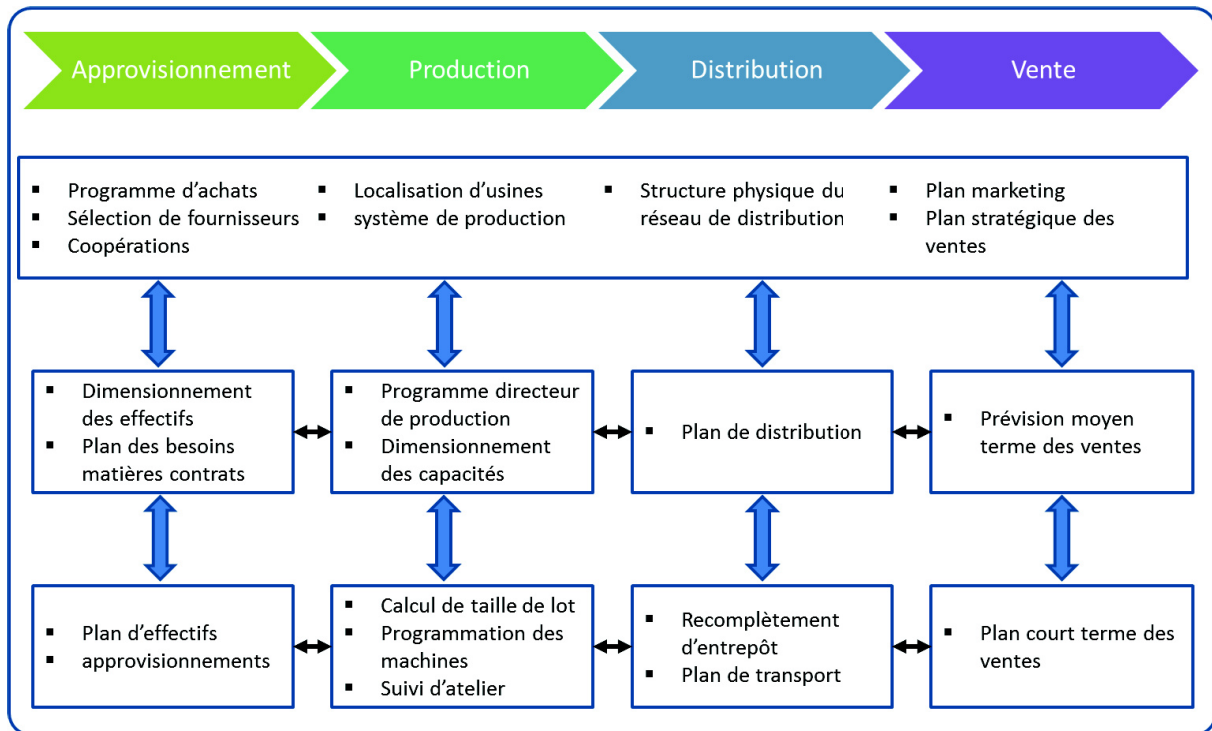


Figure 5 : Exemple de décomposition de la politique en logistique (35)

❖ Niveau stratégique

Le pilotage au niveau stratégique d'une chaîne logistique concerne la gestion du portefeuille d'activités, la conception de la structure logistique et la gestion des ressources sur plusieurs années. Son objectif est de satisfaire le marché (36).

Pour réaliser cela, il est nécessaire d'analyser les différents impacts d'une décision locale, prise en fonction d'un processus, sur la totalité de la chaîne, d'en connaître les implications financières et de définir un processus de partage (profits et pertes) entre les différents modules.

Ces réflexions amènent les responsables à élaborer des plans prospectifs pour l'ensemble de la chaîne logistique. Ces plans concernent donc de nombreuses activités. Ils peuvent définir la localisation d'un site, ses capacités, la sélection des fournisseurs, etc. (37). Les choix des plans dépendent d'indicateurs soit quantitatifs (nombre de parts de marché), soit qualitatifs (devenir le leader d'un marché).

❖ Niveau tactique

Le niveau de décision tactique est défini sur un horizon moyen terme, il est cadré par la planification stratégique. Le but de ce niveau est de dimensionner des plans stratégiques en fonction des activités. Il définit les ressources pour atteindre les volumes à produire, à stocker, à transporter ou encore à vendre. Son objectif est de répondre à la satisfaction du client (36).

Le point de référence de ce niveau concerne l'ensemble de la chaîne logistique. Cela permet une synchronisation entre les flux et les ressources de cet ensemble. Il est alors possible d'améliorer la chaîne logistique, et de rechercher à l'optimiser en maximisant ou minimisant l'aspect économique (38).

La planification de la chaîne logistique au niveau tactique est conditionnée par la gestion de la demande sous forme de prévisions de ventes. Divers plans peuvent alors être décidés comme le Plan Industriel et Commercial (PIC), le Plan De Production (PDP) ou le Plan De Distribution (PDD).

❖ Niveau opérationnel

Le dernier niveau de décision concerne le court terme pour le contrôle des flux et l'affectation des ressources. Son objectif est la satisfaction du produit (36).

Au niveau de la chaîne logistique le niveau opérationnel gère les stocks, les ordres de fabrication et d'achat, et les transports. Il faut que chaque étape amont produise dans les temps impartis la quantité juste pour la ou les étape(s) avale(s), afin de répondre aux objectifs de volume définis au niveau tactique.

Il s'agit donc d'un contrôle quotidien s'adaptant aux événements indésirables, pour réaliser l'ordonnancement des productions, les tournées, les plans de chargement, etc. Ce contrôle se base sur des indicateurs de suivis concernant le respect du plan tactique et le respect de la demande client (taux de service).

IV.1.b Management « objectifs » : les indicateurs de performance

IV.1.b.i Définition

L'Indicateur de Performance (IP) est un outil adaptable à de nombreux domaines. Sa définition peut être très générale ou plus spécifique comme celle proposée dans la norme ISO 9001 liée au management de la qualité : « caractéristique ayant un impact significatif sur la réalisation de l'élément de sortie et la satisfaction du client » (39).

L'une des définitions les plus générales et complètes est celle proposée par la commission IP de l'Association Française de Gestion Industrielle (AFGI) : « un indicateur de performance est une donnée quantifiée qui mesure l'efficacité et/ou l'efficacité de tout ou partie d'un processus ou d'un système (réel ou simulé), par rapport à une norme, un plan ou un objectif, déterminé et accepté dans le cadre d'une stratégie d'entreprise » (40).

En prenant en compte ces définitions, un IP se définit selon trois paramètres fondamentaux : une mesure, un objectif et une variable (33).

- Une mesure est caractérisée par un mode d'élaboration, une fréquence et sa validité. Elle constitue uniquement une image d'un système et non son évaluation.
- Un objectif doit être cohérent avec la stratégie de l'entreprise. Le développement des objectifs peut se faire en deux étapes : une déclinaison verticale et horizontale des objectifs stratégiques (ou finalités de l'entreprise) et une étape de vérification a posteriori de la convergence.
- La variable existe sous deux formes : les variables essentielles et les variables d'action. La variable essentielle apporte une vision rétrospective sur les actions et s'assure ainsi du bon fonctionnement du processus. La variable d'action influence l'évolution des processus. Elle se décompose en variable interne au processus (variable maîtrisable) et en variable externe (variable indépendante). Les variables (essentielles et d'action) sont caractérisées par : la localisation de l'action, les ressources consommées,

l'effet produit et le temps de réponse. Un effet pervers peut être observé lorsque la variable limite l'atteinte des objectifs (41).

L'utilisation variable de ces trois paramètres, conditionne le type d'indicateurs obtenus (Tableau 3). Tout d'abord, il n'est possible de parler d'indicateur que lorsque les trois paramètres sont définis. La combinaison des trois paramètres permet de mesurer la performance d'un système (42).

Seulement, pour le faire progresser, il est nécessaire de compléter la variable d'action par des moyens d'action afin d'indiquer la faisabilité de ces actions.


| | | | | |
|-----------|--|--------------------------|---------------------------------------|---|
| La mesure | Seule | Est un indicateur d'état | Peu d'intérêt | |
| La mesure | + objectif | Est un vœu pieux | Déclaration d'intention | |
| La mesure | + objectif + variables d'action « chez les autres » | Signifie | Botter en touche | Mesure de performance |
| La mesure | + objectif + variables d'action « chez soi » | Constitue | Indicateur de progrès |  |
| | | | | |
| La mesure | + objectif + variables d'action + moyens d'action | Indique | Une volonté de progrès | Indicateur de performance |
| La mesure | + objectif + variables d'action + moyens d'action + plan d'action et sens | Détermine | Une dynamique de progrès en cohérence | |

Tableau 3 : Indicateur et mesure (42)

Enfin, pour obtenir un indicateur complet, il faut le définir dans le temps (42). L'aspect temporel d'un indicateur de performance est essentiel pour avoir une constante évolution d'un système. L'indicateur évolue alors avec le système, sans le limiter.

IV.1.b.ii Mode d'application des indicateurs de performance

❖ Méthode SCOR

Le modèle SCOR (Supply Chain Operation Reference) sert à obtenir une vision de toute la chaîne logistique (du fournisseur jusqu'au client du client), avec une vision facilitée sur les flux (physiques, d'informations, financiers). Le but de ce modèle est de servir de standard pour comparer les chaînes logistiques des entreprises d'un même secteur.

L'application du modèle se décline en trois étapes : l'analyse de la chaîne logistique, son évaluation avec l'utilisation d'indicateurs standards, puis son amélioration. Pour cela, la méthode SCOR décompose la chaîne logistique en quatre niveaux de granularité (Figure 6), avec, à chaque niveau, une proposition d'indicateurs de performance :

- Niveau 1 : identification du périmètre de la chaîne logistique à étudier, utilisation des fonctions élémentaires.
- Niveau 2 : développement des grandes fonctions de la chaîne logistique.
- Niveau 3 : chaque processus du niveau 2 est détaillé en activités opérationnelles.
- Niveau 4 : détail des processus de niveau 3 jusqu'aux tâches des activités. Ce niveau est spécifique à chaque entreprise et ne fait pas partie du modèle SCOR. Il n'y a pas d'outils prédéfinis.

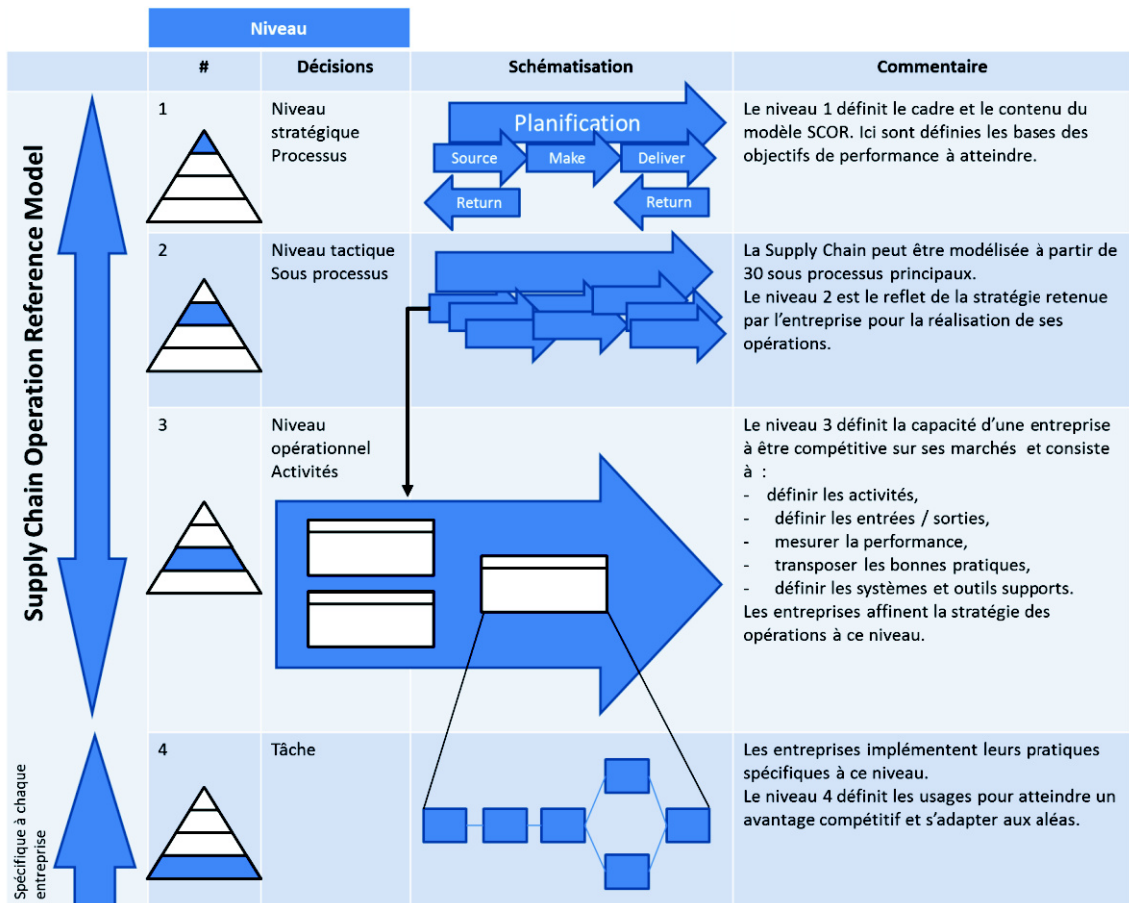


Figure 6 : Méthode SCOR (43)

Le modèle SCOR permet de schématiser le processus et ainsi, d'identifier les acteurs, le flux et les entrées/sorties. De plus, la classification des indicateurs de performance permet d'identifier rapidement les points de performance et d'obtenir un langage commun entre les entreprises.

Seulement ce système est encore trop rigide et trop imposant pour pouvoir s'appliquer facilement à toutes les entreprises. A partir des niveaux 2 ou 3, les variabilités existantes, d'une entreprise à l'autre, empêchent d'appliquer certains des indicateurs proposés.

❖ Méthode de L. Berrah

Dans son ouvrage sur les indicateurs de performance (33), L. Berrah propose un processus de mise en place d'indicateurs en sept étapes (Figure 7).

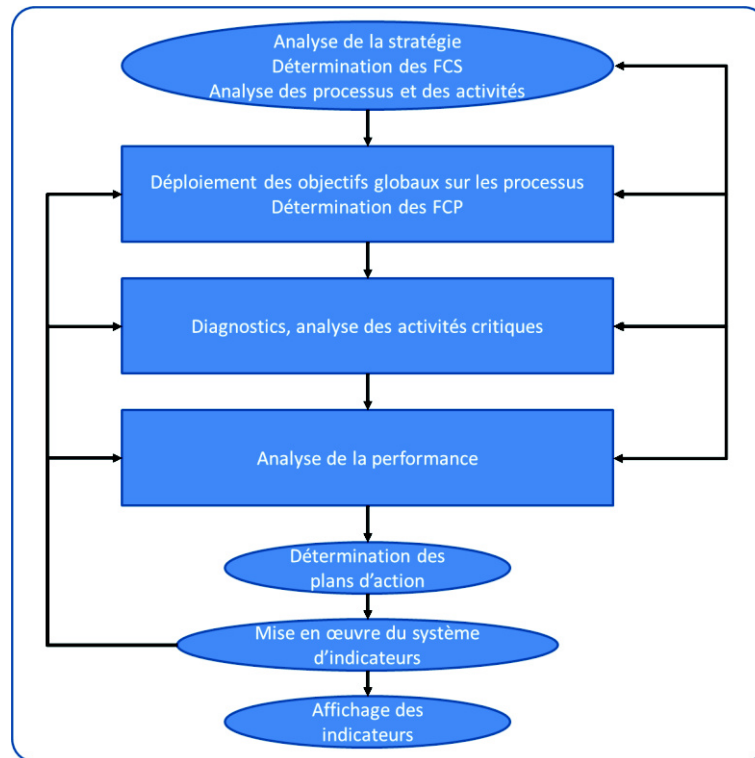


Figure 7 : Procédé de mise en place d'indicateurs (33)

Première étape

Elle donne un cadre de référence à l'étude via l'analyse de la stratégie de l'entreprise. Elle débouche, d'une part sur l'identification de Facteurs Clés de Succès (FCS) associés à des objectifs globaux et, d'autre part, sur l'analyse des processus et des activités à différents niveaux. L'analyse permet d'obtenir une cartographie des processus en fonction d'une finalité commune, d'un facteur de déclenchement ou encore des principaux flux de matières.

En fonction des FCS, il y a une sélection des processus clés.

Deuxième étape

Il s'agit ici de déployer les objectifs globaux sur les processus. Pour cela, pour chaque processus clés, les FCS sont traduits en Facteurs Clés de Performance (FCP). Ces FCP, auxquels sont associés des objectifs locaux, vont contribuer à la réalisation des objectifs globaux. Il est conseillé de ne pas dépasser 4 FCP par processus.

Troisième étape

La troisième étape consiste à identifier les activités critiques. Pour ces activités, les FCP avec leurs objectifs locaux seront décomposés à leur niveau.

Les activités critiques sont sélectionnées en fonction de la logique utilisée : soit de progrès soit de correction.

La logique de progrès vise à améliorer les activités à valeur ajoutée tandis que la logique de correction vise à supprimer les activités sans valeur ajoutée.

Quatrième étape

Lorsque les activités critiques sont identifiées, il est nécessaire de rechercher comment améliorer leur performance. Cela revient à analyser les causes de dysfonctionnement ou les potentiels de progrès, ce qui permet d'obtenir des facteurs clés de progrès ou variables d'actions principales. Les facteurs clés de progrès sont rattachés à un FCP.

Pour cette analyse plusieurs outils peuvent être utilisés comme le diagramme d'Ishikawa, le diagramme de flux, la méthode AMDEC (analyse des modes de marche et de leur criticité), etc. Il est conseillé de ne pas dépasser 4 ou 5 variables par FCP.

Cinquième étape

Les variables d'actions principales définies doivent maintenant être associées à des plans d'action qui constituent l'ensemble des actions à mettre en place pour atteindre les objectifs. Ces plans d'action déterminent les moyens d'action des variables avec leurs échéances et leurs acteurs.

Sixième étape

Pour finaliser, il faut mesurer les états du processus ou de l'activité. Il faut alors définir un indicateur qui mesure les objectifs associés aux facteurs définis. Un

indicateur est défini par rapport à chaque objectif et donc à chaque facteur (un facteur étant associé à un objectif).

Septième étape

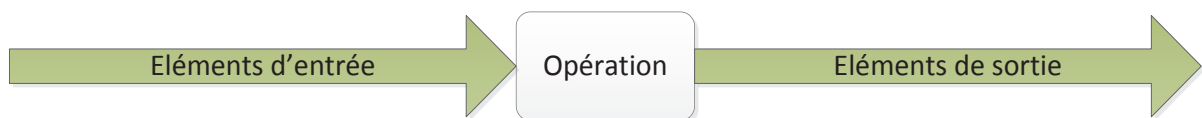
Les indicateurs doivent être accessibles et observables afin d'être exploités. Il est donc nécessaire de les regrouper et de les afficher, en ne dépassant pas 20 indicateurs par affichage.

L'affichage, le plus approprié, prend la forme d'un tableau de bord. Une distinction doit être faite entre indicateurs de suivi et indicateurs directs, en raison de la divergence des plans d'action et des moyens.

IV.1.c Management « processus » pour un processus de services

IV.1.c.i Le concept de management par processus

Un processus peut être défini par l' « ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie » (39), ce qui peut être schématisé par :



Le principe du management par processus est de faciliter la gestion du système en le rendant plus cohérent puisqu'il fait apparaître rapidement les corrélations des activités entre elles (39).

Lorsque la démarche processus est incluse dans le management de la qualité, cela permet d'assurer (39) :

- La compréhension et la satisfaction régulière des exigences.
- La prise en compte des processus en termes de valeur ajoutée.
- L'obtention d'une performance effective des processus.

- L'amélioration des processus sur la base d'une évaluation de données et d'information.

IV.1.c.ii Mode d'organisation d'un organisme par processus, avec l'approche management de la qualité ISO 9001

Le fonctionnement général d'un organisme est de comprendre les exigences des clients (éléments d'entrée) et d'y répondre à travers une organisation spécifique pour fournir un produit ou un service (éléments de sortie). Cette organisation peut se décomposer en trois types de processus : fonctionnel, support et amélioration. Une autre approche existe (44), décomposée aussi en trois types de processus : réalisation, support et management. Seulement, cette approche met l'amélioration au second plan alors qu'elle correspond à un élément majeur de la qualité d'un organisme.

❖ Processus fonctionnels

Les processus fonctionnels comprennent les processus transformant les éléments. Plus en détail, nous pouvons découper ces processus en processus de réalisation d'une part et processus de management d'autre part.

Les processus de réalisation sont ceux ayant une influence directe sur la valeur ajoutée du produit et/ou service, et donc sur la satisfaction du client (45).

Les processus de management représentent les prises de décision au sein de l'organisme. Le lien entre ces processus peut être représenté grâce à la décomposition de la politique de l'entreprise, c'est-à-dire : les responsables directionnels, sur la base d'une analyse contextualisée, planifient les opérations, puis analysent et évaluent la performance de ces opérations afin de pouvoir prendre de nouvelles décisions concernant la planification.

❖ Processus supports

Les processus supports regroupent la gestion des ressources humaines et matérielles au sein d'une organisation, la gestion et le développement des

compétences, la communication et la gestion documentaire. Ces sous-processus ont pour objectifs d'accompagner et d'assurer la mise en œuvre des processus fonctionnels. Ils ne créent pas directement de valeur ajoutée (du point de vue client) aux éléments de sortie (45).

La gestion des ressources doit permettre à l'organisme de « prendre en compte : les capacités et les limites des ressources internes existantes ; ce qu'il est nécessaire de se procurer auprès de prestataires externes » (39) . L'organisme doit avoir des ressources humaines adaptées aux exigences des clients. Concernant les ressources matérielles, elles doivent couvrir l'ensemble des processus dans le but de fournir le service et/ou produit.

La compétence est un élément important pour la réponse aux exigences des clients. L'organisme doit s'assurer que le personnel possède les compétences nécessaires. Pour cela, l'organisme peut se référer à la formation initiale du personnel ou il peut mettre en place des actions (formation continue, etc.) afin d'évaluer et faire évoluer les compétences de son personnel. (39)

Les informations existant au sein d'un organisme transitent via sa documentation. Ce-dernier doit donc s'assurer : de sa création, de son application, de sa mise à jour et de sa maîtrise. (39)

❖ Processus d'amélioration

Les éléments d'entrée des processus fonctionnels dépendent des exigences des clients. Il est important pour l'organisme d'apporter des réponses à leurs exigences et de les faire évoluer. Pour cela l'organisme doit mettre en place des solutions d'amélioration, concernant (39) :

- Les processus, pour éviter les non-conformités.
- Les produits et/ou services.
- Les résultats du management de la qualité.

Le premier aspect de l'amélioration est la correction des non-conformités. Ces corrections peuvent suivre une démarche structurée avec la méthode de Deming. Il

faut identifier la non-conformité, proposer une action corrective, mettre en place les actions adaptées, examiner les résultats puis recommencer si la non-conformité n'est pas résolue. Pour une meilleure efficacité, toute cette approche doit être documentée afin de conserver un historique des améliorations.

Le second aspect est l'amélioration continue de l'organisme, afin d'améliorer « la pertinence, l'adéquation et l'efficacité du système de management » (39).

La Figure 8 schématise la corrélation entre les trois processus et l'aspect client.

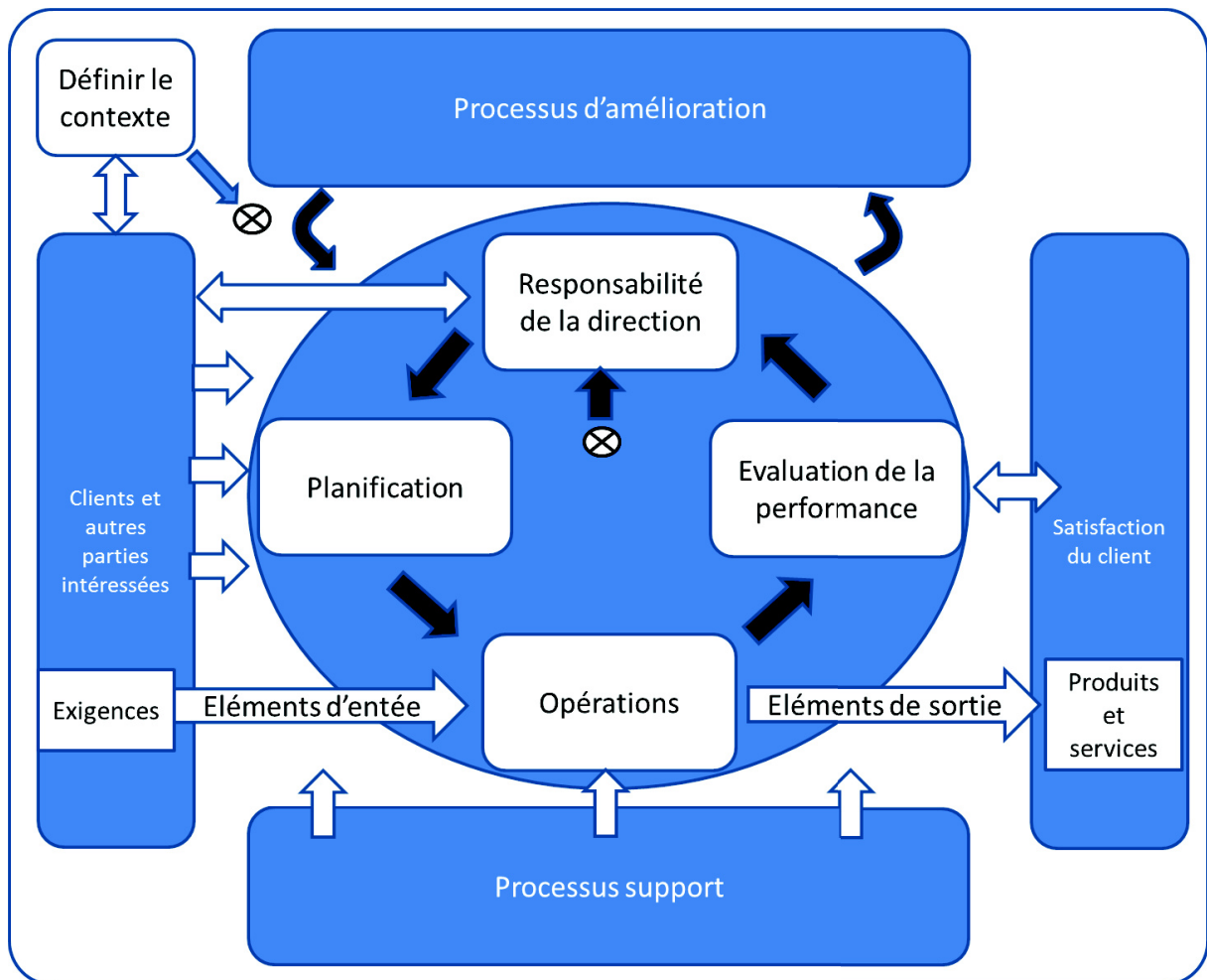


Figure 8 : Résumé de l'approche processus selon l'iso 9001(39)

IV.1.c.iii Particularité du processus de prestation de service

Une des particularités des établissements de santé est d'être prestataires de service : l'hôpital fournit une prestation à un bénéficiaire qui est le patient. Afin de

respecter cette relation, les hôpitaux doivent se fixer plusieurs enjeux déterminés dans d'autres domaines.

Ces enjeux sont de suivre le changement des profils démographiques et des attentes des clients, d'être conscients que les clients ont de plus en plus de connaissances sur leurs droits, de s'organiser en fonction des contraintes budgétaires, de suivre l'évolution de la concurrence et de répondre aux exigences démocratiques.

Par rapport à cela, seule la qualité de la prestation ressentie par le client est difficilement évaluable. Parce qu'elle est définie en fonction des clients eux-mêmes et parce qu'elle est évolutive. Actuellement les attentes des clients peuvent se décrire sous sept thématiques (46) :

- Le délai : il est attendu des prestations qu'elles soient les plus rapides possibles.
- L'engagement : les prestations doivent être orientées vers le client.
- La réactivité : toute évolution concernant les objectifs de qualité doit être identifiée et résolue rapidement.
- La valeur : le client doit être convaincu du bon rapport qualité/prix du service.
- L'intégration : le dispositif de prestation doit être intégré dans une organisation simplifiant le parcours du client (pas de mauvaise orientation).
- Le choix : le client doit pouvoir décider de la prestation selon ses besoins.
- L'expérience : le client doit considérer qu'il a bénéficié d'un service compétent, à l'écoute et soucieux de ses besoins.

Le client représente une part importante dans la prestation de service. Mais il est aussi indispensable de connaître les conditions d'exercice du personnel. Le bon fonctionnement de la prestation dépend aussi de la qualité ressentie par le personnel.

IV.2 Les outils d'amélioration

Les points de recommandation des rapports existants font ressortir, en grande partie, un besoin d'amélioration de certains processus. Mais nous avons vu qu'il y avait aussi un autre point de vue à prendre en compte : l'aspect qualité.

Pour aborder ces améliorations, nous allons utiliser l'approche processus des consultations, schématisé sur la Figure 9.

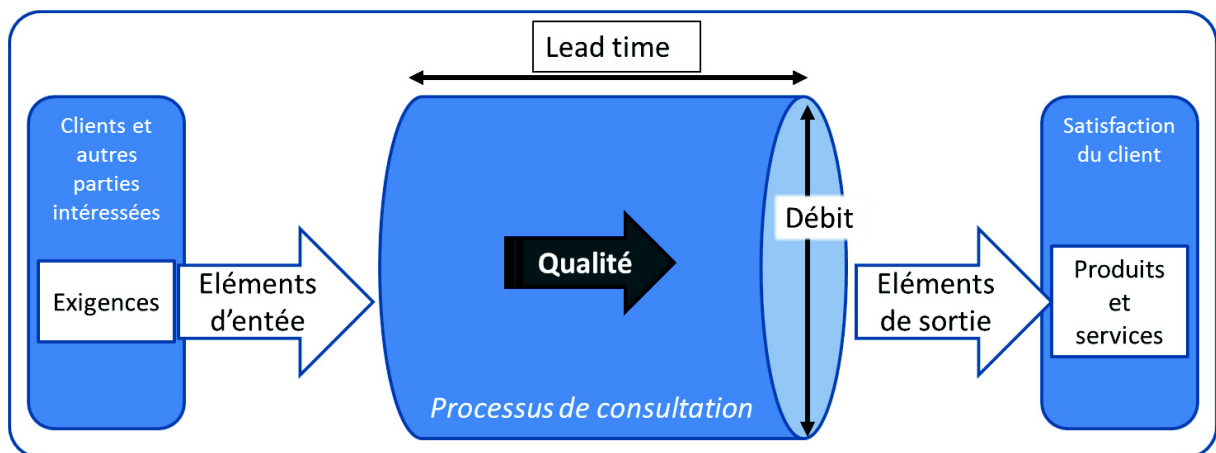


Figure 9 : Représentation schématique des consultations

La performance du processus de consultation est caractérisée par trois paramètres (47) :

- La qualité du processus par rapport aux attentes du client.
- Le Lead Time (LT) : temps entre l'entrée d'un élément dans le système et sa délivrance au client.
- Le débit : quantité d'éléments générée par unité de temps.

Afin d'améliorer ces paramètres, nous allons présenter les principaux outils utilisés dans d'autres environnements.

IV.2.a Amélioration de la qualité

IV.2.a.i Avec le Six Sigma

L'amélioration de la qualité d'un processus peut être effectuée en suivant le précepte de Six Sigma. Six Sigma est né aux Etats-Unis dans l'entreprise Motorola. Après avoir remarqué que les standards de qualité n'étaient pas adaptés à l'entreprise, une nouvelle méthodologie est développée sur la base de la maîtrise statistique des processus et de la maîtrise de la variabilité (48).

La méthode Six Sigma (sigma faisant référence à l'écart type) s'adapte à un processus avec une forte productivité. En effet, si l'on se reporte au modèle des entreprises traditionnelles ($\sigma \approx 4$), une production d'un million de pièces par jour générerait 6 210 produits défectueux par jour. La méthode Six Sigma réduit ce chiffre à 3,4 produits défectueux par jour (48,49).

Cette méthode s'est ensuite développée vers une variable importante : la satisfaction du client. Cette dernière peut se présenter comme l'écart entre l'attendu et le réel. La méthode Six Sigma permet de limiter les variables indésirables pour rapprocher le processus de l'attendu et ainsi améliorer la satisfaction du client.

Le principe du Six Sigma s'applique en cinq étapes (49) :

- Définir : il faut définir le projet et son étendue, avec un recueil des attentes concernant le processus. Il faut bien définir le but de ce projet.
- Mesurer : collecter les informations sur la situation actuelle du processus pour isoler le problème et le définir précisément.
- Analyser : identifier les causes racines et les confirmer avec des données.
- Améliorer : mettre en œuvre des solutions testées pour éliminer ou réduire l'impact des causes racines.
- Contrôler : évaluer les solutions et, si nécessaire, les standardiser et les répliquer.

IV.2.a.ii Avec la co-production

Le terme de co-production est issu du concept de « servuction » (50). Ce terme signifie production de service. Puisque la « production » fournit des produits, la « servuction » fournit des services.

Le principe de servuction isole quatre entités liées entre elles (Figure 10) :

- Le support physique, ce sont les éléments nécessaires à la production du service.
- Le personnel de contact, ce sont les employés de l'entreprise de service en contact direct avec le client.
- Le client, ce sont les demandeurs de service.
- Le service en lui-même.

L'entreprise est aussi présente de façon non visible par le client, sous forme de « back-office ».

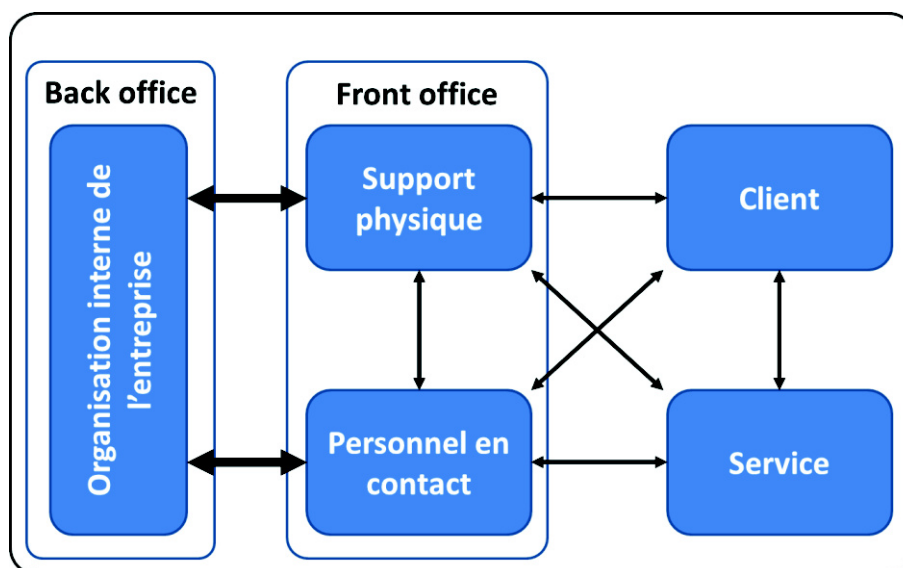


Figure 10 : Processus de "servuction" (50)

Un système fournissant un service ou système de servuction doit nécessairement prendre en compte les quatre éléments précédents pour garantir la qualité du service. Le support physique et le personnel en contact sont parties prenantes du

système. Leur gestion et leur développement sont réalisables grâce à l'application d'indicateurs ou la mise en place d'outils tels que la formation continue.

Le patient est également partie prenante de la réalisation du service. Seulement, son caractère indépendant du système rend cette entité plus complexe. Pour simplifier, le client peut être vu comme « employé partiel de l'entreprise » (51) ou partie prenante du processus de servuction (50). Ainsi le client devient coproducteur du service (52).

Cette coproduction implique une participation du client. Elle peut être soit physique, soit mentale (53), ainsi qu'active ou passive (50).

La participation du client est bénéfique à la fois pour l'entreprise et pour le client :

- Production de service accrue (54), meilleure réponse aux exigences des clients (55) pour l'entreprise.
- Augmentation de la satisfaction (56), génération de plaisir (57) pour le client.

IV.2.b Améliorer le lead time avec le LEAN management

Le terme de LEAN management est pour la première fois défini par J. Womack et D. Jones dans leur ouvrage « The Machine That Changed The World ». Cet ouvrage décrit le système de fonctionnement d'une industrie japonaise particulièrement performante au moment des trente glorieuses : Toyota. Pour parvenir à surpasser la concurrence, la production de cette entreprise repose sur un système novateur : le Toyota Production System (TPS).

« The Toyota Production System empowers team members to optimise quality by constantly improving processes and eliminating unnecessary waste in natural, human and corporate resources. TPS influences every aspect of Toyota's organisation and includes a common set of values, knowledge and procedures. It

entrusts employees with well-defined responsibilities in each production step and encourages every team member to strive for overall improvement. »¹ (58)

Cette définition peut être schématisée sous la forme d'une maison (cf. Annexe 1) :

- Les fondements du TPS sont l'amélioration constante (Kaizen), la standardisation et le lissage des charges de production (Heijunka) (59).
- Les piliers. Sur les fondements, le TPS a constitué deux axes : le « just-in-time » et le « jidoka ». Le premier veille à fournir les bons composants en temps et quantité désirés, le second induit l'arrêt de la production à chaque défaut détecté.
- Le toit. Les fondations et les piliers permettent de répondre aux orientations de l'entreprise : le triptyque coût, qualité et délai mais aussi le diptyque environnement et sécurité.
- Au centre de la maison, l'employé. Le TPS est ainsi construit autour de lui, ce qui marque bien la place importante des employés dans le fonctionnement.

Le TPS permet au travers de l'axe « jidoka » d'assurer une qualité élevée des produits et via l'axe « just-in-time » d'améliorer le processus de production afin de répondre à la demande sans surcoût.

Pour améliorer le processus, l'ancienne approche de recherche des efficiences locales est remplacée par une vision globale. Sur l'ensemble du processus sont identifiés :

- Le temps à valeur ajoutée : il correspond au temps permettant la transformation du produit pour le rapprocher du produit attendu par les clients.

¹ Le système de production Toyota permet aux membres de l'équipe d'optimiser la qualité en améliorant constamment les processus et en éliminant le gaspillage des ressources naturelles, humaines et de l'entreprise. TPS influence chaque aspect de l'organisation de Toyota et comprend un ensemble de valeurs, savoir et procédures. Il confie aux employés des responsabilités bien définies à chaque étape de production et encourage chaque membre de l'équipe d'œuvrer en faveur de l'amélioration globale.

- Le temps à non-valeur ajoutée : il s'agit des phases où le produit n'est pas transformé. Elles peuvent être assimilées à du gaspillage (= « muda »).

L'amélioration débutera par l'identification de la valeur du temps dédié à la production. Puis il sera nécessaire de réduire au maximum le temps à non-valeur ajoutée. Les raisons de non-valeur ajoutée peuvent être regroupées en sept causes (60) (61) :

- Surproduction.
- Attente.
- Transport.
- Processus (sont concernées ici les opérations à non-valeur ajoutée).
- Stock.
- Mouvements inutiles (sur les postes de travail).
- Rebuts.
- Sur-conception.
- Sur-approvisionnement.
- Sur-expédition.

La réduction du temps à non-valeur ajoutée va ainsi réduire la durée du processus et ainsi les délais (= Lead Time).

IV.2.c Améliorer le débit avec la théorie des contraintes

La théorie des contraintes est un courant de pensée développé par Eliyahu Goldratt dans son ouvrage *Le But* (62). Dans ce livre, Goldratt définit la contrainte d'un système par « ce qui limite ce système dans l'atteinte de son but » (63).

Pour illustrer cela, il est possible de prendre l'exemple d'une chaîne à maillons (64). Le but de la chaîne est de résister à la traction. Si cette traction augmente, alors un seul de ces maillons finira par céder. Dans ce cas, ce sera la résistance de ce maillon qui conditionnera la résistance de l'ensemble de la chaîne. Si ce maillon est renforcé, la résistance de la chaîne sera conditionnée par un autre maillon. Ces

opérations sont répétables jusqu'à l'obtention de la résistance souhaitée. Ce processus correspond au « processus de progrès permanent » (62).

Ce même raisonnement peut s'appliquer aux flux d'un processus. Nous prenons l'exemple ici d'un processus à cinq activités (Figure 11). Chaque activité est caractérisée par un réservoir (stock) et un diamètre de sortie (débit). Le but du processus est d'obtenir un débit de sortie le plus élevé possible.

Dans l'exemple de la Figure 11, nous remarquons que le débit de sortie est corrélé au débit de la troisième activité. Les débits de la première et seconde activité sont plus élevés mais cela ne fait qu'accroître le réservoir de la troisième activité. La quatrième et cinquième activité ont une capacité de débit élevée. Mais cette capacité est inexploitable puisque le débit de la troisième activité est inférieur (il n'est pas possible de « créer du flux »).

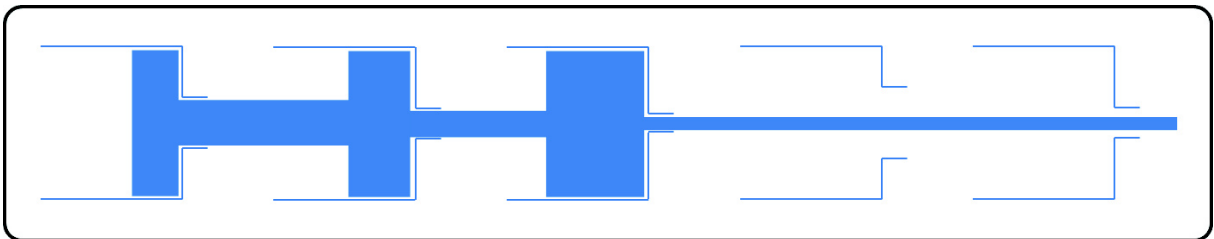


Figure 11 : Exemple d'analyse du flux de processus

Ici, la troisième activité est l'activité critique du processus. Une augmentation de son débit permettra de modifier le débit général du processus. Dans le cas de la Figure 12, le débit du processus est augmenté. Il est maintenant conditionné par une autre activité (la seconde ou la cinquième), l'une d'elle est la nouvelle activité critique.

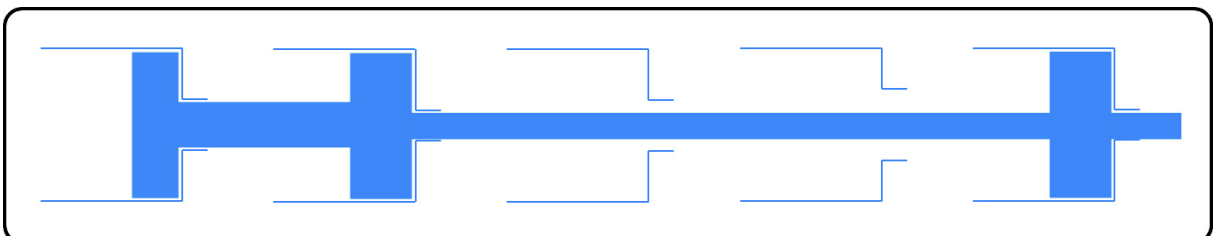


Figure 12 : Modification du débit de la troisième activité

Cette démarche est compliquée à appliquer car elle s'oppose aux méthodes ancestrales orientées vers les maximums locaux. Dans son ouvrage, Goldratt développe une procédure en cinq étapes pour aider à appliquer sa théorie (62) :

- Identifier la contrainte : tout système possède une contrainte. Sinon sa performance serait infinie (62). Il faut donc identifier l'étape limitant le débit total du processus.
- Exploiter la contrainte : pour l'étape identifiée, il faut définir la meilleure stratégie pour l'exploiter et la gérer. Toute heure perdue sur l'étape contrainte est une heure perdue sur le système tout entier (62).
- Subordonner le processus à la contrainte : à la suite de la nouvelle exploitation, d'après le principe de Drum-Buffer-Rope (DBR), il faut aligner les étapes du processus sur la contrainte pour éviter d'être en surcapacité. La Drum (tambour) est la contrainte. C'est elle qui impose le rythme au processus. Le Buffer (tampon), est un stock en amont de la contrainte, la protégeant d'un risque de rupture d'approvisionnement. La Rope (corde) permet de réguler les entrées du processus en fonction de la charge de la contrainte et du taux de remplissage du tampon (64).
- Elever la contrainte : il faut ici chercher à augmenter la capacité de la contrainte pour impacter directement le débit global du système.
- Recommencer la procédure : l'amélioration de la capacité de la contrainte, peut faire apparaître une nouvelle contrainte. Il faut alors recommencer la procédure, en commençant par l'identification de la nouvelle contrainte.

IV.3 Conclusion partielle

L'ensemble des informations relatées dans cette quatrième partie représente une énumération succincte de solutions répondant aux besoins de management et d'amélioration des consultations externes en secteur hospitalier. Ce sont des solutions qui ont déjà fait leurs preuves dans d'autres environnements, ce qui permet de s'assurer de leur efficacité.

Pour améliorer le management, nous avons développé un système comprenant trois parties : « politique », « objectif » et « processus ». Ces parties sont indissociables et corrélées les unes aux autres.

Le système de management prend la forme d'un processus conduit selon une politique hiérarchisée reposant sur des indicateurs de performance. Il y a ainsi des processus horizontaux définissant la production d'un produit ou d'un service, et des processus verticaux définissant les flux décisionnels.

Nous avons aussi pu observer que, dans le cadre d'une prestation de service, la structure et les indicateurs de performance doivent être centrés sur le client.

En parallèle, il est nécessaire de s'intéresser aux outils d'amélioration d'un système. Pour cela, un triptyque existe et permet de maintenir un niveau de performance et de qualité élevé : le TLS (Théorie des contraintes, Lean, et Six Sigma).

Il est important d'ajouter à ce triptyque le principe de coproduction afin d'améliorer la qualité des prestations de service.

Tous ces outils ont été longtemps exploités dans d'autres environnements. Seulement, pour être applicables dans le cadre d'un établissement de santé, ils doivent être adaptés. En effet, ces outils ont été conçus pour un contexte particulier puis se sont développés en s'adaptant aux nouveaux domaines. Or ils n'ont pas encore été appliqués au niveau hospitalier, ce qui impose une adaptation.

**Vers un pilotage des
consultations**

V Nouveau modèle de management des consultations

V.1 Le processus politique

V.1.a Sa structure

Le système de pilotage des consultations développé (Figure 13) présente une structure décisionnelle proche du système hiérarchique de l'hôpital. Ce système décisionnel se compose de :

- Trois niveaux de pilotage : stratégique, tactique et opérationnel. Les horizons temporels de ces niveaux sont respectivement : biannuels, mensuels et journaliers. Les décisions sont prises aux cours de réunions réunissant :
 - La direction générale et le directeur délégué pour le niveau stratégique.
 - Les responsables processus pour le niveau tactique.
 - Les responsables opérationnels pour le niveau opérationnel tels que les cadres de santé (responsable des équipes paramédicales) et les coordinateurs (responsable des agents administratifs).

Ces moments de rencontre vont permettre de déterminer les objectifs des consultations, le pilotage à leur attribuer et les décisions à prendre.

- Un flux décisionnel descendant et un flux d'informations ascendant. Le flux d'informations s'initie à partir des retours humains ou informatiques.
- Un système d'amélioration continue du pilotage des consultations. Ce système consiste, lors des réunions du comité de pilotage, à identifier et à corriger des événements indésirables entraînant ainsi le lancement de nouveaux projets. L'importance de ces projets est variable : si le projet est rapidement réalisable, la décision est prise au niveau du Comité de Pilotage (CoPil). Si le projet nécessite un apport financier ou humain, il sera présenté à la direction générale lors des comités directionnels. Ainsi la direction donnera ou non son accord sur le projet.

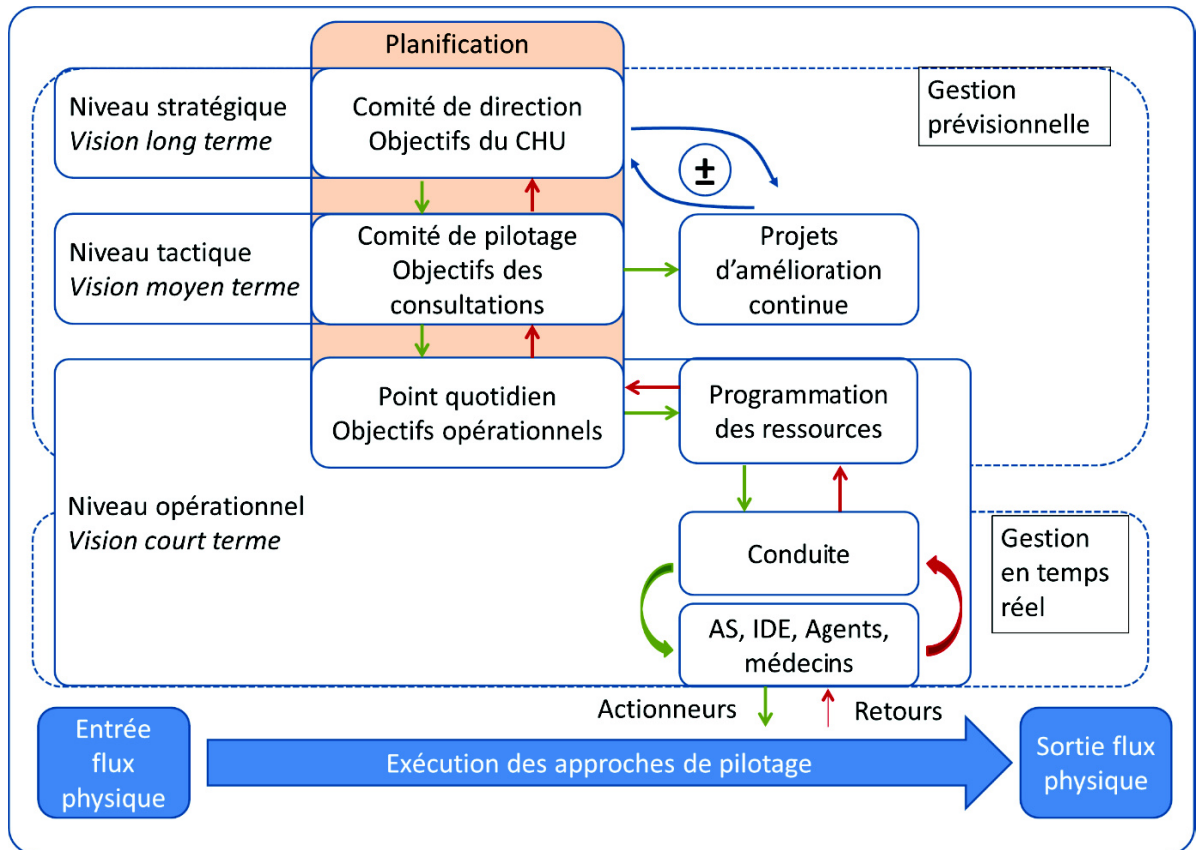


Figure 13 : Processus global du pilotage des consultations externes hospitalières

V.1.b Son mode de fonctionnement

V.1.b.i Niveau stratégique

Les consultations doivent s'inscrire dans la stratégie à long terme de l'hôpital. Le fonctionnement normal des décisions stratégiques doit donc être suivi. Par conséquent, le projet de consultations dédié au médecin doit s'inscrire dans le projet médical de l'établissement et celui dédié aux équipes paramédicales doit s'inscrire dans le projet des Soins Infirmiers et de Réanimation Médico-Technique (SIRMT). Les objectifs de l'hôpital, concernant les consultations, peuvent alors être définis dans le projet d'établissement sur un horizon de cinq ans.

Une fois les consultations inscrites dans le projet de l'établissement, des plans d'actions doivent être présentés dans les contrats de pôle pour atteindre les objectifs des consultations.

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

Seulement les consultations réunissent majoritairement plusieurs pôles. Il faut réussir homogénéiser les objectifs de pôles pour limiter un fonctionnement désorganisé pouvant impacter le parcours du patient (cf. Figure 14).

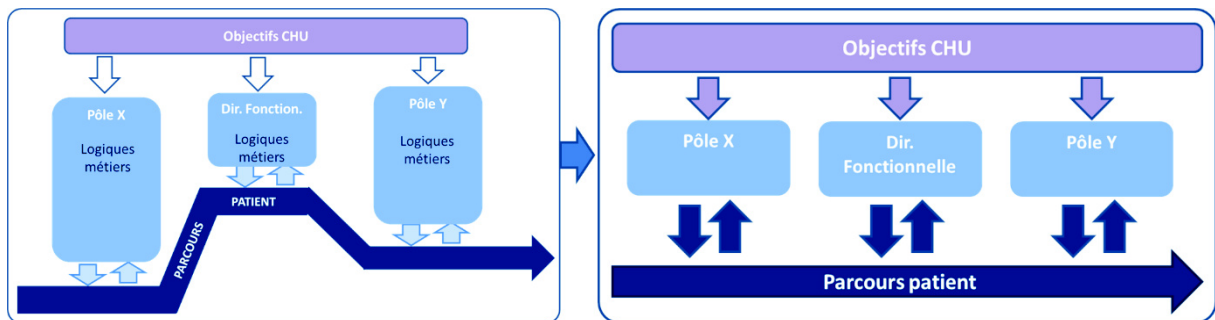


Figure 14 : Homogénéisation de la gestion des pôles

Cette étape peut être difficile à réaliser, deux solutions sont alors possibles : créer ou non un pôle spécifique aux consultations.

❖ Avec la création d'un pôle

L'homogénéisation de la gestion des pôles peut être facilitée par la création d'un pôle spécifique aux consultations, comme l'a suggéré la MEAH (19). Ainsi les objectifs du CHU, concernant les consultations, sont plus facilement globalisés et évitent de déformer le parcours patient (cf. Figure 15).

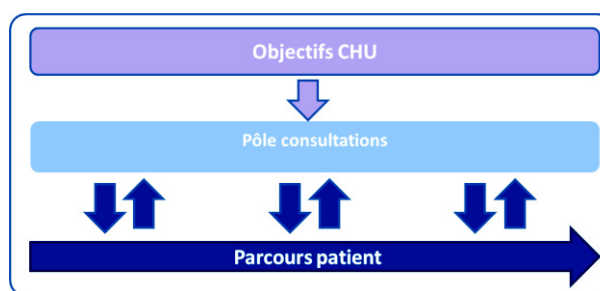


Figure 15 : Gestion des consultations avec un seul pôle de consultation

La logique la plus appropriée pour la création de ce nouveau pôle est alors une logique par lien client-fournisseur. Cette logique, présentée dans la première partie de ce rapport, incorpore la notion de mutualisation et de prestation de service. Le fonctionnement des consultations sera facilité grâce à une mutualisation des

ressources humaines et matérielles. Les besoins du patient seront placés au centre de la réflexion de gestion des consultations pour améliorer continuellement la prise en charge du patient.

Dans cette logique, il doit y avoir un chef de pôle des consultations. Il est responsable de la rédaction du contrat de pôle, de son application et du suivi d'avancement. Le contrat de pôle met en avant le suivi de la satisfaction du patient. En effet, l'orientation de ce pôle vers le service à la personne nécessite de « répondre aux besoins des particuliers dans leur vie quotidienne » (65).

Pour l'application du contrat de pôle, le chef de pôle définit des objectifs aux différents services de consultations. Ces objectifs découlent des attentes des patients par rapport aux évolutions des traitements, des prises en charge, etc.

Le suivi est identique au suivi actuel, le chef de pôle doit s'assurer que les mesures obtenues sont satisfaisantes par rapport aux objectifs.

Cette solution présente les avantages de simplifier la gestion des consultations par la mise en place d'objectifs et d'un management commun à l'ensemble des consultations. Il permet aussi d'orienter le pôle de consultation vers une organisation client/fournisseurs. Cependant cette solution a l'inconvénient d'induire une grande modification organisationnelle (Tableau 4).

| Avantages | Inconvénients |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Des objectifs uniques.• Une gestion facilitée.• Un seul responsable.• Une logique client/fournisseur. | <ul style="list-style-type: none">• Grande modification organisationnelle. |

Tableau 4 : Avantages et inconvénients de la création d'un pôle

❖ Sans création d'un nouveau pôle

Pour homogénéiser la gestion des pôles, il est aussi possible d'éviter la création d'un nouveau pôle. Dans ce cas-là, afin de conserver une unité pour le parcours

patient, les objectifs du CHU ne doivent plus être appliqués spécifiquement aux différents pôles mais directement sur le parcours patient (Figure 16).

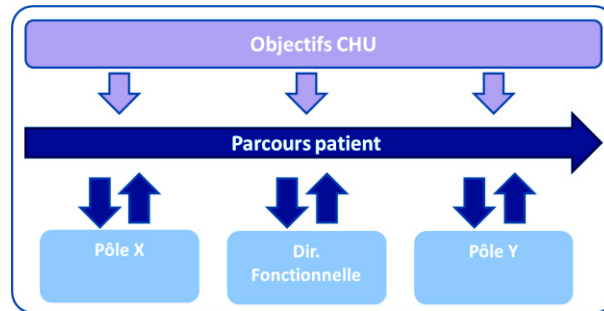


Figure 16 : Gestion des consultations sans création de nouveaux pôles

Ainsi, dans les contrats des pôles concernés par les consultations, il pourra être indiqué des objectifs communs et spécifiques au parcours patient de consultation.

Pour s'assurer de répondre à ces objectifs communs, il est conseillé de définir un responsable des consultations. Il peut être appliqué un système de délégation de responsabilité entre les différents chefs de pôle. Le but de cette action est d'éviter le report des charges de responsabilité et ainsi de faciliter l'atteinte des objectifs de consultation du CHU. De plus, la définition d'objectifs communs du parcours patient, permet d'assurer un développement global des consultations en évitant les optimums locaux.

Cette solution permet d'obtenir, sans une grande réorganisation, la mise en place d'objectifs communs pour l'ensemble des pôles de consultations. Mais la solution, ne créant pas de pôle, ne permet pas d'obtenir un responsable officiel des consultations et complique l'installation d'une logique client/fournisseur (Tableau 5).

| Avantages | Inconvénients |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Facilité d'application.• Orientation commune des différents pôles. | <ul style="list-style-type: none">• Responsable seulement par délégation.• Logique client/fournisseur difficile à appliquer. |

Tableau 5 : Avantages et inconvénients sans la création d'un pôle

V.1.b.ii Niveau tactique

Le niveau tactique est une vision à moyen terme du pilotage des consultations. Cette vision est définie par les objectifs tactiques issus de la décomposition des objectifs du pôle de consultations établis par le chef de pôle.

Pour répondre à ces objectifs, des plans d'actions sont définis par un comité de pilotage sous la responsabilité de trois entités :

- Chef de pôle, il est la représentation du secteur médical.
- Cadre de santé, il représente le secteur soignant.
- Coordinateur, il représente le secteur administratif des consultations.

Elles se réunissent mensuellement de façon ritualisée afin d'évaluer les mesures des indicateurs de performance et de relever le fonctionnement des plateaux de consultations.

A partir des relevés obtenus (flux d'informations ascendant) et dans le cas de relevés négatifs, des plans d'amélioration pourront être définis. Ces plans permettront de corriger et d'améliorer de façon continue les consultations.

A partir de l'évaluation, des prises de décisions pourront être effectuées afin de piloter les consultations pour répondre aux objectifs (flux d'informations descendant).

Outre les prises de décision et les plans d'amélioration continue, l'équipe tactique est aussi en charge de l'établissement d'un Plan De Consultation (PDC). Celui-ci

peut être assimilé au Plan De Production (PDP) utilisé dans le milieu de la production industrielle.

Le PDC consiste à définir le planning des consultations pour les mois à venir, avec la répartition des ressources humaines et matérielles. Ce planning est établi en fonction des rendez-vous. En effet, les consultations fonctionnant par rendez-vous, il est possible de connaître, de quelques semaines à neuf mois à l'avance, leur utilisation (ou consommation).

Le PDC permet alors d'assurer :

- Un bon niveau de service patient.
- Une utilisation optimale des ressources humaines et matérielles.

Pour un meilleur fonctionnement, le PDC possède un processus de prise de décision défini en trois zones :

- Zone figée, première période du PDC durant laquelle toute modification entraîne une charge de travail importante, donc un surcoût.
- Zone négociable, deuxième période, les grilles de consultations peuvent être modifiées, mais seulement après négociation.
- Zone libre, troisième période, les grilles de consultations peuvent être modifiées si elles sont justifiées.

Ainsi le PDC permet de bien structurer et de gérer les consultations afin de répondre au mieux aux attentes du patient.

V.1.b.iii Niveau opérationnel

Le niveau opérationnel est le niveau directement en contact avec le parcours du patient. Il s'agit de la vision court terme, voir immédiate du pilotage. Les objectifs de ce niveau sont opérationnels et correspondent à la décomposition des objectifs tactiques.

Pour répondre à ces objectifs, des plans d'actions sont définis au cours de points quotidiens. Ils réunissent les acteurs de ce niveau :

- Les responsables opérationnels.
- Les acteurs opérationnels (Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), Aides-Soignants (AS), agents administratifs, etc.).

Ils se réunissent quotidiennement, de façon ritualisée pour, d'une part, faire un retour sur les prises de décisions du niveau tactique, et d'autre part, faire une évaluation de l'activité opérationnelle.

Cette évaluation fonctionne dans un premier temps sur une appréciation des résultats des indicateurs de performance par rapport aux objectifs, et sur un retour des acteurs opérationnels concernant les conditions de travail et les impressions des patients. Dans un second temps, des décisions opérationnelles devront être prises pour répondre à l'appréciation des indicateurs de performance et aux aléas quotidiens des consultations.

Cette étape de pilotage des consultations comprend :

- Le lancement des consultations, avec une vérification de la disponibilité de ressources nécessaires pour la réalisation des consultations. Dans le cas contraire, les responsables opérationnels sont en charge du lissage des charges par la réaffectation des ressources.
- Le suivi des consultations, avec pour objectif de respecter le PDC.
- La replanification des consultations, lorsque des aléas (urgence médicale, etc.) empêchent de respecter le PDC.

V.2 Les indicateurs de performance

V.2.a.i Définition utilisée

Pour rappel, la définition utilisée dans cette étude est celle proposée par la commission de l'AFGI : « un indicateur de performance est une donnée quantifiée qui mesure l'efficacité et/ou l'efficience de tout ou partie d'un processus ou d'un

système (réel ou simulé), par rapport à une norme, un plan ou un objectif, déterminé et accepté dans le cadre d'une stratégie d'entreprise » (40).

Nous avons vu précédemment que les indicateurs de performance sont caractérisés par des éléments fondamentaux :

- Des objectifs cohérents avec la stratégie de l'entreprise, et décomposés sur les différents niveaux de pilotage.
- Des mesures caractérisées par un mode d'élaboration, une fréquence et sa validité.
- Les variables, composées de deux types : les variables essentielles (vue rétrospective sur les actions réalisées) et les variables d'action (vue prospective sur les actions).
- Des moyens d'action, permettant l'application de décision suite à l'appréciation des résultats.
- Un plan d'action, développant l'utilisation générale de l'indicateur.

Cette définition est applicable telle quelle sur les consultations hospitalières. La composition de l'indicateur de performance (objectifs, mesures, variables d'action, moyens d'action) est essentielle pour le fonctionnement et la prise de décision.

Le plan d'action permet de connaître l'interaction de l'outil avec l'environnement extérieur. Il permet d'identifier le responsable de l'indicateur, son niveau d'activité, le processus de décision dans lequel il est intégré, etc.

V.2.a.ii Exemple d'indicateurs de consultation

Une recherche générale d'indicateurs de performance des consultations hospitalières permet d'isoler plusieurs types d'indicateurs.

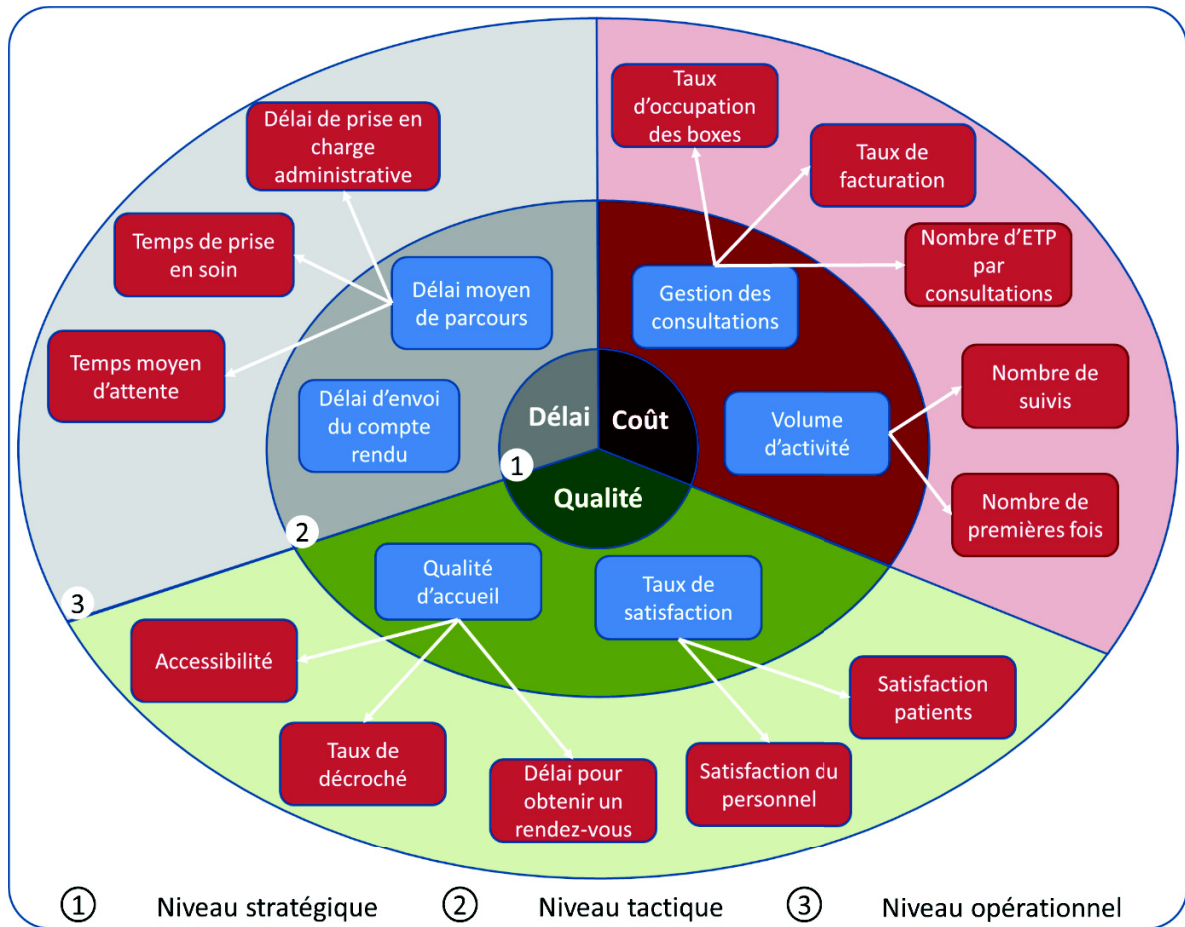


Figure 17 : Exemple d'indicateurs utilisables pour le pilotage selon les niveaux de décision

Les exemples d'indicateurs présentés en Figure 17 répondent aux différentes caractéristiques pouvant être nécessaires au pilotage des consultations.

❖ Le coût

La caractéristique financière, conditionnée depuis la T2A par le nombre d'actes effectués, rend nécessaire le suivi d'indicateurs tels que : le volume d'activité, la facturation des actes, la gestion des boxes et le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP).

❖ La qualité

Les consultations doivent être la « vitrine » de l'hôpital. La caractéristique qualité est donc à prendre sérieusement en compte. Cet élément est essentiel dans un

parcours de soin, la qualité détermine si l'établissement répond aux besoins du patient et aux normes de santé.

Pour répondre à ces attentes, des indicateurs tels que : le délai pour obtenir un rendez-vous, le taux de décroché (facilité pour obtenir un premier rendez-vous), l'accessibilité aux consultations (nombre de places de parking par consultants, taux de renouvellement de la signalétique, etc.) ou le taux de satisfaction du patient et du personnel doivent être définis.

❖ Le délai

Une dernière caractéristique importante pour les consultations concerne les délais. Afin de faire face à la concurrence des cliniques et à la structure complexe d'un établissement hospitalier, il est très important de suivre et de minimiser les délais.

Ce suivi pourra être réalisé grâce à l'utilisation d'indicateurs comme : le temps d'attente, le temps de prise en charge administrative et de prise en soin. Ces temps se modélisent sous la forme d'une durée moyenne de parcours.

Les délais étant la principale cause d'une orientation vers le privé, l'amélioration de ces indicateurs permettront de s'aligner, voire de surpasser la concurrence.

V.3 Conclusion partielle

Nous avons vu précédemment que les outils existants dans divers domaines et pouvant améliorer les consultations devaient subir une adaptation avant de pouvoir être appliqués. Les consultations externes hospitalières sont une activité complexe et il n'en existe pas de comparable dans d'autres domaines. Les outils existants dans ces autres environnements ne doivent alors pas être appliqués de façon similaire.

Pour cela, nous proposons un système de gestion ainsi que des indicateurs de performance adaptés au fonctionnement hospitalier actuel basé sur la loi santé de 2012.

Le système de gestion permet de piloter les consultations du point de vue stratégique jusqu'à celui opérationnel. Les indicateurs de performance sont par définition spécifiques aux objectifs. Ne sont donc présentés ici que des exemples d'indicateurs pouvant s'appliquer au parcours patient.

Ce travail constitue le point d'initiation d'un système de management des consultations externes. Les outils proposés pourront nécessiter des aménagements selon l'évolution des lois de fonctionnement hospitalier.

VI Conseils d'application d'un système de management, et retour d'expérience du CHU de Toulouse

VI.1 Contexte de l'application au CHU de Toulouse

L'application d'un système de management au sein des consultations externes est novatrice. En effet, comme l'ont démontré les différents rapports, la gestion des consultations a longtemps été facilitée par l'organisation des hôpitaux et le mode de financement en allocation de budget par le gouvernement. Seulement, depuis le lancement de la T2A en 2004, ce fonctionnement n'est plus avantageux.

Au sein du CHU de Toulouse, la méthode d'application s'est déroulée en deux étapes. Une première a consisté en une modélisation du processus fonctionnel des consultations. Une seconde étape a été la mise en place du management « politique » et « objectif » de ce processus fonctionnel.

Cette seconde étape a été découpée en trois phases. La première phase consiste en une formation de mise à niveau sur le pilotage. Une deuxième phase est dédiée au pilotage lui-même. Cette étape est plus longue car il y a peu de recul pour appliquer rapidement des indicateurs de performance comme peut le permettre la méthode SCOR. Enfin lorsque le recul sera suffisant, la troisième phase consistera à intégrer un projet de consultation au sein de la stratégie de l'hôpital.

VI.2 Modélisation du processus fonctionnel des consultations

Afin d'améliorer la connaissance et faciliter la gestion des consultations, il est nécessaire de définir le périmètre des consultations externes. Cette définition passe par la modélisation du processus de consultation pour un patient. Pour illustrer cela, prenons comme exemple la modélisation réalisée au CHU de Toulouse.

Le parcours de consultations externes du CHU de Toulouse (schématisé en Figure 18 et détaillé en Annexe 2) est modélisé en huit grandes étapes, réparties différemment dans le temps : deux étapes « pré-venues » en prévision de la consultation, quatre étapes le jour de la consultation et deux étapes « post-venues ».

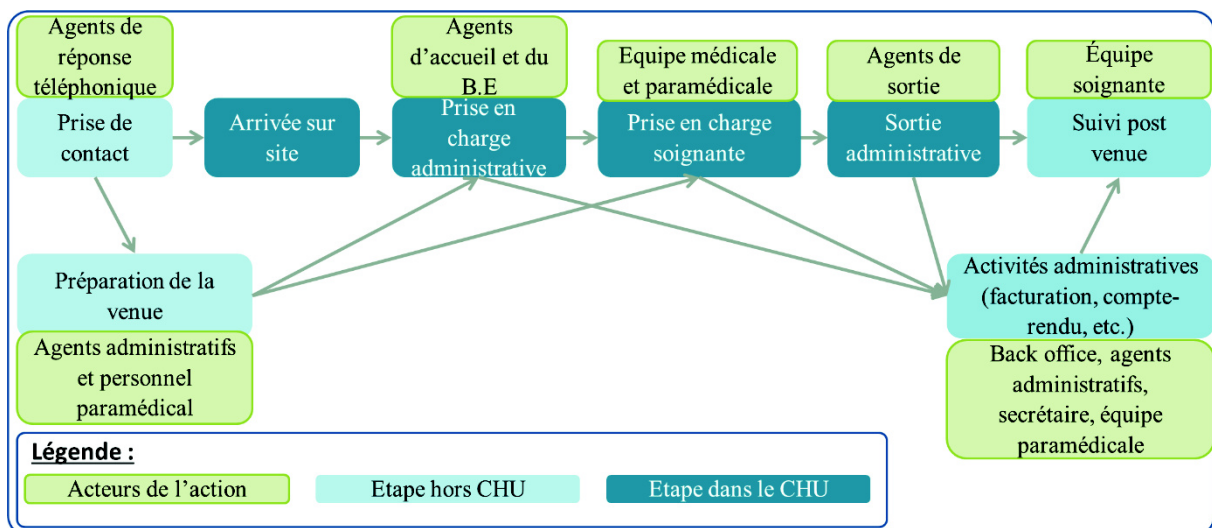


Figure 18 : Processus simplifié des consultations externes hospitalières

VI.2.a Point de vue du patient

Sur ces huit étapes, trois d'entre elles peuvent présenter un intérêt pour le patient :

- La prise de contact : premier contact du patient avec l'hôpital. L'accueil, l'écoute et les informations apportées au patient constituent les premières images des consultations. La rapidité et la facilité de contact sont aussi des points essentiels.

- La prise en charge soignante : il s'agit de la consultation proprement dite. Sa qualité conditionne la venue ou non d'un patient.
- Le suivi « post-venue » : cette étape correspond à la poursuite du parcours patient. Elle est souvent le lien entre le spécialiste de l'hôpital et le médecin de ville. Un suivi efficace permet un diagnostic et une prise en charge rapide.

Ces trois étapes conditionnent le reste du processus. En effet, pour avoir une bonne prise en charge soignante, il n'y a pas que la qualité du spécialiste qui entre en jeu. La qualité de la préparation de la venue vient jouer un rôle important dans la rapidité de prise en charge. L'accueil administratif vient réguler le débit de patients vers la prise en charge soignante et conditionne l'efficacité du processus de facturation. De même, les activités administratives régulent le suivi « post-venue ». Or, elles sont elles-mêmes dépendantes de l'accueil, de la prise en charge et de la sortie. L'ensemble du système doit fonctionner pour aboutir à une bonne consultation.

VI.2.b Point de vue du personnel

De nombreux acteurs sont présents sur les plateaux de consultation. Les principaux se classent en trois corps de métiers :

- Médical, il regroupe les médecins et sont sous la responsabilité du chef de pôle. Il existe aussi la possibilité de désigner un médecin responsable de l'organisation des consultations, et des médecins de consultations.
- Soignants ou paramédicaux, ce corps est représenté par les Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), les Aides-Soignants (AS) ou les Auxiliaires Puéricultrices (AP) au niveau des consultations. Leur responsable direct est le cadre de santé.
- Administratif, représenté par les agents d'accueil, de sortie et de la réponse téléphonique, le Bureau des Entrées (B.E), l'assistant médico-administratif (AMA) et les secrétaires. Leurs responsables directs sont le coordinateur des secrétaires médicales et les cadres du B.E.

VI.2.c Point de vue du système d'information

Dans le processus de consultation, le système d'information se présente sous format informatique et format papier.

Trois logiciels interviennent dans le processus de consultation :

- QPLANNER est utilisé pour la prise de rendez-vous d'une partie des spécialités du CHU. Pour chaque médecin, des grilles horaires spécifiques sont définies, et les agents enregistrent les rendez-vous sur ces créneaux.
- ORBIS gère le dossier médical du patient (données médicales, prescriptions, comptes rendus, codage d'actes, etc.). Il est aussi utilisé pour la prise de rendez-vous de l'autre partie des spécialités.
- CONVERGENCE est le logiciel utilisé pour enregistrer les informations administratives du patient issues de la carte d'identité, de la carte vitale et/ou de la carte mutuelle. Ces informations vont permettre de créer une Identification Permanente Patient (IPP) créée à la première venue du patient au CHU de Toulouse ou récupérée lors des autres venues, ainsi qu'une Identification Externe du Patient (IEP) créée à chaque venue du patient.

Le système d'information sous format papier reste encore très utilisé à l'hôpital, souvent pour des contraintes organisationnelles. Les principaux documents papier relatifs aux consultations sont :

- La convocation en consultation, envoyée à la suite d'une prise de rendez-vous ou de modification de rendez-vous
- Le compte-rendu de consultation établi par le médecin à l'issue du rendez-vous. Pour accélérer la rédaction de ce type de document, le CHU possède un système de dictée numérique : le médecin dicte le compte-rendu en suivant une structure de dictée précise. Celui-ci est ensuite envoyé à une secrétaire du pôle qui le tape, pour être finalement adressé au patient après la validation du médecin.
- La feuille de circulation, créée à chaque entrée administrative et en possession du patient jusqu'à sa sortie. Elle présente l'IEP du patient sur une

multitude de vignettes utilisées au cours de la consultation (tubes de prélèvement, documents, etc.).

VI.3 Mise en place d'un management « politique » et « objectif »

VI.3.a Phase 1 : travail préparatoire

VI.3.a.i Description

Pour débiter l'application du système de pilotage, il faut commencer par initier les responsables à la réflexion de pilotage pour les accompagner vers l'identification des indicateurs. L'enjeu est d'amener les responsables à lister leurs propres indicateurs en évitant de leur en imposer.

Le point essentiel est d'articuler cette liste autour d'axes majeurs du niveau tactique afin d'assurer une cohérence entre les plateaux de consultations.

L'initiation au pilotage consiste à questionner les responsables sur ce qu'ils comprennent du terme « pilotage » et sur les besoins qu'il sous-entend pour eux. Ces réflexions vont amener les responsables à mieux identifier leurs besoins et à affiner leur vision du pilotage.

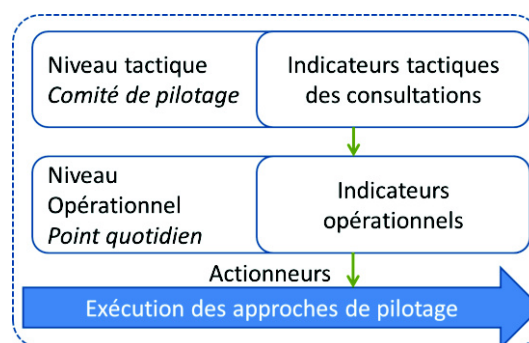


Figure 19 : Représentation de la phase 1 de l'application du système de pilotage

La suite de la phase 1 consiste à définir des indicateurs. Pour cela, nous conseillons d'utiliser la hiérarchie du système de pilotage (Figure 19). Dans un premier temps il y a l'identification des indicateurs tactiques, qui sont dans un second temps décomposés en indicateurs opérationnels.

Les indicateurs de performance sont des outils connus au niveau du CHU mais encore trop peu exploités. Il est important de définir correctement les indicateurs pour en assurer une utilisation pérenne. Pour cela, nous conseillons d'utiliser les définitions énoncées précédemment. Un indicateur de performance est composé de cinq principaux éléments : un objectif, une mesure, une variable, un moyen d'action et un plan d'action.

Le point essentiel est donc de présenter les principaux éléments de l'indicateur de performance aux responsables pour ensuite pouvoir les définir avec eux.

VI.3.a.ii Retour d'expérience du CHU de Toulouse

Lors de la phase de préparation au CHU de Toulouse, nous avons pris conscience de l'aspect nouveau de l'application d'indicateurs de performance.

Afin de s'assurer une participation générale des responsables des consultations, nous avons débuté le projet par une réflexion généralisée grâce au brainstorming. Cette réflexion a été orientée vers le questionnement de chaque responsable sur l'obtention d'une consultation de qualité.

Cette étape a été importante puisqu'elle a donné du recul à chaque responsable quant aux besoins pour obtenir une consultation de qualité. De plus, ce travail a permis de rassembler l'ensemble des acteurs et de développer ainsi une cohésion entre les responsables.

VI.3.b Phase 2 : début du pilotage

VI.3.b.i Description

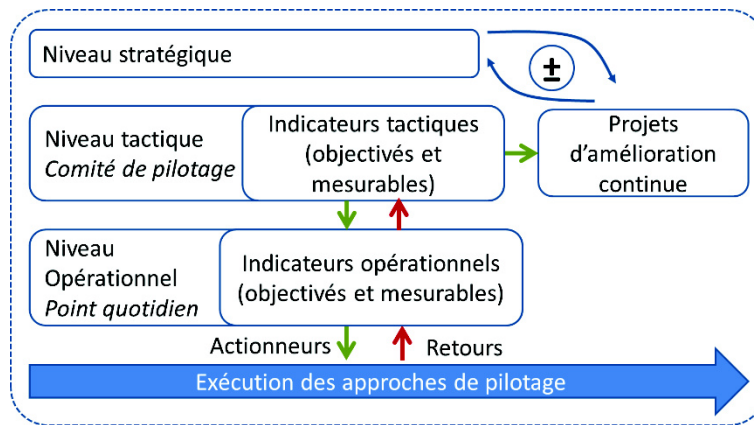


Figure 20 : Représentation de la phase 2 de l'application du système de pilotage

La phase 2 de l'application (Figure 20) permet d'arrêter la définition des indicateurs, puis d'entamer la ritualisation du pilotage.

VI.3.b.ii Objectifs et mesures

❖ Les objectifs

La structure encore très jeune du système ne permet pas de quantifier les objectifs dès le lancement du plateau. Ils ne pourront l'être qu'à partir du moment où le pilotage aura suffisamment pris en main par les différents responsables. Au démarrage du pilotage, l'attention portera sur les écarts par rapport à la tendance des mesures précédentes et l'analyse de l'impact de certaines décisions/actions sur le processus. Par ce biais, des décisions pourront être prises et un retour d'expérience sur ces dites actions pourra être réalisé.

Lorsque ce système aura été appliqué sur plusieurs plateaux de consultations, les objectifs des nouvelles consultations pourront être directement copiés sur ceux des plateaux existants ou adaptés à leurs capacités.

❖ La mesure

Pour un indicateur, la mesure est fondamentale. Son mode de recueil doit répondre aux besoins sur la fréquence d'utilisation de l'indicateur et sur la validité des résultats.

Le point essentiel est de rechercher à automatiser au maximum le recueil pour, d'une part, obtenir des résultats fiables à fréquence donnée, et d'autre part, pour limiter l'utilisation de ressources humaines supplémentaires. Il faut donc chercher à privilégier le développement de requêtes et d'outils informatiques spécifiques aux consultations.

Il est important de s'assurer que la mesure d'un indicateur est affectée à un responsable, alors il devient responsable de l'indicateur.

L'ensemble des données récoltées permet de compléter un tableau type (Tableau 6) résumant les informations de l'indicateur : un responsable d'indicateur, une fréquence d'utilisation de l'indicateur, l'état actuel de l'indicateur (s'il est utilisable à l'instant donné), les actions à effectuer si l'indicateur n'est pas utilisable immédiatement et l'objectif s'il est définissable.

| Nom de l'indicateur | | |
|---|--------------|---------------|
| Variable d'action ou essentielle | Sa mesure | |
| Le responsable | La fréquence | L'état actuel |
| Action à effectuer | | |
| Objectif | | |
| <i>(non applicable lors des premières applications)</i> | | |

Tableau 6 : Tableau type de la représentation d'un indicateur de performance

VI.3.b.iii Ritualisation

Lorsque les indicateurs sont définis, leur utilisation aléatoire n'est pas suffisante pour obtenir un pilotage efficace. La clé réside dans l'assiduité du suivi. Il est essentiel de marquer l'importance :

- D'organiser des réunions régulières.
- De disposer d'indicateurs alimentés suivant la fréquence de la mesure.
- De structurer et de réglementer le pilotage.

En parallèle à la ritualisation, des projets d'amélioration peuvent d'ores et déjà émerger. Suite à l'identification d'un problème existant ou potentiel, le CoPIL peut mettre en place des actions correctives en utilisant la méthode *Plan Do Check Act* (PDCA).

Le point essentiel est de montrer que cette méthode permet de facilement mettre en œuvre un projet correctif, d'obtenir une correction efficace et d'améliorer l'espace de travail, si et seulement s'il y a un suivi régulier des avancées.

VI.3.b.iv Retour d'expérience du CHU de Toulouse

Pour permettre une définition efficace des indicateurs de performance, le groupe de responsables a réutilisé les besoins définis au cours des précédentes réunions concernant des consultations de qualité.

Ces besoins ont permis de définir des indicateurs tactiques, puis ces indicateurs ont pu être décomposés pour donner les indicateurs opérationnels.

Pour le suivi de ces indicateurs, des réunions ritualisées ont permis de faire face aux différentes difficultés de pilotage et de mettre en place des actions d'amélioration. Ces réunions se sont donc avérées indispensables à l'application du système.

VI.3.c Phase 3 : intégration du pilotage dans la stratégie de l'hôpital

VI.3.c.i Description

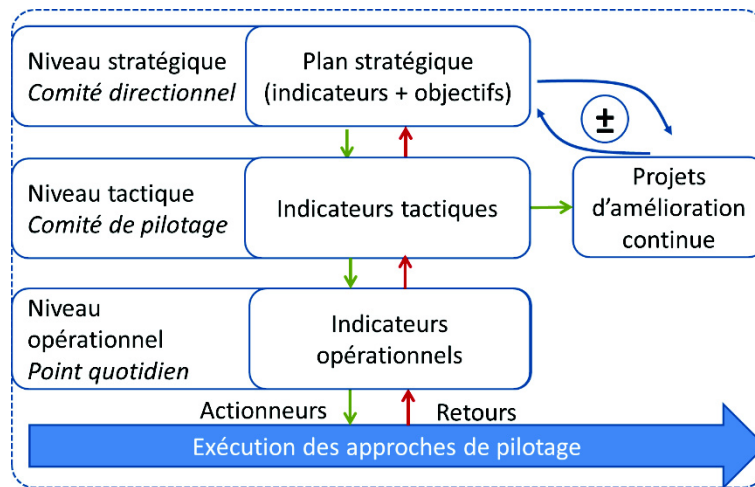


Figure 21 : Représentation de la phase 3 de l'application du système de pilotage

La dernière phase de l'application du système (Figure 21) concerne l'analyse des résultats par rapport aux objectifs, et l'intégration du pilotage des consultations dans la stratégie du CHU de Toulouse.

L'appréciation des mesures par rapport à la tendance permet d'obtenir une vision concrète de l'impact des décisions prises sur l'évolution des indicateurs. Lorsque le lien décision/effet sera bien établi, un objectif pourra être défini.

Le point essentiel est de respecter l'appréciation des résultats par rapport à la tendance. Les variations seront proportionnelles à l'intensité de la décision prise. L'expérience de ces premières observations sera bénéfique au lancement de système de pilotage sur d'autres plateaux de consultation.

Une fois que le plateau fonctionne de façon autonome, ses objectifs et ses résultats devront être présentés à la direction générale afin qu'ils soient appréciés avec une vision plus large. A partir de cette analyse, des objectifs pourront être négociés pour le futur.

Pour définir l'orientation stratégique des consultations, il est intéressant de se rapprocher des méthodes de mise en place d'indicateurs de performance décrites

précédemment : la méthode Berrah ou la méthode SCOR. Dans les débuts du pilotage des consultations, la méthode Berrah s'avère plus simple à mettre en place.

Avec les résultats obtenus aux niveaux tactique et opérationnel, les connaissances des consultations sont plus concrètes. De là, il est possible d'isoler les facteurs clés de succès les concernant. Lorsque ces facteurs clés de succès sont établis, en suivant la méthode Berrah, on peut définir de nouveaux objectifs tactiques et opérationnels.

Un point essentiel est de faire remarquer à la direction générale de l'hôpital que l'orientation des consultations est assez similaire entre chaque plateau de consultations. Dans ce cas, il peut être envisagé pour le centre hospitalier de créer un pôle consultation pour faciliter la gestion, comme l'a suggéré la MEAH.

VI.4 Application d'outils d'amélioration du processus de consultation

Nous présentons ici des outils qui ont ou vont être mis en place au sein du CHU de Toulouse. Ce sont des exemples d'amélioration des consultations. Il est intéressant de commencer par l'amélioration de la qualité, puis celle du débit et enfin celle du lead time.

VI.4.a Amélioration de la qualité

VI.4.a.i La roue de Deming

La « roue de Deming » ou outil PDCA, est utilisable sur l'ensemble du système de management (39). Cet outil s'utilise en quatre étapes :

- Planifier : cela peut concerner les objectifs du système (39) ou une action corrective du système.
- Réaliser : mise en œuvre du planifié.
- Vérifier : surveiller les résultats obtenus par le réalisé.
- Agir : entreprendre des actions d'amélioration ou réagir en cas de variation entre le planifié et le réalisé.

Cet outil permet de répondre à des attentes et de suivre la mise en place d'actions. Il a été très rapidement mis en place au sein du CHU de Toulouse car il s'applique à tous types de problème et permet d'obtenir des résultats de qualité.

VI.4.a.ii Les 5 P

La méthode des cinq Pourquoi (5P) est un outil simple. Lorsqu'il est appliqué à un problème, il permet d'identifier les causes racines du dysfonctionnement. Pour cela, il faut poser plusieurs fois la question « pourquoi ? » afin de faire face aux causes fondamentales du problème.

L'intérêt de trouver les causes fondamentales est de pouvoir par la suite appliquer des corrections sur la source réelle du problème et non des corrections « symptomatiques ».

L'application de la méthode doit se faire avec les personnes directement concernées par le problème. Il faut rester factuel (jamais de déduction) et ne rechercher que les causes pouvant être contrôlées (66).

VI.4.a.iii Participation du patient

Pour faire participer le patient à la réalisation de la consultation, il est nécessaire de jouer sur le ratio actif/passif du patient. Les éléments poussant un patient à être actif sont : l'information, le temps nécessaire, l'efficacité obtenue et le contrôle de la situation. Ceux poussant le patient à être passif sont : l'effort exigé et le risque encouru.

Parmi les éléments poussant le patient à être actif, l'information a une part importante. Elle doit être complète et de qualité afin de faciliter la participation du patient.

VI.4.b Amélioration du débit

Pour améliorer le débit du processus de consultation du CHU de Toulouse, nous nous sommes avant tout, intéressés à son objectif qui est de « réaliser un maximum

de consultations dans de bonnes conditions de prise en charge de chaque patient et des conditions de travail de qualité » (67).

Cet objectif comprend deux notions essentielles : un maximum de consultations et une qualité de prise en charge et de travail.

Pour y répondre, nous avons procédé suivant la méthodologie de Goldratt.

VI.4.b.i Identification de la contrainte

Au vu des observations réalisées sur les consultations externes du CHU de Toulouse, la prise en charge médicale a été définie comme étant la contrainte de notre système. Le temps d'attente de prise en charge, l'occupation constante du personnel soignant et la relation directe de l'activité du personnel soignant avec les horaires d'ouvertures sont autant de caractéristiques définissant la prise en charge soignant comme étant la contrainte à l'objectif des consultations.

VI.4.b.ii Exploiter la contrainte

La contrainte a été identifiée, il a fallu chercher à l'exploiter de façon stratégique. Pour cela, le CHU de Toulouse :

- a redéfini les durées de consultation enregistrées dans les modèles de prise de rendez-vous ;
- a défini des règles afin d'éviter les retards hors raisons médicales du personnel soignant ;
- s'est assuré de l'occupation pleine de la plage des rendez-vous.

Ces actions ont permis de s'assurer que la contrainte est toujours utilisée au maximum et d'éviter une réduction de la qualité de prise en charge à cause d'une augmentation du temps d'attente et/ou d'un décalage important des rendez-vous.

VI.4.b.iii Subordonner tous les processus à la contrainte

Il a été nécessaire de subordonner la contrainte, en assurant son alimentation constante (outil DBR) et en conservant le débit après la prise en charge soignant (éviter le temps d'attente après cette activité).

L'utilisation de l'outil DBR permet d'assurer une présence constante de patients en attente de prise en charge. Le tambour est la prise en charge, le tampon est la salle d'attente et la corde est la sélection privilégiée ou non pour l'enregistrement d'un patient dans le cas où le niveau dans le tampon est faible. Un travail important a été réalisé pour alimenter de façon continue la prise en charge administrative et éviter ses retards.

En aval de la prise en charge, se trouve la sortie administrative. Un travail organisationnel a été réalisé pour limiter au maximum l'attente à cette étape et ainsi respecter le débit défini par la prise en charge.

VI.4.b.iv Augmenter la capacité de la contrainte (si cela est pertinent)

Cette étape n'a pas encore été mise en place au sein du CHU de Toulouse. Si cela s'avère nécessaire, pour augmenter la capacité de la contrainte, il faudra :

- Elargir les plages de consultations du personnel soignant, dans ce cas il faudra assurer la subordination de la contrainte en élargissant les plages des agents d'accueil et de sortie.
- Engager plus de personnel soignant, dans ce cas une gestion logistique de ressources matérielles sera nécessaire afin de s'assurer que les locaux permettent d'accueillir de nouvelles équipes.

Suite à cette modification, il sera important de réévaluer la contrainte afin de s'assurer qu'elle est toujours la contrainte limitante du système.

VI.4.c Amélioration du Lead Time

VI.4.c.i Définition de l'état actuel avec la Value Stream Mapping (VSM)

La cartographie VSM est un travail d'analyse et de réflexion autour du processus. Son principe est de faire apparaître sur une même représentation l'ensemble des flux physiques et informationnels pour la transformation de l'élément d'entrée d'une même catégorie. Sur cette représentation, il est nécessaire de faire apparaître le temps d'ouverture, les temps de cycle ainsi que le niveau des attentes durant le processus.

Avant de débiter une VSM, des catégories de consultants doivent être réalisées afin d'homogénéiser la modélisation. Ces catégories regroupent les patients « subissant sensiblement les mêmes opérations dans le processus global de transformation ». Par exemple, les catégories définies au CHU de Toulouse sont :

- Consultation simple avec/sans passage au bureau de sortie.
- Examen simple avec/sans passage au bureau de sortie.
- Consultation + examen avec/sans passage au bureau de sortie.
- Acte IDE avec/sans passage au bureau de sortie.
- Etc.

Ces catégories peuvent être plus ou moins développées en fonction du niveau de détail recherché.

Pour chacun de ces groupes, une modélisation de l'état actuel doit être effectuée afin d'estimer le lead time physique ainsi que le ratio entre le temps à valeur ajoutée et le temps à non-valeur ajoutée.

Pour rappel, le temps à valeur ajoutée correspond au temps permettant la transformation du produit pour le rapprocher du produit attendu par les clients (68). Chez un prestataire de service, le temps à valeur ajoutée est le temps consommé pour répondre aux attentes du client.

Pour définir le temps à valeur ajoutée d'une étape au sein d'une prestation de service, les attentes du patient doivent être connues. Or aucune étude n'a été réalisée pour définir les attentes du patient concernant les consultations externes hospitalières.

Cependant, si nous nous plaçons dans un contexte de coproduction, les attentes du patient pourront être les informations apportées pour lui permettre de participer à la consultation. Dans ce cas-là, des étapes clés apparaissent dans le parcours patient tels que :

- La prise de contact téléphonique.
- La consultation.
- Le suivi post-venue.

Il est alors possible de définir le ratio actuel de valeur ajoutée sur la base d'une quantité d'informations de qualité apportées.

VI.4.c.ii Axes de réduction du Lead Time

Nous présentons ici quelques causes de gaspillage au sein de l'hôpital et qui permettront de réduire le lead time des consultations.

❖ Attente en salle d'attente

L'attente, même si elle doit être conservée devant la contrainte du système, doit être évitée ou réduite devant les autres activités.

Lors d'une enquête de satisfaction réalisée au sein du CHU de Toulouse, 30 % des patients insatisfaits des consultations l'étaient à cause de l'attente excessive.

❖ Processus

De nombreux processus au sein du circuit de consultation présentent des défauts. Cela peut être dû à une non standardisation des procédés, une non évolution des outils ou un défaut de formation des acteurs.

Pour résoudre ce genre de défaut, le CHU de Toulouse a mis en place des fiches de fonction aux différents postes de consultation, et va développer des outils informatisés pour faciliter la gestion des dossiers d'anesthésie.

❖ Mouvement inutiles

Les mouvements inutiles ont un effet néfaste sur le lead time car ils augmentent le temps de traitement des services (68). Ils peuvent avoir pour origine un défaut de réflexion lors de l'application du procédé ou une origine empirique.

Il faut alors travailler avec les acteurs directement concernés afin d'établir avec eux des procédés qui permettent de travailler en se fatiguant moins tout en assurant l'activité nécessaire (68).

VI.5 Conclusion partielle

L'application d'un système de management au sein des consultations d'un centre hospitalier se déroule en deux temps.

Avant tout il faut modéliser le processus fonctionnel sur lequel est bâti l'ensemble du système de management. Cette modélisation doit prendre en compte l'ensemble du parcours de consultation, englobant les flux physiques et les flux d'informations.

Sur cette base est ensuite appliqué le management « politique » et « objectif » proposé. Il est déployé en trois temps : un travail préparatoire pour former les responsables au système de management, ensuite l'initiation du pilotage pour finir par l'intégration du système dans la stratégie de l'hôpital.

L'intégration du système de management dans la stratégie de l'hôpital est innovante. En effet, cette démarche est en avance face aux SROS, mais elle est obligatoire pour répondre aux pertes financières causées par les consultations.

Pour faciliter l'implantation de ce type de système au sein d'autres établissements, il serait judicieux d'adopter le même format afin de standardiser le management des consultations et ainsi, de les faire évoluer rapidement au niveau national.

VII Conclusion

Pour répondre aux évolutions du système de santé français, les hôpitaux doivent améliorer la gestion des consultations externes. Seulement, les consultations sont pour le moment très peu concernées par les améliorations hospitalières. En effet, elles ont longtemps échappé aux différentes transformations induites par les lois. Mais depuis la loi de 2004 concernant la tarification à l'activité, leur mauvaise gestion coûte cher aux hôpitaux.

Pour répondre à cette problématique nous avons commencé notre étude par le diagnostic de l'existant. Nous avons ensuite fait ressortir des points d'amélioration qui ont abouti à la nécessité de développer un nouveau système de gestion des consultations. Un mode d'application ainsi qu'un ensemble d'outils répondant aux besoins ont été associés à ce système.

Le système proposé est une adaptation de systèmes existant dans d'autres environnements. Il comporte trois niveaux : un niveau stratégique donnant les orientations des consultations, un niveau tactique adaptant les orientations pour les rendre réalisables et un niveau opérationnel appliquant les orientations.

Ce système fonctionne sur la base d'un flux d'informations bouclé. Les décisions partent du niveau stratégique jusqu'à l'opérationnel. Les informations sur la réalisation remontent ensuite dans l'autre sens. Cette boucle permet de s'assurer que les décisions seront prises en cohérence avec la réalité. Associé à cette boucle d'informations, se place un système d'amélioration continue de qualité et de performance. Il permet de faire évoluer de façon permanente les consultations ainsi que leur système de gestion.

Ce nouveau mécanisme présente un aspect novateur dans le milieu hospitalier. De plus, grâce à son système d'amélioration continue intégré, il s'assure une évolution constante, et ainsi, une adaptation spécifique aux besoins du centre hospitalier.

Lorsque les consultations sont prises en main, on peut, pour les développer, adapter certaines techniques d'amélioration telles que la théorie des contraintes, le Lean management ou le six sigma.

Seulement l'aspect novateur du système implique un risque concernant sa viabilité. Les premières applications serviront principalement d'études pour l'amélioration du système. Ces améliorations devront ensuite être compilées et servir d'exemple pour les applications suivantes.

Les premières applications sont actuellement réalisées au sein du CHU de Toulouse. Il est maintenant nécessaire de recueillir les informations, de les compiler pour obtenir un système et un mode d'application plus adaptés. A la suite de ce recueil, il serait intéressant de déployer ce modèle dans d'autres centres, de recueillir à nouveau les informations d'implantation, pour ensuite les diffuser et aider l'implémentation de nouvelles applications. Ces réactions en chaîne permettront un développement des consultations toujours plus performant.

Bibliographie

1. Union nationale des caisses d'assurance maladie. Nomenclature générale des actes professionnels. 2015.
2. Fédération Hospitalière de France. Activité hospitalière - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. Disponible sur: <http://www.fhf.fr/Presse-Communication/Chiffres-cles/Finances/Activite-hospitaliere>
3. Tellier S, Peretti C, Boisguérin B. Qui sont les patients des consultations externes hospitalières ? Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. 2002;
4. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
5. Ministère de la santé et des solidarités. Guide nouvelles organisations et architectures hospitalières. 2009.
6. ANAP, CNEH. La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre. 2010.
7. Sixième partie ; Livre Ier ; Titre IV : Etablissements publics de santé. Code de la santé publique.
8. Décret n°2010-439. Code de la santé publique avril, 2010.
9. Article 1 du décret n°2011-584. Code de la santé publique mai, 2011.
10. Article D6143-37. Code de la santé publique.
11. Préfecture de la région ile-de-france. Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; guide d'élaboration et d'évaluation. 2006.
12. Article L1434-7. Code de la santé publique.
13. Andreoletti C. La tarification à l'activité. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2008.
14. Carayon F, Baude C. Manuel des groupes homogènes de malades. 2010.
15. ARS Rhône-Alpe. Schéma régional d'organisation des soins 2012-2017. 2012.
16. ARS Midi-Pyrénées. Schéma régional d'organisation des soins 2012-2017. 2012.
17. CHU de Toulouse. Projet d'établissement 2013-2017. 2013.
18. Hospices Civils de Lyon. Projet d'établissement 2013-2017. 2013.

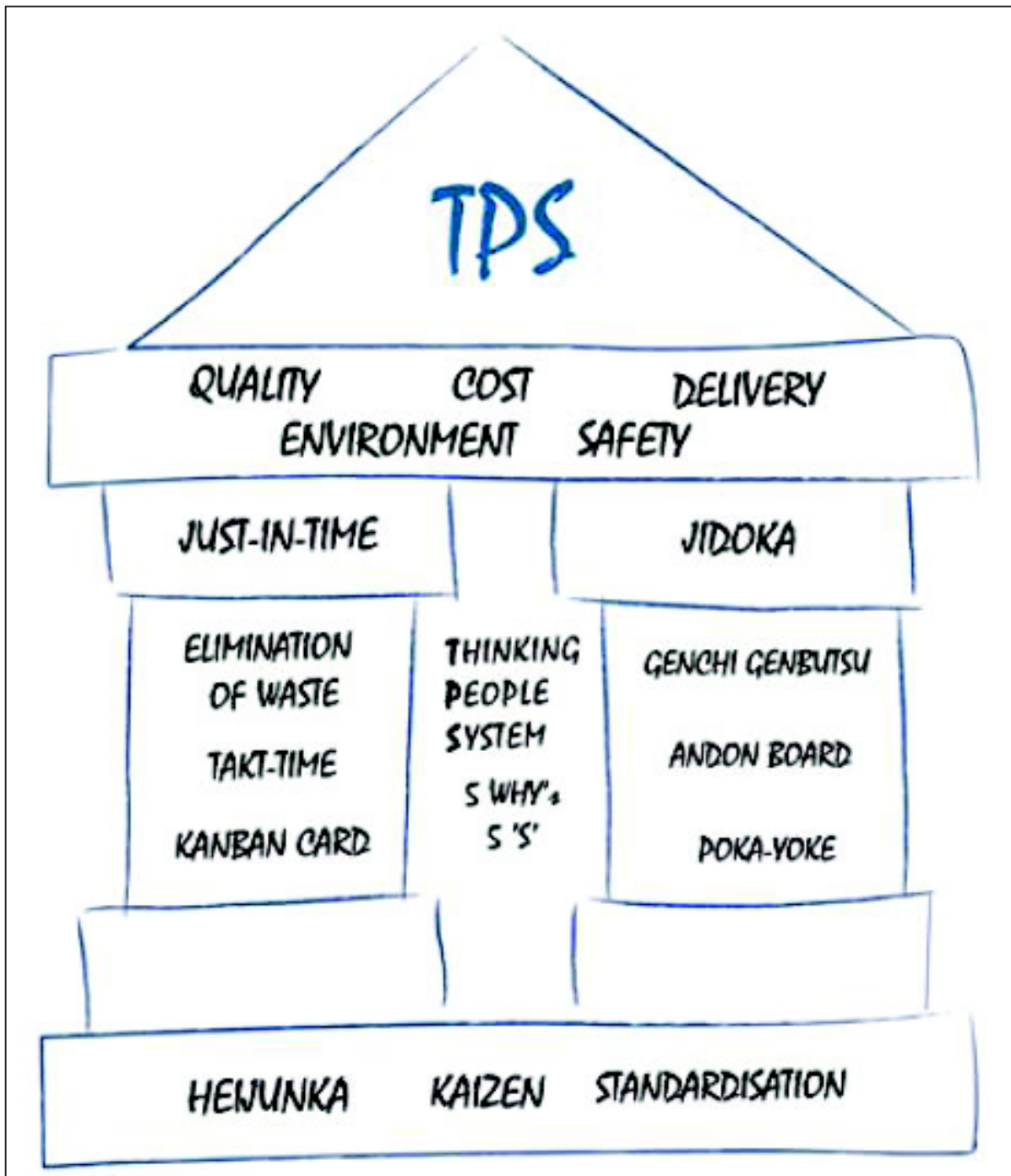
19. MEAH. Rapport intermédiaire de phase 1. Optimiser l'organisation des consultations externes dans les hôpitaux et cliniques. 2008.
20. Exemple d'accompagnement à l'optimisation de l'organisation d'une activité hospitalière : les consultations. Effisciences. 2010.
21. Parneix N. Optimiser l'organisation des consultations externes du centre hospitalier d'Orsay, pour en faire une vitrine de l'hôpital. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2009.
22. Schoebel N. L'optimisation des consultations externes : un levier de la performance du Centre Hospitalier des Quatre Villes. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2010
23. ZARDET V, FIER D, SAVALL H, PETIT R. Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. J Econ MEDICALE. 2011;29:277-93.
24. NOBRE T, MERDINGER-RUMPLER C. Pilotage des changements Architecturaux et changement organisationnel : Le cas du déménagement d'un service de consultation externe au sein d'un nouvel hôpital. J Econ MEDICALE. 2011;29(4):154-9.
25. ANAP, ARS Rhône-Alpes. Benchmarking des consultations externes 2011 en Rhône-Alpes. 2011.
26. Comité médical d'établissement des hôpitaux de Paris. Commission médical d'établissement - Compte Rendu de la séance du mardi 8 janvier 2008. 2008 janv.
27. Thomas A. L'amélioration de la facturation et du recouvrement : une nécessité à l'heure de la tarification à l'activité. Analyse comparée et propositions dans trois sites du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Est. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2011.
28. GEORGES-PICOT A. Les habits neufs du bureau des entrées. Financ Hosp. 1 janv 2015;(87):8-10.
29. WATTIAUX M-J, LAURET T, MACREZ A. Relations médecine de ville-hôpital. Une enquête du CHU Bichat - Claude-Bernard. Rev Hosp Fr. 06 2007;(516):66-9.
30. ISO. ISO & la santé. ISO; 2013.
31. ISO. Norme Internationale ISO 9000 - Systèmes de management de la qualité, principes essentiels et vocabulaire. AFNOR; 2014.
32. J.R Tony Arnold, Stephen N. Chapman, Lloyd M. Clive. Introduction to Materials Management. 7th Edition.
33. Berrah L. L'indicateur de performance - Concepts & application. Cépaduès Edition; 2002.

34. GALASSO F. Aide à la planification dans les chaînes logistiques en présence de demande flexible. Institut national polytechnique de Toulouse; 2007.
35. FLEISCHMANN B, MEYR H, WAGNER M. « Advanced Planning », dans Supply Chain Management and Advanced Planning. Springer-Verlag, Berlin (2000);
36. LAMOURI S, THOMAS A. La planification industrielle et ses limites. 4 oct 2005;
37. BEL (G.), BENSANA (E.), ROTA (K.), SAROCCHI (B.). « Strategic decision making in production planning with genetic algorithms ». Computer Integrated Manufacturing and Automation Technology (CIMAT'96).
38. SHAPIRO (J.). « Bottom-up versus top-down approaches to supply chain modelling », in « Quantitative Models for Supply Chain Management ». 1998;739-59.
39. ISO. Norme International ISO 9001 - Systèmes de management de la qualité. AFNOR; 2014.
40. Association Française de Gestion Industrielle. Evaluer pour évoluer, les indicateurs de performance au service du pilotage industriel. Ouvrage collectif; 1992.
41. Collectif. De la pierre à la cathédrale, les indicateurs de performance. Ministère de l'industrie; 2000.
42. Guennou P. Maitrise de la performance, les travaux de l'AFG. 2001;149-73.
43. Paul J, Laville JJ. Le modèle SCOR vecteur d'excellence de la supply chain. Supply Chain Magazine.
44. Kovalesky O. Réaliser l'approche processus.
45. Identifier les différents types de processus. Techniques de l'ingénieur;
46. Institut de recherche sur le secteur public, PricewaterhouseCoopers. Enjeux et perspectives de la notion de prestation de service public. 2008.
47. GRAMBI J. Excellence industrielle. Techniques de l'ingénieur; 2013.
48. Pillet M. Six Sigma : comment l'appliquer. Organisation. 2004.
49. Six Sigma DMAIC. Process Excellence - J&J;
50. Eiglier P, Langeard E. Servuction : Le marketing des services. 7ème édition. 2000.
51. Mills PK, Morris JH. Clients as « Partial » Employer of Service Organizations : Role development in Client Participation. Academy of Management Review; 1986.

52. Dujarier MA. Le travail du consommateur. De McDo à eBay : comment nous co-produisons ce que nous achetons. La Découverte; 2008.
53. Benoît-Moreau F, Bonnemaizon A, Cadenat S, Renaudin V. « Au boulot, cher client ! » Une approche interprétative de la participation ordinaire du consommateur. Congrès international de l'Association Française de Marketing; 2011.
54. Lovelock C, Young R. Look to consumers to increase productivity. Harv Bus Rev. 1979;57(3).
55. Hoyer WD, Chandy R, Dorotic M, Krafft M, Singh SS. Consumer cocreation in new product development. J Serv Res. 2010;13(3).
56. Cermak DSP, File KM. Customer participation in service specification and delivery. J Appl Bus Res. 1994;10(2).
57. Bitner MJ, Faranda WT, Hubbert AR, Zeithaml VA. Customer contributions and roles in service delivery. Int J Serv Ind Manag. 1997;8(3).
58. Toyota Production System and what it means for business. Toyota. 2010.
59. Le système de Production Toyota [Internet]. [cité 2 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.toyota.fr/world-of-toyota/about-toyota/toyota-production-system.json>
60. Womack J, Jones D. Système Lean : penser l'entreprise au plus juste. Pearson; 2009.
61. Ohno T. The Toyota production system : Beyond large-scale production. Productivity Press; 1988.
62. M. Goldratt E, Cox J. Le But : un processus de progrès permanent. AFNOR;
63. Théorie des Contraintes [Internet]. [cité 3 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.theoriesdescontraintes.fr/throughputaccoun/index.html>
64. Gramdi J. Excellence industrielle et théorie des contraintes. Techniques de l'ingénieur;
65. Quelles sont les activités de service à la personne et comment y recourir ? | Service-Public [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13244>
66. Bentalab S. Les « 5 Pourquoi ? », outil d'aide à la résolution de problème. Techniques de l'ingénieur;
67. Direction des projets. Amélioration du circuit médico-administratif du patient. 2015 Avril.
68. Grambi J. Lean Management et excellence industrielle. Techniques de l'ingénieur; 2012.

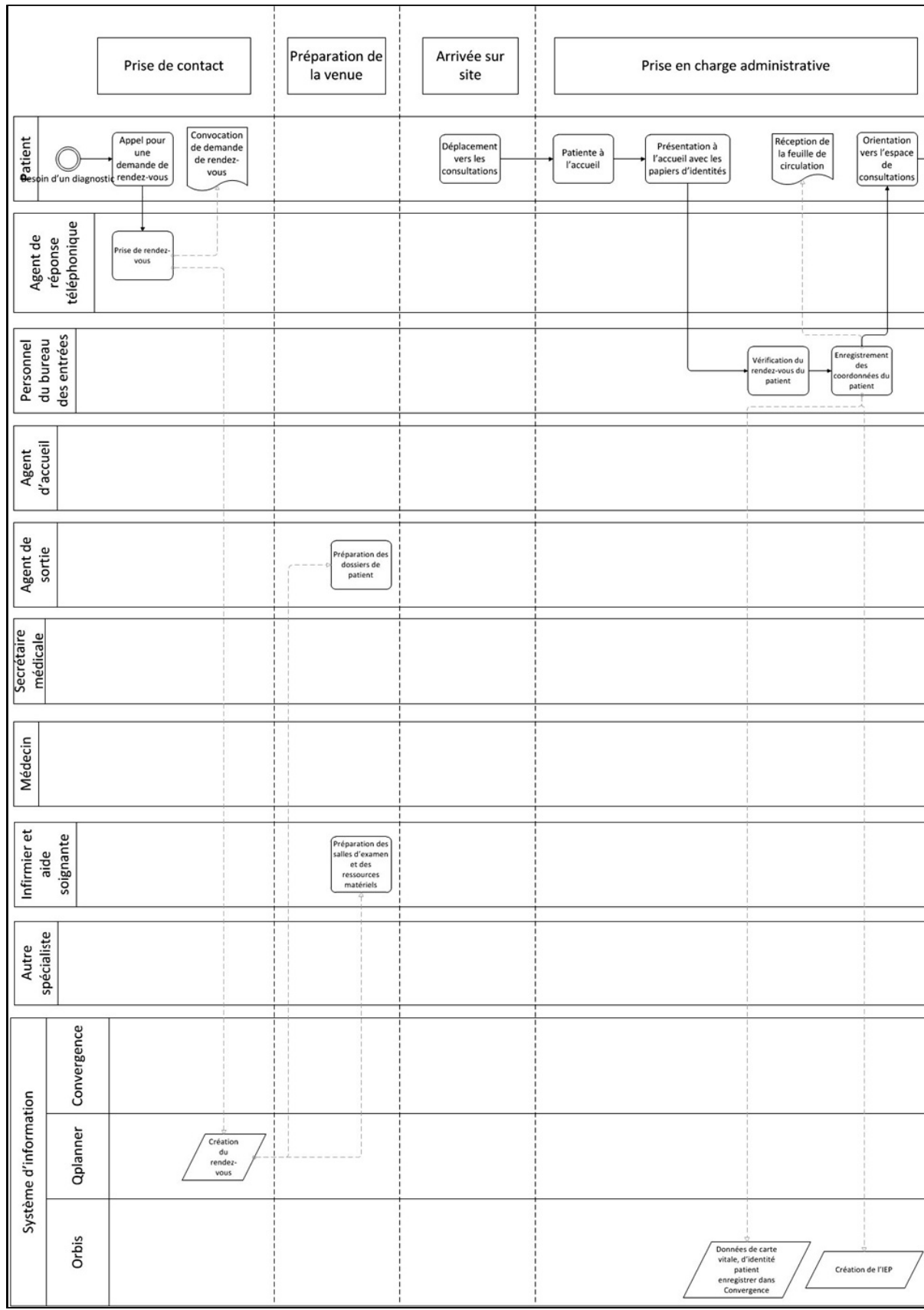
Annexes

Annexe 1 : Maison Toyota (58)



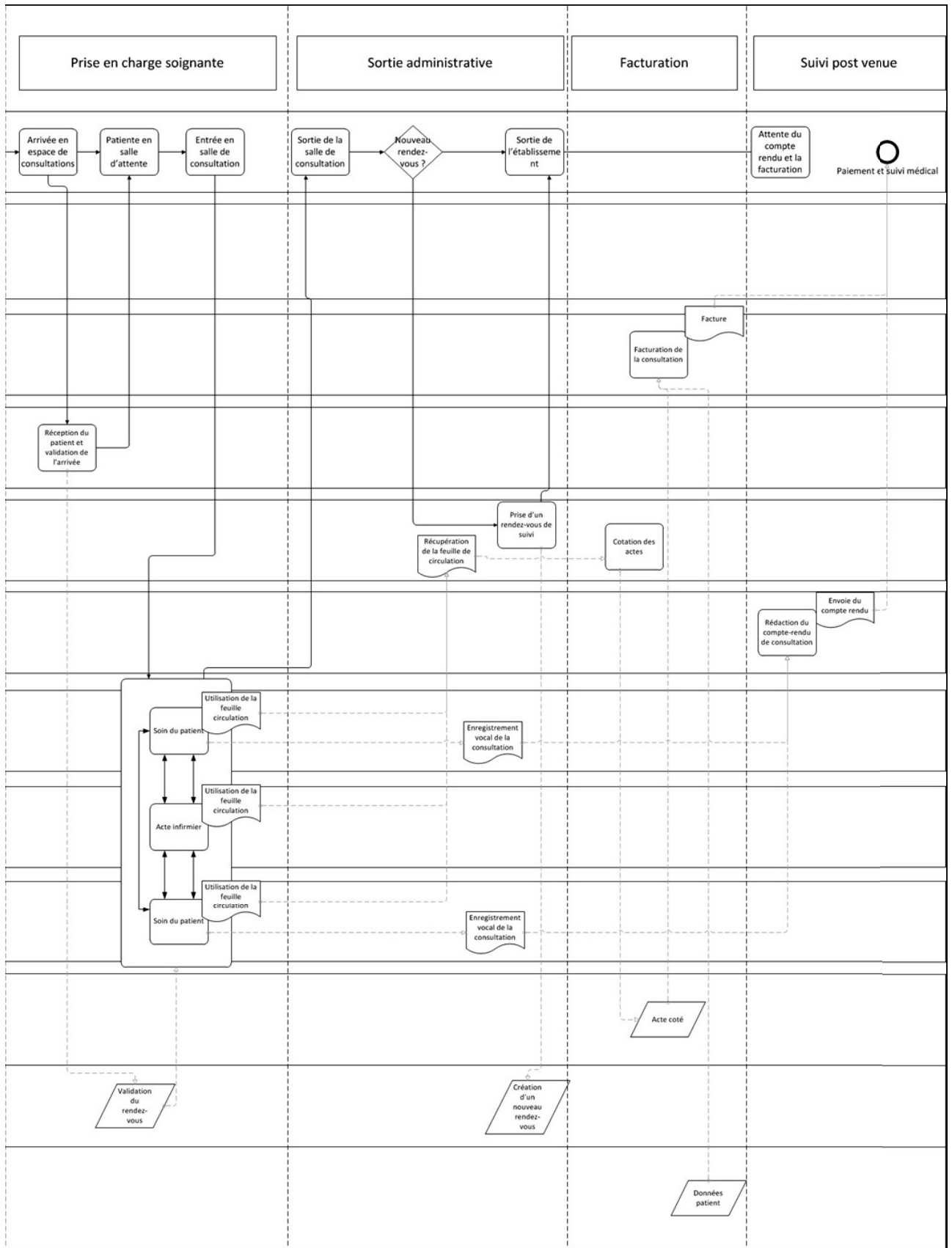
Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

Annexe 2 (1/2) : Processus détaillé des consultations au CHU de Toulouse



Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

Annexe 2 (2/2) : Processus détaillé des consultations au CHU de Toulouse



SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



BECK Charles

Pilotage d'un plateau de consultations externes en secteur hospitalier

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 128 p.

RESUME

En France, les consultations hospitalières représentent chaque année plus de 45 millions d'actes médicaux. Cette forte fréquentation fait des consultations une véritable « vitrine » de l'hôpital. Cependant la gestion de cette activité est fréquemment délaissée par les hôpitaux qui la considère comme secondaire face à l'hospitalisation ou à la chirurgie.

La gestion actuelle souvent incomplète du processus de consultations et l'évolution de la législation font émerger aujourd'hui de nombreuses problématiques. Ainsi, la tarification à l'activité, nouveau modèle de financement appliqué depuis 2004, exige de la part des hôpitaux une gestion plus précise de la facturation des actes. D'autre part, l'aspect « prestataire de service » de l'hôpital ne doit pas être oublié. Il rend nécessaire le suivi du niveau de satisfaction des patients par rapport au service de consultations. La complexité du processus de consultation, qui comprend un grand nombre d'acteurs différents, doit également être prise en considération.

Cette thèse propose des solutions à un ensemble de problématiques concernant la gestion des consultations externes en milieu hospitalier. Ces problématiques sont relevées dans les différentes études et rapports réalisés au cours des dernières années. Les solutions proposées sont basées sur des méthodologies et outils sélectionnés dans d'autres environnements, puis adaptées au milieu hospitalier.

MOTS CLES : Consultations externes – Pilotage – Management – Amélioration continue

JURY

Président : Mr VERITE Philippe, Professeur

Membres : Mr FAVENNEC Loïc, Professeur

Mr MARQUES Guillaume, Ingénieur

DATE DE SOUTENANCE : 18 mars 2016