

Gynécologie	Résistance
Échographie	au changement
Sénologie	Conduite
Réorganisation	de changement
Organisation	Démarche projet
Méthodologie	Belgique

Frédéric BONVOISIN, Isabelle LINKENS

Cellule de programmation et d'organisation

Anita CLÉMENS

Coordinatrice de la programmation et de la reconstruction

CHU Brugmann, Bruxelles

Gynécologie, échographie, sénologie

Réorganisation des activités ambulatoires dans le cadre d'une reconstruction

Le CHU Brugmann a profité de la reconstruction des consultations de gynécologie, d'échographie et de sénologie pour en revoir l'organisation. Deux grandes opportunités se sont présentées au cours du projet : mettre fin à la confusion des rôles et des fonctions au sein des équipes administratives et soignantes et rassembler les équipes des différents secteurs qui avaient toujours travaillé de manière indépendante. Les principaux résultats du projet montrent une meilleure utilisation des ressources humaines, laquelle se traduit par un recentrage de l'équipe soignante sur ses activités de prise en charge du patient mais également par une répartition des fonctions administratives mieux adaptée à l'organisation du service.

équipes soignantes. Pour les premières, l'absence de centralisation des accueils, des secrétariats et des prises de rendez-vous se traduisait par des flux nombreux et parfois incohérents, et donc des conditions de travail non optimales pour le personnel. Pour les deuxièmes, le fonctionnement en petites

Le CHU Brugmann est un hôpital multisite de 830 lits, dont le site Horta est en cours de reconstruction pour une grande partie de son infrastructure. Dans le cadre du réagencement des services médicaux, les activités ambulatoires de gynécologie, d'échographie et de sénologie ont été réorganisées. Il s'agissait pour ces activités, non seulement de déménager, mais aussi de revoir en profondeur leur mode d'organisation tant au niveau soignant qu'au niveau administratif (accueil des patients, prise de rendez-vous, paiement). Pour mener à bien ces objectifs, un groupe de mise en œuvre chargé de la programmation du projet et de l'accompagnement au changement a été constitué afin d'encadrer les acteurs de terrain et les responsables médicaux. Ce groupe associait l'unité de gestion dont dépend le service de gynécologie-obstétrique et la cellule de programmation et d'organisation.

État des lieux

Avant leur déménagement, les activités de gynécologie, d'échographie et de sénologie étaient déjà situées dans un même bâtiment mais travaillaient de manière indépendante, et ce principalement en raison de l'apparition historique des secteurs médicaux en tant qu'entités fonctionnelles distinctes. Outre la démultiplication documentaire liée à la décentralisation des dossiers et des archives, ce manque de cohésion présentait deux inconvénients majeurs :

- une confusion des rôles, des tâches et des fonctions entre le personnel administratif et le personnel soignant régnait au sein de chaque secteur. Certaines tâches étaient ainsi effectuées par un nombre excessif de personnes à des moments et des fréquences relativement inopportunes et le personnel soignant était accaparé de manière plus ou moins importante par des tâches administratives et logistiques ;
- à l'exception de la fonction de paiement, la séparation des secteurs était clairement effective, tant au niveau des équipes administratives qu'au niveau des

équipes séparées et monospécialisées posait des problèmes en cas d'absence d'une partie du personnel ainsi que pour la gestion des examens et des actes médicaux non programmés.

Opportunités

Affirmer que le déménagement d'un service médical représente une occasion unique pour envisager une nouvelle organisation ne constitue pas en soi une révélation très originale. Néanmoins, étant donné que plusieurs tentatives de réorganisation avaient été menées dans les années précédentes sans beaucoup de succès, il incombait au groupe de mise en œuvre de définir

des nouvelles opportunités avec les utilisateurs et, dans la mesure du possible, de faire en sorte que, cette fois, ils se les approprient.

La première opportunité a visé à sortir de la confusion des rôles existante et donc à opérer un recentrage de chaque catégorie professionnelle dans ses fonctions propres, *via* une révision des tâches et des procédures au sein des équipes administratives et soignantes.

En pratique, il a fallu redéfinir la prise en

charge de chaque tâche dans la perspective d'éviter les zones floues ou, au contraire, les ambivalences. Cette démarche devait notamment permettre de répondre au problème de la dispersion des infirmières sur un ensemble de tâches qui ne concernaient pas les soins et d'assurer ainsi une meilleure prise en charge du patient. Tout comme pour la fonction administrative, ce recentrage de la fonction infirmière avait pour objectif de recentrer le personnel soignant sur ses activités spécifiques afin de faciliter la gestion de l'équipe et d'en accroître la performance. Enfin, la volonté existait de développer de nouvelles activités grâce à la redistribution des ressources. Aux niveaux administratif et logistique, il s'agissait de rendre opérationnels une équipe dédiée à la gestion des dossiers médicaux ainsi qu'un économat centralisé pour l'ensemble des consultations et la maternité. Au niveau des soins, il était convenu de tout mettre en œuvre pour répondre aux besoins exprimés par les médecins d'organiser des consultations de médecine fœtale et de créer un centre de diagnostic anténatal permettant de coordonner une approche transversale de la prise en charge des grossesses à hauts risques.

La deuxième opportunité de réorganisation a consisté à rendre effective la centralisation des équipes administratives des différents secteurs, à savoir le secré-

tariat, ainsi que l'accueil, le paiement et la prise de rendez-vous. Il est important de mentionner que l'aspect architectural de cette centralisation était imposé au groupe de mise en œuvre, dans la mesure où la conception de ce rassemblement physique (secrétariat unique, *desk* centralisé pour l'accueil, le paiement et la prise de rendez-vous, local dédié à la gestion des archives médicales) avait été finalisée lors de la programmation générale du bâtiment de la maternité, c'est-à-dire bien avant le début de notre mission. La partie du travail qu'il restait à réaliser était donc de permettre aux équipes d'intégrer leurs différents modes d'organisation en une seule structure la plus idéale.

En pratique, l'objectif était, pour l'équipe administrative comme pour l'équipe soignante, d'élargir le panel de compétences des membres du personnel et d'accroître leur polyvalence dans la perspective de faciliter les remplacements en cas d'absence et d'améliorer l'adéquation des besoins en ressources humaines à l'activité réelle. En parallèle, il s'agissait également de créer une nouvelle culture de service suite au regroupement des différents secteurs d'activité.

Difficultés

La principale difficulté a été la réaction classique qui apparaît lors de tout projet de réorganisation : la résistance au changement de la part des équipes concernées. De manière générale, une personne se sent en confiance au sein d'une organisation et d'un environnement stable. Modifier ces éléments engendre chez la majorité des individus une perte de repères qui les rendent, sinon hostiles au projet, en tout cas peu participatifs à l'opération de changement, et ce d'autant plus que cette dernière est complexe (impacts stratégiques, sociaux, de gestion), d'envergure (vaste, impliquant de nombreux acteurs ayant des intérêts différents) et intense. A. Bernadou ⁽¹⁾ va jusqu'à affirmer qu'il existe chez l'individu un système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres dont le but est identique à celui d'un système immunitaire, à savoir garder l'intégrité psychique du soi. Toucher à ce système, c'est courir le risque d'une dépersonnalisation, d'une perte d'identité. En clair, c'est la résistance au changement qui est naturelle et non l'inverse. Et les acteurs du CHU Brugmann ne faisant pas exception à la règle, leur adhésion au projet de réorganisation n'aura pas été facilement acquise – et elle ne l'est d'ailleurs toujours pas pour certains! – d'autant que des éléments liés aux personnes sont venus encore compliquer la tâche. En effet, il y avait, surtout au sein des équipes

Il incombait au groupe de mise en œuvre de définir des nouvelles opportunités avec les utilisateurs et de faire en sorte que, cette fois, ils se les approprient.

note

(1) A. Bernadou, « Pédagogie du changement », Revue hospitalière de France, n° 6, 1999, pp. 59-61.

soignantes et médicales, des situations larvées de mésententes et d'incompatibilités d'humeur qui, associées au fait qu'une grande partie de ces personnes occupaient leur poste depuis de nombreuses années, laissaient *a priori* une marge de manœuvre très étroite pour la gestion d'un quelconque changement sur le plan des relations humaines.

Une autre difficulté a été le fait que le groupe de mise en œuvre a pris part au projet alors que la programmation architecturale était figée depuis plusieurs années et que la réorganisation proposée devait s'accommoder de cette situation. Ainsi, par exemple, un *desk* séparé avait été conçu pour le secteur obstétrical, ce qui n'a notamment pas permis de rassembler les équipes d'accueil, de paiement et de prise de rendez-vous de tout le service de gynécologie/obstétrique, ce qui aurait peut-être permis d'obtenir de meilleurs résultats en termes de gestion d'équipe.

En revanche, le groupe de mise en œuvre a pris les dispositions nécessaires pour ne pas se créer de contraintes insurmontables au niveau du temps de réalisation du projet puisqu'il a entamé la réflexion en janvier 2003 avec la perspective d'un déménagement effectif en novembre 2003. Enfin, en termes d'encadrement, le projet a également pu bénéficier d'un petit ballon d'oxygène du fait que le comité de direction a accepté l'engagement, justifié par nos soins, de quelques personnes, notamment dans le cadre de la réorganisation de la gestion des dossiers médicaux.

Méthodologie

La méthodologie générale adoptée pour mener le projet est basée sur une démarche organisée en trois étapes, communément appelée « règle des trois C » : cadrer/ conduire/conclure ⁽²⁾.

La première étape (cadrer) se décompose en deux phases, à savoir l'initialisation du projet, c'est-à-dire l'étude de l'opportunité suivie de la décision ou non de mise en œuvre, et le lancement du projet, c'est-à-dire l'organisation du dispositif nécessaire (ressources, planning, budget) en fonction des objectifs définis. Dans le cas qui nous préoccupe, c'est le comité de direction qui a pris la décision de constituer et de mandater le groupe de mise en œuvre pour assurer la bonne exécution du projet.

La deuxième étape (conduire) comprend trois phases : la conception, la réalisation et la mise en place.

La conception est l'approfondissement de l'étude d'opportunité au travers de l'analyse de l'existant et de la spécification de la situation cible ; la réalisation est la

préparation de la conduite du changement et le développement des solutions ; la mise en place, c'est l'accompagnement des équipes. Pour toute cette étape, le groupe de mise en œuvre s'est entouré des compétences des utilisateurs à deux niveaux. Tout d'abord, un comité de pilotage, composé des médecins chefs de service et de clinique, a été créé afin de valider les grandes orientations de la réorganisation. Ensuite, pour l'application pratique de ces dernières, nous avons mis sur pied trois groupes de travail :

- accueil, paiements, prise de rendez-vous ;
- secrétariats et archives ;
- équipe soignante.

Au sein de chaque groupe de travail, deux personnes de référence ont été désignées, dont la connaissance du terrain, la reconnaissance par leurs pairs et la capacité à avoir une vision novatrice de l'organisation du secteur étaient établies. Afin de rencontrer au mieux les attentes du corps médical, les trois groupes ont périodiquement présenté l'état d'avancement de leurs travaux au comité de pilotage.

La troisième étape (conclure) consiste en la réalisation du bilan, la dissolution de l'équipe de mise en œuvre et la remise du projet aux utilisateurs. Celle-ci a eu lieu lors de l'ultime réunion du comité de pilotage, quelques mois après le déménagement du service. En outre, en complément de la méthodologie des trois C, nous avons prévu de procéder à une double phase d'évaluation : une première à mener rapidement après le déménagement (une à deux semaines) afin de déterminer les éventuels points déficients dans l'organisation et d'y apporter les actions correctrices adéquates ; une deuxième à plus long terme (après quatre mois de fonctionnement) dans la perspective d'évaluer objectivement les concepts généraux de la nouvelle organisation afin de les valider ou d'en envisager des adaptations.

Dans la méthodologie suivie, le cas spécifique de l'accompagnement du changement (composante de l'étape « conduire ») a fait l'objet d'une attention toute particulière, dès lors qu'il s'agissait de la principale difficulté soulevée au sein des équipes participant au projet et qu'elle constituait une source potentielle d'échec ou de déviation par rapport aux objectifs poursuivis. La création du comité de pilotage et des groupes de travail visait essentiellement à assurer la base de la gestion du changement, c'est-à-dire une bonne communication des objectifs et de la finalité du projet. C'est par ce travail continu que le groupe

La création du comité de pilotage et des groupes de travail visait essentiellement à assurer la base de la gestion du changement, c'est-à-dire une bonne communication des objectifs et de la finalité du projet.

note

(2) H.-P. Maders, Conduire un projet d'organisation. Guide méthodologique, Editions d'Organisation, Paris, 2002.

Il s'est tout d'abord avéré indispensable de traiter de façon objective le constat de la confusion des rôles, des tâches et des fonctions.

de mise en œuvre a veillé à obtenir l'adhésion des utilisateurs en leur faisant comprendre que les décisions prises n'étaient pas arbitraires et unilatérales, mais la résultante d'une vision concertée entre la réalité du terrain et la stratégie de l'institution tenant compte des valeurs défendues par chacun. Cet équilibre délicat est généralement à nouveau fort malmené au cours du stade de la mise en place des décisions réfléchies précédemment, car c'est à ce moment que tout ce qui n'était jusqu'alors que de vagues desseins commence à se concrétiser dans le nouvel environnement et à rendre le changement effectif. À ce stade, le groupe de mise en œuvre a dû développer des qualités de motivation et de persuasion, et être constamment sur le terrain. Il était en effet primordial que les utilisateurs se sentent soutenus dans leur confrontation aux difficultés rencontrées lors de leur passage au nouveau mode de fonctionnement.

Outils

Il s'est tout d'abord avéré indispensable de traiter de façon objective le constat de la confusion des rôles, des tâches et des fonctions. Pour ce faire, les équipes administratives et soignantes ont été conviées à répondre à un questionnaire principalement inspiré du projet de recherche en nursing (PRN), une méthode analytique canadienne permettant de mesurer les différentes composantes de la charge de travail (soins directs auprès du patient ou en dehors de sa présence, soins indirects : gestion du service, activités pédagogiques, tâches hôtelières et administratives), et ce dans le but de déterminer l'effectif nécessaire pour assurer les soins requis. Le questionnaire utilisé avait été préalablement développé au CHU Brugmann par A. Clémens et I. Linkens ⁽³⁾ dans le cadre d'un projet de gestion de la plainte du personnel infirmier.

Adapté pour les besoins de notre projet afin de tenir compte des spécificités des équipes administratives, le questionnaire reprenait l'ensemble des activités réalisées par les utilisateurs, parmi lesquelles celles qu'ils prenaient en charge et la fréquence à laquelle cela se produisait (de « quotidiennement » à « exceptionnelle-ment »). Les réponses apportées ont permis une lecture matricielle du service censée objectiver la confusion des rôles, des tâches et des fonctions. Pour chaque tâche, il était désormais possible de valider le nombre d'interlocuteurs qui s'en occupait et, pour chaque personne, de constater si elle exerçait une

tâche liée ou non à sa catégorie professionnelle. En pratique, ce sont vingt-six personnes qui ont répondu à un questionnaire détaillant deux cent sept tâches différentes, réparties en seize grandes catégories d'activité (dont actes techniques, prélèvements, tâches administratives, brancardage, organisation du travail, relations avec le patient, téléphone...).

Par ailleurs, deux autres types d'outils ⁽⁴⁾ ont été utilisés tout au long de notre démarche de projet :

- des outils de pilotage ont permis de prévoir, de constater, de corriger et donc de maîtriser les éléments par une réelle mise sous contrôle du projet. Parmi ceux-ci, nous avons établi un tableau de bord de projet (instrument de pilotage et outil d'animation du projet), des fiches d'expression des besoins (outils de formalisation explicite des besoins exprimés par les utilisateurs afin de les valider et de les transformer en projet) et un plan de communication (ensemble cohérent d'actions et de supports de communication permettant au projet d'atteindre ses objectifs de changement) ;
- des outils techniques ont accompagné les méthodes spécifiques qui sont venues se greffer à la démarche générale de conduite du projet (méthode d'optimisation et *business process reengineering*). Il s'agissait principalement de fiches de définition de fonction (présentation des caractéristiques d'un poste de travail), de tableaux de quantification des activités et de matrices de polyvalence (analyse pertinente de l'allocation des ressources en personnel d'une structure par rapport à ses activités), d'ordinogrammes (représentations simplifiées des processus complexes centrées sur les différentes alternatives possibles) et de tableaux des charges et des ressources (anticipation de la charge de travail afin d'organiser le service en conséquence).

Résultats

La confusion des rôles, des tâches et des fonctions suspectée dans l'organisation précédant le déménagement a été clairement confirmée au travers des réponses du personnel *via* le questionnaire : presque tout le monde s'occupait de presque tout, à l'exception du personnel non soignant qui n'administrerait pas de soins aux patients. À titre d'exemple, il a été révélé que tous les membres du personnel s'occupaient quotidiennement, de manière plus ou moins intensive, de la gestion des rendez-vous et des dossiers médicaux ; autre réalité, l'équipe soignante était quotidiennement accaparée par des tâches liées à l'organisation du travail non infirmier, à l'administration et à la logistique.

notes

- (3) I. Linkens,
« Une révolution en gestion des ressources humaines en milieu hospitalier : le projet Px », mémoire d'ingénieur de gestion, université Mons-Hainaut, 2002.
(4) H.-P. Maders, op. cit.

En tout état de cause, cette analyse aura permis d'apporter de manière objective quatre modifications majeures à l'organisation du service :

- la création d'une équipe dédiée à la gestion des dossiers médicaux et des archives, destinée à reprendre la tâche qui est apparue comme la plus disséminée et la plus perturbatrice pour le personnel. La constitution de cette équipe a été combinée avec la centralisation géographique des archives des trois secteurs, le recours à des outils informatiques permettant de savoir à tout moment où se trouve un dossier, de lier la préparation des dossiers médicaux aux rendez-vous pris en consultations, la désignation d'un responsable d'équipe et la formalisation de procédures communes d'acheminement des dossiers ;
- la mise en place d'un économat centralisé, chargé d'assurer l'approvisionnement en matériel pour l'ensemble des consultations et la maternité. L'apport de ces deux premières modifications a notamment eu un impact prépondérant auprès du personnel soignant et du personnel d'accueil qui, libérés de ces tâches, ont pu se recentrer sur leur fonction originelle ;
- la conception d'une fonction spécifique à la prise en charge téléphonique du rendez-vous du patient. L'idée n'était pas de créer une équipe qui s'occupe exclusivement de cette tâche mais bien d'offrir au personnel administratif, pour le temps qu'il assumait cette prise en charge, un environnement adéquat, à savoir un relatif isolement par rapport à l'animation qui règne au sein des consultations ainsi que l'établissement de procédures de prises de rendez-vous lui permettant de répondre aux demandes autres que celles du secteur dont il était originaire ;
- le recentrage de l'équipe soignante sur ses activités de prise en charge du patient. Dispensée de la gestion des rendez-vous et des dossiers médicaux, celle-ci a beaucoup gagné dans cette opération, tant en qualité de travail qu'en offre de services. Par le biais des fiches de définition de fonction, le groupe de travail « équipe soignante » est arrivé à déterminer, en collaboration avec les médecins, les actes médicaux nécessitant une assistance infirmière spécifique. Le dégageant des tâches administratives et logistiques a permis de constituer sans ressources supplémentaires les équipes nécessaires pour assurer les soins infirmiers (y compris le développement des consultations de médecine fœtale et du centre de diagnostic anténatal), de même qu'une permanence pour les actes non programmables. Enfin, des entretiens de fonc-

tionnement et d'orientation ont permis de désigner une personne de référence par secteur d'activité et de mettre en place une organisation préconisant la polyvalence du personnel par secteur.

En ce qui concerne la centralisation des équipes, le degré de réorganisation n'a pas été uniforme parmi toutes les fonctions. Le cas le plus simple a été le secrétariat, dont la réorganisation a davantage visé le rassemblement géographique d'équipes séparées plutôt qu'un changement fondamental dans le mode de fonctionnement, si ce n'est la désignation d'une coordinatrice au sein de l'équipe, avec pour double but :

- de créer un relais entre les secrétaires et les autres partenaires (médicaux, soignants et administratifs) pour simplifier les canaux de transmission de l'information et de gestion des problèmes ;
- de veiller à ce qu'aucune discipline n'accuse de retard trop important dans la frappe des rapports, ce qui suppose une répartition équitable de la charge de travail en cas d'absence d'un membre de l'équipe.

La centralisation des activités d'accueil, de paiement et de prise de rendez-vous aura, quant à elle, nécessité une réorganisation plus complexe, dans la mesure

où leur rassemblement géographique engendrait une modification importante des flux de personnes et un changement dans la prise en charge des appels téléphoniques. Dans les deux cas, les tableaux de répartition et de quantification des activités établis au départ des flux constatés dans l'ancien environnement ont permis d'avoir une idée des besoins en personnel pour répondre à l'accueil des patients dans la structure centralisée.

En pratique, nous avons relevé les rendez-vous de la plus grosse semaine d'activité de l'année 2002 pour chaque secteur et nous les avons agrégés. Un temps de prise en charge du patient y a été affecté, tant pour les entrants (accueil) que pour les sortants (paiement), ce qui nous a permis d'évaluer les ressources humaines nécessaires à la prise en charge des patients. Par ailleurs, la téléphonie centrale nous a transmis, sur une période d'un mois, le détail des appels vers les postes de prise de rendez-vous. Ces appels ont été cumulés afin d'évaluer la charge de travail liée à une activité au moins aussi importante au sein d'un environnement d'accueil téléphonique centralisé. Les tableaux des charges et des ressources attachés à ces analyses ayant démontré que le personnel prévu était suffisant pour assurer la charge de travail théorique, il restait deux opérations à mettre en œuvre :

Sur le plan qualitatif, l'amélioration est essentiellement provenue de l'accroissement de la polyvalence du personnel, en termes de fonction et de secteur.

- améliorer l'adéquation des ressources humaines à l'activité réelle afin d'éviter les situations passées où le personnel, soit était en surnombre pendant des périodes de faible activité, soit était absent pendant certaines plages malgré tout fréquentées par la patientèle (heures de midi, consultations tardives...);
- décliner pratiquement cette charge de travail, c'est-à-dire rendre effective une grille horaire pour le personnel, sur base des définitions de fonction et des matrices de polyvalence. Pour ce faire, des entretiens individuels et plusieurs réunions de groupe avec l'ensemble des membres de l'équipe ont été organisés afin de déterminer une situation qui convienne au plus grand nombre, tout en respectant les impératifs de service.

Sur le plan qualitatif, l'amélioration apportée est essentiellement provenue de l'accroissement de la polyvalence du personnel, en termes de fonction

(presque tout le personnel est devenu apte à travailler à l'accueil, au paiement et à la prise de rendez-vous) et de secteur (les personnes en provenance de la gynécologie, de l'échographie et de la sénologie ont été formées aux particularités des deux autres secteurs, et inversement). Ces efforts fournis par le personnel ont permis d'obtenir des résultats très positifs. D'une part, la fonction d'accueil et de paiement a été

en mesure d'absorber sans trop de difficultés des flux croissants de patients (770 par semaine en janvier 2004 contre 686 par semaine en octobre 2002). D'autre part, la fonction de prise de rendez-vous a fortement augmenté son taux de service, c'est-à-dire le nombre d'appels traités par rapport au nombre total d'appels (71 % en décembre 2003 contre 49 % en décembre 2002). En outre, la flexibilité apportée par la centralisation et la nouvelle culture d'équipe permettent désormais au personnel de passer aisément d'une fonction à l'autre en cas de surcharge de travail.

Enfin, comme nous l'avions prévu dans la méthodologie du projet, deux évaluations ont eu lieu.

La première a été opérée une semaine après le déménagement et a apporté quelques corrections techniques à l'organisation du *desk* d'accueil, à savoir la mise en place d'une seconde caisse pour absorber les flux de patients sortants, une formation accrue à l'application informatique de l'échographie, dont la méconnaissance par certaines personnes impliquait un ralentissement au niveau de l'accueil des patients, et une présence accrue de l'adminis-

tratrice de l'unité de gestion pour aider à la prise de décision du passage d'une fonction à une autre en cas de surcharge.

La deuxième évaluation s'est déroulée quatre mois après le déménagement et a visé essentiellement deux points :

- la redéfinition des modalités de prise de rendez-vous en urgence, point qui n'avait jamais été discuté en réunion de comité de pilotage ;
- la justification d'une demande de personnel administratif supplémentaire étant donné que l'augmentation d'activité dépassait de loin ce qui était attendu.

Et le patient ?

Nous l'avons dit, le service à la patientèle nous apparaissait comme potentiellement améliorable. Tout d'abord parce que la démultiplication des points d'accueil se traduisait par une incohérence de flux et par une absence de culture commune au sein du service. Ensuite parce qu'il n'était pas rare que le patient se retrouve face à un guichet fermé ou sans interlocuteur au bout du fil en raison de l'encadrement insuffisant des équipes, prises isolément, pour assurer un service continu durant toutes les heures d'ouverture des consultations. Enfin parce que le personnel soignant, accaparé par des tâches administratives et logistiques, ne consacrait sans doute pas tout le temps et l'attention nécessaires aux patients, en particulier précarisés, ce qui était inacceptable pour un hôpital public.

La réorganisation a permis de répondre à toutes ces attentes. La centralisation des accueils a restauré la cohérence du trajet du patient au sein des consultations. Le rassemblement des équipes des différents secteurs offre dorénavant une présence continue du personnel (au *desk* d'accueil comme à la zone de prise de rendez-vous), même pour les consultations tardives qui se déroulent deux fois par semaine. Le recentrage du personnel soignant sur ses activités propres a engendré une prise en charge du patient plus efficace et plus personnalisée tout au long de son épisode de soins. Le déménagement proprement dit a également été l'occasion de soigner l'image de marque du service vis-à-vis de sa patientèle puisque l'annonce a été faite par un courrier envoyé à tous les patients venus au cours des deux dernières années, soit quelque deux mille personnes. En tout état de cause, ce n'est certainement pas la fréquentation des consultations qui viendra démentir le succès de l'opération : l'augmentation d'activité a été de 7 % sur les six mois qui ont suivi le déménagement. •

Le rassemblement des équipes des différents secteurs offre dorénavant une présence continue du personnel, même pour les consultations tardives...