

Lison CHIAMPI



UFRS 3S - Université de Lille
Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

Master Management Sectoriel
Parcours Management des Établissements de Santé
Année universitaire : 2024/2025

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

*« En quoi la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer l'efficacité
et la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences
hospitaliers ? »*

Sous la direction de Madame Valentine BAERT

Composition des membres du jury :

Président : Monsieur Sébastien GOSSELIN

Directeur de mémoire: Madame Valentine BAERT

Membre professionnel : Monsieur Hugo MAES

Date de soutenance :

Le mardi 8 juillet

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 Loos

Ce ne sont pas les espèces les plus fortes qui survivent, ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux au changement.

Charles DARWIN

REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je tiens à remercier profondément toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire et m'ont soutenue tout au long de cette belle (et parfois éprouvante) aventure.

Je remercie tout particulièrement Madame BAERT, ma directrice de mémoire. Au-delà de son accompagnement rigoureux et de ses conseils éclairés qui ont largement contribué à la qualité de ce travail, je tiens à souligner la dimension profondément humaine de son soutien. Elle a su être présente bien au-delà du cadre académique, notamment lors de moments personnels difficiles l'année précédente. Sa bienveillance, son écoute et sa disponibilité font d'elle une personne précieuse, que je n'oublierai pas.

Mes sincères remerciements également à Monsieur MAES, membre de mon jury, qui m'a soutenue dès les premières étapes de ce mémoire. Son implication, ses remarques constructives et son regard professionnel ont été d'une grande aide tout au long du processus.

Mes remerciements vont aussi à Monsieur AZHIR, qui m'a accompagnée avec recul mais toujours avec attention. Au fil du temps, il est devenu plus qu'un encadrant ou un collègue : un véritable ami. Merci pour tes conseils, ton soutien, ton humour et ta sincérité.

Je n'oublie pas les professionnels de santé qui ont généreusement accepté de participer à ce mémoire. Merci pour le temps que vous m'avez consacré, pour la richesse de vos témoignages et pour avoir rendu ce travail possible.

Je pense aussi à mes amies, qui ont partagé mes joies, mes doutes, mes nuits blanches et mes éclats de rire. Merci pour votre soutien, vos mots doux, votre écoute et votre présence inestimable.

Enfin, un merci du fond du cœur à ma famille, pour tout. Pour votre amour, votre patience, vos encouragements, votre soutien indéfectible et votre confiance en moi. C'est grâce à vous que j'en suis arrivée là aujourd'hui.

À toutes et à tous, merci infiniment.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	4
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : URGENCES ET GESTION DE PROJET.....	9
I. L'évolution historique et les enjeux contemporains des urgences hospitalières	9
A. Genèse des urgences hospitalières : des hospices à la médecine d'urgence	9
B. Organisation actuelle du système d'urgences	11
C. Dynamiques d'engorgement et enjeux de parcours	13
D. Les crises comme révélateur d'opportunités de transformation	15
E. Les urgences hospitalières aujourd'hui	17
II. La gestion de projet : principes, outils et intérêt potentiel pour le secteur hospitalier	19
A. Définir la gestion de projet : une approche structurante au service de l'action	19
B. Les grands référentiels et outils	20
C. La gestion de projet dans les contextes complexes ou contraints.....	22
D. Vers une culture projet : freins, leviers et dynamiques organisationnelles	23
III. Objectif de l'étude.....	25
PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	26
I. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE	26
II. PRESENTATION DU TERRAIN ET DU CONTEXTE PROFESSIONNEL.....	27
III. ENQUETE QUANTITATIVE	28
IV. Entretiens semi-directif	29
V. Méthodes d'analyse des données recueillies.....	31
VI. Considérations éthiques et limites de la recherche	32
PARTIE 3 : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE	34
I. Une perception inégale et parfois floue de la gestion de projet (H1).....	34
II. Une dynamique d'amélioration freinée par un déficit de structuration et de coordination (H2)	35
III. Une gestion de projet perçue comme un levier d'amélioration lorsqu'elle est accompagnée (H3)	37
DISCUSSION	40
I. Réponse à la problématique	40
II. Obstacles persistants à l'efficacité des parcours patients	42

A.	Culture organisationnelle et résistance aux changements.....	42
B.	Des dynamiques d’inertie à ne pas sous-estimer	43
C.	Freins humains et syndromes d’épuisement	44
III.	Des dynamiques collectives en émergence.....	45
IV.	Vers une acculturation à la démarche projet en santé	47
VII.	Limites de l’étude.....	49
CONCLUSION GÉNÉRALE		51
BIBLIOGRAPHIE.....		53
SOMMAIRE		56
LISTE DES ABREVIATIONS		58
ANNEXES.....		59

LISTE DES ABREVIATIONS

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi)

ISO : International Organization for Standardization

PMBOK : Project Management Body of Knowledge

PRINCE2 : Projects IN Controlled Environments (méthode de gestion de projet)

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAMI : Service d'Accueil Médical Initial

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

Un patient sur deux se présente aux urgences sans avoir été orienté. Ils arrivent, parfois seuls, souvent inquiets, dans un service qui ne ferme jamais. De l'autre côté des portes automatiques, la tension est palpable : files d'attente interminables, équipes épuisées, délais de prise en charge qui s'allongent. Le service des urgences est devenu, bien malgré lui, le miroir grossissant des tensions hospitalières.

Depuis plus de vingt ans, rapports, audits et commissions tirent la sonnette d'alarme. La désorganisation des parcours patients n'est plus un constat marginal : elle est devenue un symptôme structurel. Pourtant, dans cet environnement sous contrainte, des initiatives émergent, portées par les professionnels eux-mêmes. On parle d'« innovations silencieuses », de « bricolage organisé » autant de tentatives locales pour améliorer les choses. Mais ces efforts peinent parfois à trouver leur cadre, leur méthode, leur langage commun. C'est ici que la gestion de projet peut apporter une réponse.

D'abord conçue pour l'industrie, la gestion de projet s'impose progressivement dans le secteur hospitalier comme un levier de structuration. Elle permet de planifier, de coordonner, d'évaluer. Mais peut-elle réellement s'adapter à l'univers si spécifique des urgences ? À leur rythme imprévisible, à leurs réalités humaines et matérielles ? Et surtout, les professionnels sont-ils prêts à en faire un outil de transformation ?

Ce mémoire propose d'explorer cette question à travers la problématique suivante :

En quoi la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer l'efficacité et la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences hospitaliers ?

Pour y répondre, une méthodologie mixte a été adoptée : un questionnaire diffusé auprès de 79 professionnels hospitaliers, complété par plusieurs entretiens qualitatifs menés auprès d'acteurs impliqués dans des démarches de transformation. L'objectif : croiser les regards, confronter les ressentis, et mettre en lumière les leviers d'une meilleure organisation.

La pertinence de ce sujet tient à son ancrage dans le réel : celui d'un hôpital en tension, mais encore capable d'innovation. En tant qu'alternante en direction hospitalière, j'observe chaque jour les efforts pour fluidifier les parcours, améliorer les conditions de travail, ou simplement faire tenir le système. Ce mémoire est aussi un engagement personnel : celui de comprendre ce qui fonctionne, ce qui bloque, et ce qui pourrait être amélioré.

Ce travail s'articule en trois grandes parties. La première revient sur l'évolution du service des urgences et les apports théoriques de la gestion de projet. La deuxième détaille la méthodologie adoptée. Enfin, la troisième partie propose une analyse croisée des résultats quantitatifs et qualitatifs, afin de dégager des pistes concrètes pour renforcer la culture projet dans les services d'urgences.

PARTIE 1 : URGENCES ET GESTION DE PROJET

I. L'évolution historique et les enjeux contemporains des urgences hospitalières

A. Genèse des urgences hospitalières : des hospices à la médecine d'urgence

1. Des Hôtels-Dieu à la médicalisation des soins : fondations historiques

Les services d'urgences hospitaliers ne sont pas nés d'un projet médical clairement formulé dès l'origine, mais bien d'une évolution progressive des missions hospitalières. Dès le Moyen Âge, les Hôtels-Dieu, comme celui de Paris fondé au VII^e siècle (1), accueillait les démunis, les malades, les blessés ou les mourants dans une logique de charité chrétienne. Ces institutions, dirigées par des ordres religieux, avaient pour mission d'apporter un secours moral et spirituel, bien plus que des soins au sens thérapeutique. L'hôpital était alors un lieu de refuge, de consolation, et souvent un accompagnement vers la fin de vie.

À cette époque, la médecine était encore peu développée, et l'hôpital n'était pas conçu comme un lieu de guérison. Comme l'a analysé Michel Foucault dans *Naissance de la clinique* (1963) (2), l'hôpital médiéval servait avant tout à isoler les corps souffrants, dans un cadre où le savoir médical restait marginal. Ce n'est qu'à partir du XVIII^e siècle, dans le contexte des Lumières, que l'hôpital commence à devenir un espace d'observation médicale, amorçant ainsi sa transformation vers un lieu de savoir (2).

Le XIX^e siècle marque un tournant décisif avec les avancées majeures dans le domaine de la santé publique. Les travaux de Louis Pasteur sur les germes, l'introduction de l'anesthésie vers 1846 (3), ou encore la mise en place de protocoles chirurgicaux aseptiques à l'initiative de Joseph Lister participent (4) à cette transformation de l'hôpital en véritable lieu de soin scientifique. À partir de cette époque, l'hôpital n'est plus seulement un espace d'accueil, mais devient un lieu d'intervention médicale efficace.

Dans cette dynamique, la prise en charge des situations urgentes commence à se formaliser. Les accidents de travail, les accouchements compliqués, les infections sévères ou les blessures de guerre exigent une intervention rapide et structurée. Sans que le concept de service d'urgences soit encore clairement défini, certains établissements hospitaliers développent des dispositifs spécifiques d'accueil des cas les plus critiques.

C'est notamment le cas de la Salpêtrière à Paris ou de l'Hôtel-Dieu, qui organisent des espaces de traitement pour les blessés graves ou les patients sans rendez-vous.

Cette lente construction d'un accueil médicalisé de l'urgence s'inscrit dans une transformation plus large de l'hôpital, qui devient progressivement un acteur de la médecine curative, et non plus simplement un abri social. L'idée d'une réponse immédiate à la détresse vitale fait alors son chemin dans l'organisation hospitalière.

Aujourd'hui encore, cette dimension historique reste présente dans la culture des services d'urgences. L'accueil inconditionnel, l'attention aux personnes vulnérables, la prise en charge sans distinction d'origine, de statut social ou de situation médicale sont des héritages directs de ces siècles d'histoire. Les urgences demeurent un lieu où se manifeste la continuité de cette mission d'accueil, mais dans un contexte médicalisé et technologisé, confronté aux défis contemporains d'organisation et de saturation.

2. L'émergence des urgences comme spécialité médicale (1945-1995)

C'est dans l'après-guerre que la France amorce une véritable réflexion sur la structuration des urgences hospitalières. Dès 1949, une première circulaire ministérielle encourage les établissements à organiser un accueil dédié aux blessés graves, jusque-là répartis de manière informelle dans les différents services (5)

Un cap est franchi en 1965 avec une instruction qui recommande la création de services d'urgence et de réanimation distincts (6). Il ne s'agit plus seulement d'organiser l'accueil, mais de prévoir des moyens matériels, des locaux spécifiques et du personnel formé, afin de répondre rapidement et efficacement aux situations critiques.

Dans cette logique de spécialisation, le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) est créé à titre expérimental en 1968, avant d'être progressivement généralisé dans les années 1970 et officialisé par la loi du 6 janvier 1986 (7). Ce dispositif de régulation médicale permet d'orienter les patients avant même leur arrivée à l'hôpital, en mobilisant les Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en cas de besoin.

Enfin, le décret du 24 avril 1995 introduit une organisation en trois niveaux de soins et reconnaît pleinement le rôle stratégique des Services d'Accueil des Urgences (SAU). Ces textes encadrent désormais la mission, les équipements, la formation des professionnels et la place des urgences dans la gradation de l'offre hospitalière (8).

Ces évolutions marquent la naissance d'une véritable médecine d'urgence française, structurée autour de dispositifs spécifiques, de pratiques codifiées et d'une identité professionnelle affirmée. Elle devient progressivement une spécialité à part entière, enseignée à l'université, avec ses référentiels, ses formations diplômantes et son encadrement national.

B. Organisation actuelle du système d'urgences

1. Les principaux acteurs : SAMU, SMUR, SAU, SAS

Le système d'urgence en France repose aujourd'hui sur une organisation en chaîne, pensée pour assurer une réponse rapide, adaptée et coordonnée à la demande de soins non programmés. À sa tête se trouve le SAMU, Service d'Aide Médicale Urgente, accessible via le numéro 15. Ce service est chargé de la régulation médicale des appels : des médecins, souvent expérimentés, évaluent à distance la gravité de la situation et déclenchent, si nécessaire, des moyens d'intervention adaptés. Ce modèle de régulation, spécifique à la France, a été officialisé par la loi du 6 janvier 1986 (9), et repose sur l'idée que toute décision doit être médicalement encadrée dès le premier contact.

Lorsque l'état du patient l'exige, le SAMU envoie un SMUR, c'est-à-dire une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation. Ces unités, constituées d'un médecin urgentiste, d'un infirmier et d'un ambulancier, sont capables d'assurer des soins intensifs directement sur les lieux de l'incident, assurant une véritable réanimation préhospitalière. Ce maillon est crucial pour sécuriser le transport et éviter toute perte de chance.

Une fois le patient arrivé à l'hôpital, il est pris en charge par un Service d'Accueil des Urgences (SAU), ouvert 24 heures sur 24. Ces services assurent la prise en charge initiale de toute personne qui se présente, sans distinction, avec ou sans rendez-vous. Ils mobilisent une équipe pluridisciplinaire, incluant médecins, infirmiers, aides-soignants, et parfois des assistants sociaux ou psychologues. Le SAU est aujourd'hui reconnu comme l'un des principaux points d'entrée dans l'hôpital public, en particulier pour les patients sans suivi régulier en médecine de ville (10).

Afin d'améliorer la fluidité entre les différents niveaux de soins, un nouvel acteur a vu le jour en 2021 : le Service d'Accès aux Soins (SAS) (11). Conçu dans le cadre du Pacte de refondation des urgences, le SAS vise à répondre aux demandes de soins non programmés en dehors des urgences hospitalières, en s'appuyant sur une articulation renforcée entre

les médecins de ville, les régulateurs du 15, et les établissements de santé. Il s'agit d'éviter que des patients se rendent aux urgences faute d'alternative visible, en leur proposant une orientation adaptée dès le premier contact (11).

Ce système repose donc sur une coordination étroite entre les différents acteurs : la régulation médicale, l'intervention préhospitalière, l'accueil hospitalier et les relais en ville. Il incarne une vision en réseau de l'urgence, fondée sur la coopération, la continuité des soins et la juste mobilisation des ressources disponibles.

2. Un cadre réglementaire structurant

L'organisation des urgences hospitalières s'appuie aujourd'hui sur un socle juridique et administratif solidement établi. Ce cadre réglementaire vise à garantir une prise en charge homogène, sécurisée et accessible sur l'ensemble du territoire. Le décret du 24 avril 1995 constitue le texte fondateur dans ce domaine. Il définit les conditions techniques de fonctionnement des structures des urgences, précise les obligations en matière de continuité des soins, et encadre la composition des équipes, les équipements, ainsi que les modalités de prise en charge des patients sans distinction d'âge ni de pathologie (8).

Ce décret introduit également la notion de gradation des soins, en distinguant notamment les services d'accueil des urgences (SAU), les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et les services d'urgence spécialisés (pédiatriques, psychiatriques, etc.). Il s'inscrit dans une logique d'adaptation des ressources aux besoins réels de la population, dans une perspective d'équité d'accès.

En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (dite loi HPST) (12) vient renforcer cette structuration en confiant un rôle central aux Agences régionales de santé (ARS). Ces dernières sont chargées d'organiser l'offre de soins de manière cohérente à l'échelle régionale. Elles délivrent les autorisations d'activité pour les services d'urgences, définissent les zones de couverture, veillent à la permanence des soins et soutiennent les coopérations inter-établissements (Loi n°2009-879, art. L6111-1 du Code de la santé publique) (13).

Ce pilotage par les ARS permet d'ancrer l'organisation des urgences dans une logique territoriale, en prenant en compte les spécificités démographiques, géographiques et épidémiologiques de chaque région. Les critères d'autorisation prennent en compte, entre autres, la présence de personnel formé (médecins urgentistes, infirmiers diplômés d'État),

la capacité de réponse rapide, l'existence de filières d'amont et d'aval, ainsi que les dispositifs de coordination avec les acteurs de la médecine de ville.

Ce cadre normatif n'est pas seulement contraignant, il constitue également un outil de régulation et de qualité. Il fixe des standards pour garantir que chaque patient, quelle que soit sa localisation, puisse bénéficier d'une réponse adaptée, dans des délais raisonnables et dans des conditions de sécurité optimales.

C. Dynamiques d'engorgement et enjeux de parcours

1. Une hausse constante de la fréquentation

Depuis plusieurs décennies, les services d'urgences hospitaliers connaissent une croissance continue de leur fréquentation. En 1996, on recensait environ 10 millions de passages par an. En 2019, ce chiffre avait plus que doublé pour atteindre 22 millions, selon les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, 2024) (14). Cette progression ne s'explique pas par une augmentation équivalente des situations d'urgence vitale, mais plutôt par une transformation des usages du service.

Les urgences hospitalières sont de plus en plus sollicitées pour des motifs variés : décompensations de pathologies chroniques, douleurs non spécifiques, souffrances psychiques, accidents bénins ou situations sociales complexes. Pour de nombreux usagers, en particulier les plus vulnérables, le SAU représente une solution d'accès immédiat à un professionnel de santé, sans rendez-vous, sans condition préalable, et avec une relative garantie de prise en charge. Cette dimension fait du service d'accueil des urgences un point d'entrée majeur, parfois incontournable, dans le système hospitalier.

Ce recours fréquent traduit aussi une forme de désajustement entre l'offre de soins disponible en amont (notamment la médecine générale) et les besoins croissants de la population. La diminution du nombre de médecins traitants, les difficultés d'accès à un rendez-vous en ville, l'absence de permanence des soins le soir et le week-end, mais aussi une certaine méconnaissance des autres dispositifs (maisons médicales de garde, plateformes téléphoniques) conduisent de nombreux patients à s'orienter vers les urgences, y compris pour des motifs qui ne relèvent pas, à proprement parler, de l'urgence médicale (Cour des comptes, 2019 ; HAS, 2020) (15) (16).

Cette situation pose des questions importantes en termes de pertinence des soins, de saturation des structures, de fatigue des équipes, mais aussi d'équité d'accès. La

croissance des passages engendre des effets en cascade : allongement des délais de prise en charge, engorgement des salles d'attente, pressions sur les lits d'hospitalisation et difficulté à maintenir un accueil de qualité dans un contexte de tension constante.

Face à ces constats, il ne s'agit pas de blâmer les usagers, mais bien de repenser le rôle attribué aux urgences, leur articulation avec les autres composantes du système de santé, et les moyens dont elles disposent pour remplir leur mission.

2. Des tensions liées aux parcours et aux ressources

L'augmentation constante du nombre de passages aux urgences exerce une pression directe sur l'ensemble du fonctionnement des services. Cette fréquentation massive allonge les délais d'attente, complique l'organisation interne, et crée une surcharge de travail pour les professionnels. Ces derniers doivent à la fois assurer l'accueil, évaluer l'état clinique de chaque patient, hiérarchiser les urgences, et maintenir une vigilance constante dans un environnement souvent saturé. Cette tension permanente contribue à l'épuisement des équipes et à un risque accru d'erreurs ou de retards de prise en charge (HAS, 2020) (17).

L'un des facteurs majeurs de désorganisation des services d'urgences est la difficulté à assurer l'aval, c'est-à-dire à trouver une place en hospitalisation pour les patients nécessitant une prise en charge après leur passage. Ce phénomène, souvent désigné par l'expression anglaise « bed blocking », se traduit par des temps d'attente prolongés dans des zones inadaptées : brancards dans les couloirs, box surchargés, ou lits surnuméraires attendus d'une disponibilité en service d'hospitalisation (18).

L'hôpital de Vichy, étudié par la Cour des comptes, illustre cette réalité : son Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) a fonctionné à près de 200 % de son taux d'occupation en période hivernale, et plus de 130 % en moyenne annuelle, conduisant à installer des patients dans les couloirs faute de lits disponibles (19). La Cour souligne que cette surexploitation chronique des capacités d'aval est due à un déficit structurel de lits aigus et pose un point de rupture dans la chaîne de soins, avec des conséquences importantes pour la sécurité des patients.

Par ailleurs, les urgences doivent compenser les failles du système de soins de premier recours. L'insuffisance de l'offre en médecine de ville, notamment dans certains territoires en désertification médicale, conduit de nombreux patients à se tourner vers l'hôpital par défaut. Cette situation est aggravée par la réduction de la permanence des soins en soirée

et le week-end, le manque de coordination entre professionnels, et le vieillissement de la population, qui entraîne une complexification des prises en charge (DREES) (20).

À ces éléments s'ajoute une démographie médicale en tension. La baisse du nombre de médecins généralistes dans certaines régions, la difficulté à recruter des urgentistes, et le manque d'attractivité des carrières hospitalières accentuent la pression sur les équipes en poste. Les urgences deviennent ainsi le symptôme visible d'un déséquilibre plus large dans l'organisation des soins.

Ces tensions ne sont pas uniquement logistiques. Elles interrogent aussi la qualité des soins prodigués dans des conditions souvent dégradées, et la capacité du système à répondre équitablement aux besoins. Les enjeux d'efficience, d'accessibilité, de continuité des parcours, mais aussi d'éthique médicale, sont aujourd'hui au cœur des débats sur l'avenir des urgences hospitalières.

D. Les crises comme révélateur d'opportunités de transformation

1. Le mouvement social de 2019

L'année 2019 a marqué un tournant majeur dans l'histoire récente des urgences hospitalières françaises. Un mouvement de grève inédit par son ampleur, sa durée et son caractère unifié, le syndicat CGT précise que le mouvement a touché « 240 services d'urgences en grève (partielle ou totale) » (21), appelant notamment à l'arrêt des fermetures de lits, la création de postes supplémentaires, et l'amélioration des salaires. À l'origine de cette mobilisation se trouvent des revendications anciennes mais devenues intenable : conditions de travail dégradées, surcharge constante, manque de reconnaissance, et surtout un sentiment profond de perte de sens chez les professionnels de terrain (22).

Ce mouvement, initié par les paramédicaux puis rejoint par les médecins, a mis en lumière l'essoufflement d'un modèle reposant sur l'engagement sans relâche des équipes, souvent au détriment de leur santé physique et mentale. Ce n'est pas seulement l'intensité du travail qui est remise en cause, mais l'organisation même des soins : l'impossibilité d'assurer une qualité constante dans un contexte de flux permanent, le manque de lits d'aval, les carences de coordination avec la ville, et l'isolement décisionnel des professionnels hospitaliers.

Pour autant, ce mouvement ne s'est pas limité à une dénonciation. Il a aussi été porteur d'une parole constructive, parfois même pédagogique, où les équipes ont proposé des

pistes concrètes d'amélioration. Cette lucidité collective, largement relayée dans les médias et par les syndicats, a obligé les pouvoirs publics à réagir.

En réponse, le gouvernement a lancé le « Pacte de refondation des urgences » en septembre 2019 (23). Ce plan, présenté comme une première étape, comporte plusieurs mesures significatives. Il prévoit notamment la création du Service d'Accès aux Soins (SAS), destiné à mieux orienter les patients en amont de leur passage à l'hôpital. Il mise également sur le développement de filières alternatives, comme les soins non programmés en médecine de ville, l'extension des protocoles de coopération entre professionnels, ou encore le renforcement de l'accueil spécifique pour les personnes âgées (24).

Ce pacte ne répond pas à toutes les attentes exprimées, mais il marque une prise de conscience : celle qu'un changement structurel s'impose pour redonner aux urgences leur rôle central, sans les laisser porter seuls les dysfonctionnements systémiques du parcours de soins.

2. Le COVID-19 et l'été 2022 : catalyseurs de changements

La pandémie de COVID-19 a mis à l'épreuve l'ensemble du système de santé français, et les urgences hospitalières ont été en première ligne dès les premières semaines. Face à l'afflux massif de patients, à l'incertitude clinique et au manque initial de matériel de protection, les services ont dû s'adapter dans l'urgence, souvent de manière empirique. Les circuits de soins ont été reconfigurés en quelques jours, les personnels redéployés, les priorités médicales réévaluées à la lumière d'une crise sanitaire inédite par son ampleur et sa durée.

Cette situation a mis en évidence les grandes fragilités structurelles du système hospitalier, déjà connues mais jusqu'alors peu traitées de façon globale : pénurie chronique de personnel, dépendance aux importations pour certains produits essentiels, rigidités administratives, saturation des lits de réanimation. En parallèle, la crise a aussi révélé une extraordinaire capacité d'adaptation des professionnels de santé, leur réactivité, leur solidarité et leur créativité dans l'organisation des soins (Ségur de la Santé) (25).

En 2022, alors que la pression épidémique diminue, une nouvelle alerte retentit : des dizaines de services d'urgences ferment temporairement leurs portes ou limitent leur accès faute de personnel disponible. Ce phénomène, sans précédent en dehors de périodes exceptionnelles, alimente un débat public sur la soutenabilité du modèle. Les territoires

ruraux sont particulièrement touchés, mais les grandes métropoles n'en sont pas épargnées non plus (Société française de médecine d'urgence, 2022) (26).

Ces épisodes successifs soulignent la nécessité de ne plus penser les urgences comme une variable d'ajustement, mais comme un élément central à intégrer dans une stratégie nationale de santé, orientée vers l'anticipation, la prévention et la coordination des parcours. La résilience démontrée par les équipes pendant la crise doit être accompagnée d'un changement structurel : une revalorisation des métiers, une planification plus souple, un décloisonnement des soins entre ville et hôpital.

Loin de condamner les urgences à l'essoufflement permanent, ces événements récents peuvent être vus comme des catalyseurs de transformation. Ils offrent l'opportunité de repenser les missions, les moyens et la place des urgences dans le système de santé français, au bénéfice de l'ensemble des patients.

E. Les urgences hospitalières aujourd'hui

En 2024, les services d'urgences continuent de cristalliser les tensions du système de santé français. Cet été encore, près de 39 % des hôpitaux publics déclaraient avoir connu une dégradation notable de leur fonctionnement aux urgences, selon une enquête menée par l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et le collectif Inter-Urgences (Le Monde, 04/09/2024) (27) . Derrière ces chiffres, ce sont des soignants épuisés, des patients en attente et des parcours de soin fragmentés qui témoignent d'un système au bord de l'asphyxie.

Le quotidien dans les services d'urgences est marqué par une instabilité croissante : files d'attente interminables, manque de lits d'aval, pénurie de personnel soignant et tensions logistiques quasi permanentes. La canicule de l'été 2024, par exemple, a amplifié la saturation des structures (28), mettant en évidence l'incapacité de certains établissements à absorber les pics d'activité. Plusieurs hôpitaux de taille moyenne ont dû temporairement fermer leur service ou mettre en place des régulations d'accès, parfois drastiques, faute de médecins en nombre suffisant pour assurer la continuité des soins. (26)

Mais la situation ne se limite pas à des problèmes ponctuels liés aux épisodes estivaux. En réalité, c'est une dégradation structurelle qui s'observe, fruit d'années de sous-investissement, de désorganisation des parcours en amont (notamment la médecine de

ville) et d'une gouvernance souvent réactive, peu anticipatrice. Le recours aux urgences est devenu, pour beaucoup de citoyens, la seule porte d'entrée accessible, rapide ou supposée l'être vers le système de soins. Cela crée une pression constante, y compris pour des pathologies qui relèveraient en principe d'autres circuits de prise en charge.

Les professionnels, de leur côté, alertent depuis plusieurs années sur une forme d'usure du métier. En 2024, les syndicats dénoncent toujours des conditions de travail dégradées : sous-effectifs chroniques, pression psychologique, dévalorisation du travail de nuit ou du travail en horaires atypiques. Le phénomène du "décrochage" médical s'amplifie, avec un nombre croissant d'urgentistes quittant le secteur pour se tourner vers d'autres spécialités ou vers l'exercice libéral. Les jeunes internes, quant à eux, sont de plus en plus hésitants à se spécialiser dans cette discipline jugée "à haut risque humain" (29) .

Face à cela, les pouvoirs publics ont multiplié les réformes depuis plusieurs années : régulation à l'entrée via le SAS (Service d'Accès aux Soins), création de lignes d'astreinte (30), développement de structures alternatives comme les Services d'Accueil Médical Initial (SAMI) (31) ou les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) (32). Mais ces dispositifs, souvent pensés dans l'urgence sans jeu de mots, peinent à produire des effets durables. Leur mise en œuvre reste hétérogène, leur articulation avec le terrain parfois floue, et leur pilotage peu lisible pour les équipes.

Ce que révèle cette accumulation de tensions et de réformes partielles, c'est avant tout un manque de méthode globale. Les urgences hospitalières ne manquent ni de volonté ni d'idées. Elles manquent d'un cadre structurant, capable de traduire ces idées en actions coordonnées, évaluables, partagées. Autrement dit, il ne suffit plus d'empiler des mesures : il faut apprendre à les piloter, à les ajuster, à les construire avec les acteurs concernés. Cette nécessité renvoie directement à une autre logique, encore peu présente dans le monde hospitalier : celle de la gestion de projet.

II. La gestion de projet : principes, outils et intérêt potentiel pour le secteur hospitalier

A. Définir la gestion de projet : une approche structurante au service de l'action

La gestion de projet s'impose aujourd'hui comme une réponse stratégique face à la complexité croissante des organisations. Qu'il s'agisse de conduire un changement, de développer une nouvelle offre ou d'améliorer un processus, elle permet de structurer l'action collective dans un cadre clair, cohérent et maîtrisé.

Selon la norme ISO 21500, un projet se définit comme « un ensemble unique de processus, constitués d'activités coordonnées et maîtrisées, ayant des dates de début et de fin et entreprises pour atteindre les objectifs du projet. La réalisation des objectifs du projet requiert la fourniture de livrables conformes à des exigences spécifiques » (33). Autrement dit, un projet n'est ni une tâche routinière ni une improvisation ponctuelle : c'est une démarche temporaire, orientée vers un résultat précis, nécessitant une coordination rigoureuse des ressources, des compétences et du temps.

La gestion de projet repose sur plusieurs piliers : la planification (déterminer quoi faire, quand et avec qui), l'exécution (mettre en œuvre les actions prévues), le suivi (mesurer l'avancement et ajuster si nécessaire) et la clôture (capitaliser les acquis) (34). Cette structuration permet de limiter les incertitudes, de mieux répartir les responsabilités et d'éviter les dérives coûteuses, qu'elles soient temporelles, budgétaires ou humaines.

Mais au-delà des aspects techniques, la gestion de projet est avant tout une démarche humaine. Elle mobilise des équipes pluridisciplinaires, souvent issues de services ou de métiers différents, pour œuvrer ensemble vers un objectif commun. Cette transversalité favorise le décloisonnement des organisations, l'intelligence collective et l'implication des parties prenantes.

Elle donne également du sens à l'action : en fixant un cap clair, en rendant les étapes visibles, en identifiant des indicateurs de réussite partagés, elle motive les acteurs et légitime les décisions. Elle permet de passer d'une culture de la réaction à une culture de l'anticipation, essentielle dans un monde en transformation continue.

Enfin, chaque projet, réussi ou non, constitue une opportunité d'apprentissage. Les bilans de fin de projet, les retours d'expérience ou les évaluations intermédiaires permettent aux organisations de s'améliorer, de gagner en maturité et d'enrichir leur culture commune.

B. Les grands référentiels et outils

1. Des référentiels structurants : PMBOK et PRINCE2

Pour structurer la conduite de projet, plusieurs référentiels internationaux ont été élaborés. Parmi les plus influents figurent le PMBOK (Project Management Body of Knowledge) et PRINCE2 (Projects IN Controlled Environments), qui offrent chacun une boîte à outils méthodologique complète, adaptable à différents contextes.

Le PMBOK, élaboré par le Project Management Institute (PMI), propose cinq groupes de processus clés : l'initialisation, la planification, l'exécution, le contrôle, et la clôture. À ces étapes s'ajoutent dix domaines de connaissance, allant de la gestion des coûts à celle des risques, en passant par la qualité, les ressources humaines ou la communication (PMI, 2021) (35).

Ce référentiel se distingue par sa rigueur et son exhaustivité. Il fournit un cadre robuste pour planifier et piloter des projets complexes, notamment lorsque les incertitudes sont nombreuses ou les contraintes fortes. Son approche est particulièrement utile dans les secteurs où la traçabilité, la coordination entre services et la maîtrise des délais sont essentiels.

La méthode PRINCE2, développée au Royaume-Uni et largement adoptée dans le secteur public européen, repose sur une logique séquentielle. Chaque projet est découpé en phases formalisées (démarrage, initiation, exécution, suivi, clôture), avec une attention particulière portée à la justification économique (business case), à la définition des rôles et à la gouvernance du projet (AXELOS, 2020) (36).

L'un de ses atouts majeurs réside dans le principe de pilotage par exception : tant que les résultats sont conformes aux attentes, l'équipe conserve une large autonomie, ce qui encourage la responsabilisation et la réactivité. Sa structure rigoureuse en fait un outil apprécié dans les environnements fortement régulés ou exposés à des risques élevés.

Les deux référentiels ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils sont souvent utilisés de manière complémentaire : le PMBOK pour structurer les connaissances et les processus

transversaux, PRINCE2 pour organiser la gouvernance et les responsabilités. Ils offrent un langage commun entre chefs de projet, facilitateurs, décideurs et contributeurs.

Dans certains établissements hospitaliers, ces cadres méthodologiques commencent à être introduits comme socles d'organisation, sans pour autant faire l'objet d'une application rigide. Leur utilisation dans la santé reste encore marginale mais gagne progressivement du terrain, à mesure que les structures cherchent à mieux maîtriser leurs projets internes et à sécuriser la conduite du changement.

2. Des outils pour planifier, suivre et améliorer l'action collective

La réussite d'un projet ne repose pas uniquement sur une bonne méthode, mais sur la capacité à mobiliser des outils simples, visuels et adaptés au terrain. Ces outils permettent de rendre les projets lisibles, pilotables, et évolutifs.

Le diagramme de Gantt est l'un des outils de planification les plus connus. Il permet de représenter dans le temps les différentes tâches du projet, leurs durées, leurs dépendances, et les échéances clés. Il est particulièrement utile pour visualiser l'enchaînement des actions, identifier les surcharges, anticiper les retards et partager l'état d'avancement avec les équipes (37).

Le cycle PDCA (Plan – Do – Check – Act), souvent désigné comme la roue de Deming, constitue un autre outil central, en particulier pour les démarches d'amélioration continue. Il invite à planifier une action, à la tester, à en évaluer les effets, puis à ajuster avant une éventuelle généralisation. Ce cycle itératif favorise une approche empirique, centrée sur l'expérimentation et l'adaptabilité (38).

D'autres démarches plus récentes ont également enrichi l'outillage de la gestion de projet. La méthode Agile, issue du monde du développement informatique, propose une approche fondée sur des cycles courts (sprints), l'implication directe des utilisateurs et la révision fréquente des objectifs. Elle est particulièrement adaptée aux projets évolutifs, où les besoins peuvent changer en cours de route (39).

Le Lean management, hérité de l'industrie, met l'accent sur la simplification des processus, la réduction des gaspillages, et l'optimisation de la valeur créée pour l'utilisateur final. Il s'appuie sur des outils visuels (cartographies, indicateurs, routines collectives) et sur l'observation du terrain pour générer des améliorations concrètes et durables. (40)

Tous ces outils ne s'excluent pas mutuellement. Bien au contraire, leur richesse réside dans leur complémentarité. En combinant planification rigoureuse, itérations courtes, culture du retour d'expérience et écoute des utilisateurs, ils permettent d'adapter la démarche projet à la réalité du terrain.

C. La gestion de projet dans les contextes complexes ou contraints

La gestion de projet ne s'applique pas uniquement dans des environnements stables ou prévisibles. Elle prend tout son sens lorsqu'elle est mobilisée dans des contextes dits "complexes" ou "contraints", où les conditions d'action sont particulièrement exigeantes.

Un contexte complexe se caractérise par la multiplicité des acteurs impliqués, l'interdépendance des enjeux, la variabilité des informations disponibles et l'incertitude sur les résultats (41). Dans ce type de configuration, la simple exécution de tâches isolées ne suffit plus : il faut pouvoir coordonner, arbitrer, réagir rapidement, tout en gardant un cap. Un projet de transformation dans une grande organisation publique, une réforme de politique sociale ou la conduite d'un changement dans un établissement de soin en sont des illustrations typiques.

Les contextes contraints, quant à eux, renvoient à des environnements marqués par des ressources limitées (temps, budget, compétences disponibles), une forte pression temporelle, ou des obligations réglementaires strictes. Ce sont souvent des cadres où les marges de manœuvre sont faibles, mais où les attentes sont fortes (42). Dans ce type d'environnement, la gestion de projet permet de prioriser les efforts, d'objectiver les arbitrages, et de capitaliser sur chaque action pour générer un impact mesurable.

Ce double contexte (complexe et contraint) appelle donc une structuration de l'action. Sans cela, les initiatives risquent de s'emmêler, de perdre en cohérence, ou de s'essouffler faute de coordination. C'est ici que la gestion de projet devient un outil précieux : non pour apporter des solutions toutes faites, mais pour offrir une grille de lecture commune, un langage opérationnel et une manière partagée d'avancer, même en période d'incertitude.

Cette logique commence à s'imposer dans des domaines où elle était historiquement peu présente. Le secteur hospitalier, les collectivités locales, la protection de l'enfance, ou encore la gestion de crise s'en emparent progressivement. Non pas pour y calquer des modèles issus du secteur privé, mais pour adapter les outils à leurs réalités : contraintes de temps, exigences de traçabilité, diversité des parties prenantes, attentes citoyennes.

Dans ces contextes, la gestion de projet agit comme un facilitateur. Elle permet de rendre visible ce qui est en cours, de s'accorder sur des priorités communes, d'anticiper les risques et d'apprendre collectivement des réussites comme des difficultés. Elle donne une forme à l'action, sans l'enfermer dans une logique rigide. Et c'est précisément ce qu'attendent les professionnels confrontés à ces environnements complexes : des repères, de la clarté, et un soutien à la coordination, sans surcharge inutile.

D. Vers une culture projet : freins, leviers et dynamiques organisationnelles

Instaurer une véritable culture projet dans une organisation ne va pas de soi. Il ne suffit pas d'introduire des outils ou de former quelques collaborateurs pour transformer les pratiques. Cela implique un changement profond des représentations, des modes de collaboration et parfois même de la structure hiérarchique. On parle alors de « maturité projet » : le degré auquel une organisation est capable d'intégrer durablement les méthodes, les réflexes et les postures propres à la gestion de projet dans ses habitudes de fonctionnement. (43)

Plusieurs freins ralentissent cette évolution. Le premier, souvent observé dans les organisations publiques ou très hiérarchisées, est la résistance au changement (44). Celle-ci peut s'exprimer de manière ouverte ou silencieuse, par exemple lorsque des équipes perçoivent la gestion de projet comme un jargon managérial éloigné de leurs réalités de terrain. Le cloisonnement entre services (ou silos) constitue un autre obstacle majeur : quand l'information circule mal et que les logiques de pouvoir priment sur la coopération, il est difficile de mettre en place une approche transversale et partagée.

À cela s'ajoute parfois une méconnaissance des bénéfices réels de la gestion de projet, ou une confusion entre gestion de projet et surcharge administrative (45). Certaines structures associent encore la « culture projet » à un formalisme rigide ou à une perte d'autonomie. D'où l'importance d'un accompagnement progressif, centré sur la pédagogie et la démonstration concrète de la valeur ajoutée.

À l'inverse, plusieurs leviers favorisent l'émergence d'une culture projet. Le soutien explicite de la direction est essentiel : il permet de légitimer la démarche, d'allouer des ressources dédiées et de donner une impulsion durable. Les formations, les temps de partage d'expérience, et les premiers succès visibles contribuent également à installer un climat de confiance autour de ces nouvelles pratiques. La nomination de référents ou de chefs de

projet formés, identifiés comme points d'appui, facilite l'ancrage opérationnel de la démarche.

Un facteur clé dans ce processus est le rôle des « sponsors » internes (46). Il s'agit souvent de cadres intermédiaires ou de responsables d'équipe convaincus par l'approche projet, qui portent la démarche au quotidien et en démontrent la pertinence. Leur posture est centrale : ce sont eux qui font le lien entre la stratégie globale et les réalités de terrain, qui traduisent les principes méthodologiques en actions concrètes, adaptées au contexte.

Des retours d'expérience dans le secteur public témoignent des effets positifs de cette acculturation progressive. Dans certaines collectivités territoriales, des projets d'aménagement, de dématérialisation ou d'action sociale ont été menés avec des outils de gestion de projet, aboutissant à une meilleure coordination entre directions, une réduction des délais et une appropriation plus forte des décisions par les équipes. De même, dans l'Éducation nationale, la généralisation du numérique éducatif a nécessité la mise en place de cellules projet pour piloter le changement dans les établissements.

Dans le secteur hospitalier, même si la culture projet reste encore en construction, des CHU comme ceux de Rennes ou de Toulouse ont développé des équipes projets internes, notamment pour piloter des réorganisations, des démarches qualité ou des innovations numériques (47) (48). Ces exemples montrent qu'avec le temps, les outils méthodologiques, s'ils sont bien accompagnés, peuvent devenir des supports de coopération, de lisibilité et d'engagement collectif.

La culture projet ne se décrète pas : elle se construit pas à pas, à travers des choix organisationnels, des apprentissages partagés et des dynamiques collectives. Lorsqu'elle réussit à s'ancrer, elle transforme profondément la manière dont les organisations conçoivent, conduisent et évaluent leurs actions.

III. Objectif de l'étude

Aujourd'hui, les services d'urgences hospitalières traversent une période de fortes tensions. La fréquentation ne cesse d'augmenter, les professionnels doivent composer avec des effectifs parfois insuffisants, et les temps d'attente peuvent générer incompréhension, stress ou frustration, aussi bien du côté des usagers que des soignants. Derrière ces dysfonctionnements visibles se cachent des déséquilibres plus profonds : manque de coordination, empilement de décisions ponctuelles, et difficulté à inscrire les réformes dans la durée.

Les réponses institutionnelles, bien qu'animées par une volonté d'amélioration, ont souvent été mises en œuvre dans l'urgence, avec des effets contrastés. Certaines mesures ont permis des avancées ponctuelles, mais peinent à s'inscrire dans une dynamique durable, faute de vision partagée ou de méthode structurée.

Pour autant, cette situation n'est pas figée. Elle peut au contraire ouvrir un espace de réflexion sur la manière d'agir autrement. Dans ce contexte, la gestion de projet peut être envisagée non pas comme une recette miracle, mais comme une méthode de travail rigoureuse, structurante et adaptable. En clarifiant les objectifs, en planifiant les étapes, en impliquant les équipes, elle offre un cadre pour construire des solutions collectives et suivies dans le temps. Elle permet aussi de valoriser les savoirs du terrain et d'ajuster les actions au plus près des réalités vécues.

C'est à partir de cette perspective que s'inscrit la présente recherche, en posant la question suivante :

En quoi la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer l'efficacité et la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences hospitaliers ?

La suite de ce travail vise à explorer cette question à travers une analyse de terrain, s'appuyant sur des entretiens, un questionnaire et plusieurs exemples concrets. Il s'agira d'observer comment des démarches projet ont été mises en œuvre, ce qu'elles ont permis, mais aussi les freins rencontrés. L'objectif n'est pas de prouver une efficacité absolue, mais de comprendre dans quelles conditions cette approche peut réellement soutenir les transformations attendues dans un contexte aussi exigeant que celui des urgences.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE

Pour répondre à la question centrale de ce mémoire « En quoi la gestion de projet peut-elle constituer un levier pertinent pour transformer durablement les services d'urgences hospitaliers ? » j'ai fait le choix d'une approche méthodologique mixte, combinant des outils quantitatifs et qualitatifs. Cette démarche m'a semblé indispensable pour croiser différents niveaux de lecture : les tendances générales d'une part, et les expériences individuelles d'autre part.

En tant que professionnelle en poste en alternance dans un environnement hospitalier, j'ai pu constater combien la question de l'organisation est souvent vécue de manière ambivalente par les soignants. Certains y voient une aide à la coordination, d'autres la perçoivent comme un poids supplémentaire dans un quotidien déjà sous tension. La gestion de projet, en particulier, suscite parfois de l'intérêt, parfois de la méfiance. Il m'a donc paru essentiel de recueillir le point de vue des professionnels à travers leurs propres mots et expériences.

Dans cette perspective, j'ai conçu un questionnaire en ligne (*cf annexe I*), diffusé auprès de professionnels de santé exerçant en services d'urgences (médecins urgentistes, infirmiers, aides-soignants, cadres de santé, etc.). L'objectif était double : d'une part, identifier comment la gestion de projet est aujourd'hui comprise, perçue et/ou appliquée sur le terrain ; d'autre part, recueillir leur regard critique sur ses limites, ses apports concrets et ses marges d'amélioration possibles. Le questionnaire était volontairement accessible, avec un temps de remplissage court, afin de respecter les contraintes de disponibilité du personnel hospitalier.

En complément, j'ai mené des entretiens semi-directifs (*cf annexe II*) avec quelques professionnels volontaires. Ces temps d'échange, menés dans un cadre confidentiel et bienveillant, ont permis de faire émerger des ressentis plus nuancés, des anecdotes concrètes, des points de blocage parfois invisibles dans les réponses fermées du questionnaire. Ce volet qualitatif a enrichi l'analyse, en mettant en lumière les dynamiques humaines, les tensions sous-jacentes et les attentes non exprimées.

Pour guider cette démarche, trois hypothèses de travail ont été formulées :

- **H1** : La gestion de projet est encore peu connue ou peu structurée dans les services d'urgences, bien qu'elle soit parfois pratiquée de façon informelle.
- **H2** : Les professionnels de santé perçoivent positivement l'intérêt de démarches projet, mais expriment des freins liés au manque de temps, de formation ou de reconnaissance.
- **H3** : Lorsqu'elle est bien accompagnée, la gestion de projet peut être perçue comme un levier d'amélioration des pratiques, de fluidité des parcours et de coopération interprofessionnelle.

Cette méthode mixte, combinant analyse quantitative et approche qualitative, a permis de recueillir des données à la fois objectivables et sensibles. Elle s'inscrit dans une volonté de compréhension fine du terrain, sans surplomb, en donnant une voix aux premiers concernés par les transformations à l'hôpital : les soignants eux-mêmes.

II. PRESENTATION DU TERRAIN ET DU CONTEXTE PROFESSIONNEL

Je suis actuellement en alternance en tant qu'attachée de direction au sein d'un établissement de santé privé, dans le cadre de ma formation. Si mon établissement d'affectation ne dispose pas de service d'urgences, il m'a néanmoins permis de mieux comprendre les enjeux de gouvernance, de coordination interprofessionnelle et de conduite du changement en milieu hospitalier.

Cette immersion au cœur de l'organisation m'a confrontée à la complexité croissante des établissements de santé : articulation entre les services, contraintes budgétaires, management de la qualité, suivi de projets internes. Elle a aussi nourri ma réflexion sur la manière dont les outils issus de la gestion de projet peuvent aider à structurer l'action collective, dans un environnement souvent sous tension.

C'est dans cette logique que j'ai choisi de centrer mon mémoire sur les services d'urgences, car ils reflètent aujourd'hui nombre des difficultés rencontrées dans notre système de santé : surcharge, imprévisibilité, coordination fragile. N'étant pas au contact direct de ce type de service dans ma structure d'accueil, j'ai fait le choix d'élargir mon terrain d'enquête.

J'ai ainsi conçu et diffusé un questionnaire à destination des professionnels de santé exerçant en services d'urgences, dans différents établissements hospitaliers. Cette enquête a été relayée via des réseaux professionnels (dont LinkedIn), mais aussi par contact direct avec des services que j'ai sollicités dans le cadre de mon réseau élargi ou de contacts établis par mes encadrants pédagogiques. Le questionnaire s'adressait à des médecins, des infirmiers, des aides-soignants, des cadres, des internes etc... afin de recueillir une pluralité de points de vue sur la manière dont la gestion de projet est perçue et/ou mobilisée dans leur pratique quotidienne.

Ce choix d'ouverture a permis d'élargir le champ de réflexion et d'éviter un biais d'observation trop lié à un seul établissement. Il m'a également permis de m'appuyer sur mon positionnement professionnel pour interroger, d'un point de vue managérial, la place que peut occuper la culture projet dans les transformations en cours dans les hôpitaux, et plus spécifiquement au sein des services d'urgences.

III. ENQUETE QUANTITATIVE

Dans le cadre de cette recherche, j'ai conçu un questionnaire à visée quantitative, destiné aux professionnels de santé exerçant dans des services d'urgences hospitaliers. L'objectif principal de cette enquête était de mieux comprendre comment les démarches de gestion de projet sont perçues et, le cas échéant, déjà mises en œuvre dans ces services, souvent confrontés à une forte pression organisationnelle. Il s'agissait également d'identifier les leviers et les freins rencontrés par les équipes dans la structuration d'actions collectives, ainsi que les attentes exprimées en matière d'amélioration.

Le questionnaire a été diffusé via plusieurs canaux afin de toucher un public aussi diversifié que possible. En l'absence de service d'urgences dans mon établissement d'accueil, j'ai opté pour une diffusion en ligne, notamment par le biais de la plateforme professionnelle LinkedIn, ainsi que par des contacts personnels et institutionnels noués avec des professionnels du secteur hospitalier. Cette stratégie m'a permis de recueillir un total de 79 réponses (37 IDE, 29 médecins, 8 cadres de santé, 3 internes, 2 AS, 2 IPA, 1 cadre coordonnateur, 1 ambulancier SMUR et 1 assistant de régulation médicale).

Le questionnaire comprenait une série de 25 questions, dont la majorité étaient fermées ou à choix multiples, complétées par quelques questions ouvertes. Cela permettait de recueillir

des données à la fois structurées et qualitatives, tout en laissant aux répondants la possibilité d'exprimer leur ressenti de manière plus libre et nuancée.

- Les thématiques abordées s'organisaient autour de plusieurs axes :
- Le parcours professionnel des répondants (statut, ancienneté, type d'établissement)
- La présence ou non de démarches d'organisation ou d'amélioration en cours dans leur service
- La nature de ces démarches, lorsqu'elles existaient, avec des exemples concrets demandés
- Leur perception de l'efficacité de ces actions sur la fluidité des parcours patients
- Les freins identifiés à la structuration de projets dans leur environnement quotidien
- Les priorités exprimées pour de futures démarches projet (ex. : gestion des flux, qualité de vie au travail, coordination interservices)
- Les suggestions d'amélioration librement formulées par les participants

Les premières tendances issues de l'analyse mettent en évidence une perception contrastée : si certains professionnels évoquent une dynamique positive autour de projets structurés, beaucoup soulignent encore un manque de méthode, une surcharge opérationnelle ou un déficit d'accompagnement dans leur mise en œuvre. Les réponses témoignent aussi d'un intérêt réel pour l'approche projet, dès lors qu'elle est porteuse de sens, partagée entre les équipes, et adaptée au terrain.

Ce questionnaire constitue ainsi un socle essentiel pour interroger le rôle que peut jouer la gestion de projet dans les services d'urgences, en mettant en lumière à la fois les initiatives existantes, les attentes des professionnels et les conditions à réunir pour que cette démarche devienne un véritable levier de transformation organisationnelle.

IV. Entretiens semi-directif

En complément du questionnaire diffusé à l'échelle nationale, j'ai souhaité mener une série d'entretiens semi-directifs afin d'approfondir certains points complexes difficilement saisissables à travers un format standardisé. Ces échanges visaient à recueillir le ressenti de professionnels de terrain sur la manière dont la gestion de projet est (ou n'est pas) mise

en œuvre dans les services d'urgences, à comprendre leurs représentations de cette approche, et à identifier les conditions concrètes qui facilitent ou freinent son déploiement.

Deux entretiens ont ainsi été réalisés, tous à distance en visioconférence, avec des professionnels de santé exerçant dans des services d'urgences hospitaliers. Le panel comprenait un médecin urgentiste et un chef de pôle. Tous les entretiens ont duré entre 25 minutes et 1 heures. Ils ont été enregistrés avec l'accord explicite des participants, puis intégralement retranscrits afin de garantir la fidélité des propos.

- Le guide d'entretien, élaboré en amont, reposait sur quatre grands axes :
- Le fonctionnement actuel du service (organisation interne, enjeux quotidiens, interactions entre acteurs)
- Des exemples de projets ou de démarches d'amélioration déjà mis en place dans leur service, formalisés ou non
- Leur perception de l'efficacité de ces projets : ce qu'ils ont apporté, les limites observées, et les marges d'amélioration possibles
- Une réflexion plus globale sur la gestion de projet : sa lisibilité, son accessibilité, son utilité ou ses dérives possibles selon leur expérience

Les entretiens ont été menés dans un cadre volontairement souple, laissant de la place à l'expression libre. J'ai veillé à adopter une posture d'écoute active, sans chercher à orienter les réponses, tout en garantissant une couverture cohérente des axes identifiés. Cette méthode m'a permis d'accéder à une parole professionnelle plus fine, plus contextualisée, et souvent plus nuancée que celle recueillie par le questionnaire.

Au fil des échanges, des thèmes transversaux ont émergé : la surcharge opérationnelle, le manque de temps pour structurer une démarche projet, les difficultés à coordonner différents métiers ou services, mais aussi l'intérêt croissant pour des outils plus clairs, mieux partagés, susceptibles d'apporter du sens et de la lisibilité aux actions collectives. Les professionnels interrogés ont également mis en avant certaines expériences positives, parfois modestes, mais porteuses d'une dynamique de changement concrète, qu'il s'agisse d'un chantier sur les flux patients ou d'une initiative autour de la qualité de vie au travail.

Ces entretiens constituent ainsi une source précieuse pour comprendre les attentes, les blocages et les espoirs liés à la gestion de projet dans un contexte aussi exigeant que celui des urgences. Ils viennent enrichir les résultats quantitatifs par une approche plus incarnée, plus sensible, ancrée dans les réalités du quotidien.

Les extraits anonymisés les plus significatifs figurent dans la partie analyse des résultats, et le guide d'entretien est présenté en annexe.

V. Méthodes d'analyse des données recueillies

Afin de garantir une lecture rigoureuse et structurée des informations recueillies, j'ai adopté deux approches complémentaires, en cohérence avec la méthodologie mixte retenue dans ce mémoire : une analyse quantitative des résultats issus du questionnaire en ligne, et une analyse qualitative manuelle des entretiens semi-directifs menés avec des professionnels exerçant aux urgences.

Le traitement des données quantitatives a été réalisé à partir des fonctionnalités proposées par la plateforme Microsoft Forms, utilisée pour diffuser et centraliser les réponses au questionnaire. Cette interface a permis de générer automatiquement des graphiques synthétiques et des tableaux de répartition pour chaque question (*cf annexe III*). J'ai ensuite exporté l'ensemble des résultats au format Excel afin d'effectuer un tri à plat, c'est-à-dire une lecture des réponses question par question, sans recourir à des croisements statistiques complexes. Ce choix, à la fois accessible et efficace, m'a permis d'identifier des tendances générales, de repérer les points de consensus ou de divergence, et d'éclairer certains contrastes en fonction du profil professionnel des répondants.

Les résultats ont été regroupés selon plusieurs axes directement liés aux objectifs du mémoire : le parcours professionnel des participants, la présence ou non de démarches organisationnelles dans leurs services, leur perception de ces initiatives, les freins identifiés à la structuration de projets, ainsi que leurs attentes ou suggestions en matière d'amélioration future.

Pour la partie qualitative, j'ai procédé à une retranscription intégrale des deux entretiens semi-directifs (*cf annexe IV*) menés en visioconférence avec des professionnels de santé travaillant en service d'urgences : un médecin urgentiste et un chef de pôle. Cette retranscription m'a permis de conserver la richesse et la spontanéité des propos, tout en assurant une analyse fidèle au discours.

L'analyse de ces données s'est appuyée sur une méthode thématique manuelle, construite à partir du guide d'entretien élaboré en amont. J'ai identifié les grandes catégories de sens évoquées par les participants : la description du fonctionnement quotidien, les retours sur des projets concrets, l'analyse de leur efficacité, les ressentis liés à la gestion de projet,

ainsi que les pistes d'amélioration évoquées. Il ne s'agissait pas ici de quantifier des opinions, mais de faire émerger des expériences vécues, des ressentis nuancés et des réflexions de terrain, qui viennent enrichir et contextualiser les données du questionnaire.

Cette double approche, fondée sur un traitement simple mais rigoureux, répond aux exigences méthodologiques attendues dans le cadre de ce mémoire. Elle a été choisie en cohérence avec mes ressources disponibles, mon ancrage professionnel et les objectifs fixés. Sans prétendre à une recherche exhaustive, elle vise à offrir une compréhension fidèle, cohérente et ancrée dans les réalités du terrain hospitalier, en particulier dans un contexte aussi exigeant que celui des services d'urgences.

VI. Considérations éthiques et limites de la recherche

Ce travail de recherche s'est inscrit dans une démarche rigoureuse, respectueuse des principes éthiques fondamentaux. L'objectif a été de garantir, à chaque étape, l'intégrité du processus de collecte, d'analyse et de restitution des données, tout en veillant à la confidentialité des participants, à la transparence de la démarche et au respect des personnes impliquées.

Concernant l'enquête quantitative, les professionnels de santé sollicités ont été informés en amont du caractère anonyme, volontaire et non intrusif du questionnaire. Aucun nom, adresse IP ou donnée identifiable n'a été recueilli via la plateforme Microsoft Forms. La communication autour de l'enquête précisait clairement que les réponses seraient utilisées uniquement dans le cadre de ce mémoire universitaire, sans aucun usage externe ni diffusion hors du champ académique. Les professionnels ont ainsi pu s'exprimer en toute liberté sur leurs pratiques, leurs ressentis et leurs représentations, sans crainte de jugement ni de répercussions.

Pour les entretiens qualitatifs, un cadre respectueux et sécurisé a été mis en place. Chaque participant a été informé des modalités de l'échange, de son enregistrement audio, de l'anonymisation complète des propos et de l'utilisation exclusive des données dans le cadre de ce mémoire. Les enregistrements ont été conservés de manière sécurisée, uniquement le temps nécessaire à leur transcription intégrale. Aucun nom de personne ni d'établissement n'est mentionné dans le document final. L'accord des participants a été recueilli oralement avant le début de chaque entretien, et leur droit de se retirer à tout moment leur a été rappelé, conformément aux principes de consentement libre, éclairé et révocable.

Sur le plan de ma posture, j'ai adopté une attitude réflexive tout au long de ce travail. En tant qu'attachée de direction en alternance dans un établissement de santé, j'évolue dans un contexte hospitalier sans service d'urgences. Cette position m'a permis de garder un regard à la fois engagé dans les dynamiques de gestion et suffisamment distancié vis-à-vis du terrain étudié. Cela m'a aidée à aborder les témoignages recueillis avec un souci d'objectivité, sans projeter mes propres convictions ou expériences. J'ai également veillé à ne pas interpréter les propos des professionnels au prisme de ma fonction, mais à les analyser dans une logique inductive, centrée sur le sens donné par les participants eux-mêmes.

Ce travail comporte néanmoins plusieurs limites. D'abord, le nombre d'entretiens reste restreint (trois au total), ce qui ne permet pas de tirer des conclusions généralisables à l'ensemble des services d'urgences hospitaliers. Ensuite, l'analyse quantitative repose sur un traitement descriptif de type tri à plat, sans croisements statistiques plus poussés. Ce choix a été guidé par des contraintes de temps, de ressources et de niveau d'étude, mais il limite la profondeur des corrélations possibles. Enfin, la participation au questionnaire étant fondée sur le volontariat, un biais de sélection est possible : les professionnels les plus sensibilisés à la gestion de projet ou les plus critiques à son sujet ont peut-être été surreprésentés.

Malgré ces limites, cette recherche conserve une valeur exploratoire forte. Elle propose une lecture ancrée dans la réalité du terrain, attentive à la parole des professionnels, et soucieuse de dégager des pistes concrètes pour mieux structurer l'action collective dans un secteur en tension. Le respect de l'éthique et la rigueur dans le traitement des données ont constitué, tout au long de la démarche, un socle indispensable à la fiabilité et à la légitimité du travail produit.

PARTIE 3 : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

I. Une perception inégale et parfois floue de la gestion de projet (H1)

Les résultats du questionnaire révèlent une dissociation nette entre l'implication dans des démarches d'amélioration et la compréhension des méthodes de gestion de projet. Ainsi, si 64 % des répondants déclarent avoir déjà participé à un projet de réorganisation, seuls 27 % affirment en maîtriser les principes fondamentaux. Ce décalage suggère une pratique souvent informelle, empirique et peu outillée, où la notion même de "projet" reste floue.

Cette perception imprécise est confirmée par les résultats qualitatifs. Lors de l'entretien, le médecin urgentiste interrogé demande immédiatement à clarifier ce qu'on entend par "projet", révélant une ambiguïté sémantique persistante. Pour lui, un projet est "efficace s'il est efficace", une définition utilitariste qui insiste davantage sur les résultats cliniques que sur le cadre méthodologique. Il évoque des initiatives multiples autour de la création de filières de soins (traumatologie, neurologie, douleur, pédiatrie), mais jamais en des termes issus du vocabulaire de la gestion de projet. Les notions de planification, d'indicateurs ou de pilotage structuré sont absentes de son discours.

L'analyse des outils utilisés confirme cette tendance : moins d'un tiers des répondants au questionnaire déclarent avoir utilisé des supports de suivi tels que les tableaux de bord ou rétroplannings. Seuls 19 % indiquent avoir été formés à la gestion de projet. L'un des répondants exprime d'ailleurs ce paradoxe : "On nous demande d'organiser, mais on ne nous a jamais expliqué comment".

La gouvernance des projets semble également peu visible. Près de la moitié des professionnels interrogés ne savent pas qui était le porteur du projet auquel ils ont participé. Le médecin interviewé illustre bien ce flou : s'il se montre très engagé dans l'amélioration des prises en charge, il ne mentionne ni chef de projet, ni rôle défini, ni pilotage collégial. Les projets semblent émerger selon une logique de besoin perçu et de disponibilité individuelle, non selon une stratégie structurée ou institutionnalisée.

Enfin, les réponses aux questions ouvertes du questionnaire confirment cette conception intuitive du projet : les termes utilisés ("organisation", "changement", "coordination") renvoient à des réalités vécues mais rarement formalisées. Très peu d'allusions sont faites aux cycles de projet, à la conduite du changement ou aux outils issus des démarches qualité.

Ces constats confortent l'hypothèse H1 : la gestion de projet, bien que parfois pratiquée de manière implicite, reste faiblement structurée et peu intégrée dans les services d'urgences. Elle repose davantage sur des dynamiques locales que sur une culture partagée. Ce déficit de structuration peut freiner la diffusion, l'évaluation et la pérennisation des initiatives, et souligne un besoin criant de formation, d'accompagnement et de reconnaissance de ces démarches à l'échelle institutionnelle.

II. Une dynamique d'amélioration freinée par un déficit de structuration et de coordination (H2)

Les résultats du questionnaire et des entretiens confirment l'existence d'une dynamique d'amélioration réelle au sein des services d'urgences. Sur les 79 répondants, 54 déclarent que des actions ont été engagées dans leur établissement pour répondre aux tensions structurelles : réorganisation des circuits patients, création de postes clés (bed manager, gestionnaire de flux), introduction d'outils numériques, optimisation des filières, aménagements architecturaux. Cette diversité d'initiatives témoigne d'un engagement fort des professionnels pour adapter les organisations, souvent dans des contextes de crise permanente.

Cependant, ces démarches s'inscrivent rarement dans un cadre structuré. Elles souffrent d'un manque de formalisation, de coordination et de lisibilité, ce qui en limite l'efficacité à moyen et long terme. Moins de 35 % des répondants indiquent avoir été impliqués dans un projet utilisant une méthode reconnue de gestion de projet, et une large part déclare ne pas savoir si une telle approche a déjà été appliquée dans leur service. L'usage d'outils structurants reste marginal : seuls 12 répondants mentionnent un diagramme de Gantt, 7 évoquent le cycle PDCA ou la méthode Agile. La majorité n'utilise aucun support ou ne sait pas répondre. Cela révèle un pilotage souvent empirique, basé sur la bonne volonté plus que sur une stratégie partagée.

Cette absence de structuration transparaît très nettement dans les entretiens. Le médecin urgentiste interviewé détaille de nombreuses actions locales filières spécifiques, partenariats, circuits courts mais ne fait jamais référence à une méthodologie formelle. Il qualifie lui-même sa logique de projet comme "efficace si elle marche, sinon elle disparaît", privilégiant l'utilité immédiate à toute démarche de planification. Son approche, très

pragmatique, repose sur l'expérience et les réseaux professionnels, mais s'avère difficilement reproductible, faiblement évaluée, et peu pérenne.

Le chef de pôle interrogé souligne lui aussi une forme de brouillard décisionnel : il ne sait pas toujours "qui décide quoi", ni selon quelle logique les projets sont validés ou suivis. Ce manque de transparence alimente une forme de décrochage entre les cadres de proximité et les orientations stratégiques. Ce déficit de gouvernance claire empêche la mobilisation collective et crée un sentiment de désengagement, voire d'usure face à des démarches perçues comme descendantes ou symboliques.

Au-delà de la méthode, c'est l'ensemble de la dynamique organisationnelle qui est en jeu. Seuls 28 répondants au questionnaire indiquent que les équipes ont été associées dès la phase de conception des projets. Nombreux sont ceux qui dénoncent un manque d'écoute, un clivage entre encadrement et terrain, ou encore une absence de reconnaissance. Plusieurs professionnels évoquent des projets "hors-sol", "énergivores" ou "mal adaptés à la réalité du service". Une infirmière rapporte ainsi : « On est mobilisés pour les indicateurs, mais pas pour construire la solution. » Ce ressenti traduit un écart profond entre les intentions managériales et les conditions concrètes de mise en œuvre.

Les retours sur l'efficacité des projets déjà menés sont également nuancés. Si certains saluent des améliorations ponctuelles (fluidification temporaire des flux, meilleure orientation), ces effets sont souvent décrits comme fragiles, contingents, voire réversibles dès que l'activité augmente ou que les effectifs baissent. L'évaluation reste globalement absente : peu d'indicateurs sont mobilisés, les bilans sont rares, et les retours d'expérience peu formalisés. Cela empêche non seulement de capitaliser sur les réussites, mais aussi de tirer des enseignements collectifs, condition indispensable à l'ancrage d'une véritable culture projet.

Enfin, cette désorganisation touche aussi la coordination interservices. Plusieurs répondants pointent l'absence de lien avec les services aval, les partenaires extérieurs ou la direction. Le médecin urgentiste, par exemple, déplore l'inefficacité des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qu'il juge « déconnectées et budgétivores ». Ce manque de cohérence d'ensemble affaiblit les dynamiques locales, souvent portées par quelques acteurs isolés.

En conclusion, bien que les professionnels manifestent une volonté claire d'agir face aux dysfonctionnements, l'absence de structuration formelle, de pilotage cohérent et de

mobilisation collective freine la portée des initiatives engagées. Le manque de coordination entre les acteurs, le cloisonnement organisationnel et l'isolement méthodologique nuisent à la diffusion, à l'appropriation et à la durabilité des projets. Ainsi, l'hypothèse H2 selon laquelle les démarches d'amélioration restent peu efficaces en raison d'un déficit de structuration et de coordination est pleinement validée.

III. Une gestion de projet perçue comme un levier d'amélioration lorsqu'elle est accompagnée (H3)

Malgré les limites méthodologiques, le manque de coordination ou encore le déficit d'outillage identifiés précédemment, les professionnels interrogés ne rejettent pas la gestion de projet. Au contraire, une large majorité en perçoit le potentiel, dès lors qu'elle est bien conduite, adaptée au terrain et accompagnée de manière concrète.

Les données du questionnaire le confirment : plus de 70 % des répondants se disent favorables ou très favorables à l'usage de la gestion de projet dans les services d'urgences. Ce qu'ils y voient ? Une opportunité de structurer les actions, d'améliorer les parcours, de clarifier les responsabilités ou encore de fluidifier la coopération interprofessionnelle. Un répondant résume cette vision en une phrase : « Cela permettrait de mieux structurer nos idées, de gagner du temps et de mieux communiquer entre équipes. »

Les entretiens renforcent cette perception. Le médecin urgentiste insiste sur deux leviers essentiels : les filières de soins et la cohésion d'équipe. Il évoque plusieurs initiatives concrètes, notamment un projet de filière neurologique, facilité par la collaboration avec un spécialiste, qui a permis de fiabiliser les diagnostics : « Là, on est plus à l'aise », dit-il simplement. Il souligne aussi l'importance du dialogue entre professionnels et l'impact direct de ces projets sur la qualité des prises en charge.

Le chef de pôle interrogé apporte un autre éclairage : celui du bénéfice organisationnel. Il évoque la mise en place d'un gestionnaire de flux, qui a permis de mieux répartir les ressources, de désengorger la salle d'attente et de réduire les tensions quotidiennes. Pour lui, c'est autant la méthode que le cadre collectif qui a rendu l'initiative efficace : réunions régulières, objectifs clairs, retours d'expérience. Ces projets réussis ne sont donc pas liés à une méthode théorique, mais bien à un accompagnement solide.

Cette idée traverse toutes les données : la gestion de projet peut être un levier puissant... à condition d'être soutenue, incarnée et partagée.

Trois facteurs clés apparaissent :

1. Le soutien de la hiérarchie

Nombreux sont les professionnels qui pointent le rôle central d'un portage fort, par des cadres ou des médecins référents. Ils assurent la continuité, arbitrent les priorités, et donnent une légitimité aux projets. En l'absence de ce soutien, les démarches s'essouffent rapidement. « Les projets s'arrêtent dès qu'il n'y a plus personne pour les suivre », témoigne un répondant.

2. L'implication des équipes dès le départ

Les projets les mieux acceptés sont ceux qui intègrent les professionnels de terrain dès leur conception. Plusieurs témoignages font état de groupes de travail, de réunions d'équipes, de retours organisés : autant de formats qui permettent aux soignants de se sentir impliqués, consultés, et reconnus comme parties prenantes. Un infirmier raconte à ce sujet : « On a des réunions mensuelles, on peut proposer des ajustements, ça change tout. » Pourtant, seuls 28 répondants sur 79 disent avoir été associés à un projet dès son lancement, ce qui confirme un important potentiel d'amélioration.

3. La formation et l'outillage des professionnels

Beaucoup expriment un besoin de formation aux méthodes de gestion de projet. La méconnaissance des outils ou du vocabulaire freine leur appropriation. Un professionnel résume bien cette difficulté : « On nous demande d'organiser, mais on ne nous a jamais expliqué comment. » Cette attente reflète un enjeu plus large : instaurer une culture projet dans les services d'urgences, aujourd'hui encore très parcellaire.

Un autre point mérite d'être souligné : la valorisation de l'expérience. Quand les projets fonctionnent, ils génèrent un effet d'entraînement. Certains professionnels évoquent un regain d'envie, une meilleure entente entre collègues, et une dynamique qui encourage à poursuivre. Mais ces effets restent fragiles : ils dépendent souvent d'individus moteurs ou d'un contexte ponctuellement favorable, sans que l'organisation n'ait toujours les moyens de capitaliser durablement.

Enfin, un enseignement central ressort des propos recueillis : la gestion de projet n'est pas une fin en soi, ni une méthode à plaquer uniformément sur tous les services. Elle doit rester ancrée dans le réel, dans les pratiques, et dans le besoin. Le médecin interrogé, critique envers les démarches normatives, le formule clairement : « Ce n'est pas comme ça qu'on

soigne les gens. » Il plaide pour des projets simples, concrets, construits collectivement et pilotés avec discernement.

En résumé, la gestion de projet peut constituer un véritable levier d'amélioration dans les services d'urgences. Mais pour tenir cette promesse, elle doit s'accompagner d'un portage clair, d'une implication réelle des équipes, et d'un effort de pédagogie pour qu'elle devienne une pratique collective. L'hypothèse H3 est donc validée : la gestion de projet fonctionne, mais uniquement lorsqu'elle est adaptée, accompagnée et vécue comme un outil au service des soignants et des patients, et non comme une injonction venue d'en haut.

DISCUSSION

I. Réponse à la problématique

L'objectif de ce mémoire était de répondre à la question suivante :

En quoi la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer l'efficacité et la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences hospitaliers ?

L'analyse croisée d'un questionnaire diffusé auprès de 79 professionnels majoritairement issus du secteur public, et de deux entretiens semi-directifs (médecin urgentiste et chef de pôle), permet d'apporter une réponse nuancée mais convergente à cette interrogation.

Les résultats indiquent clairement que la gestion de projet constitue un levier organisationnel efficace, à condition qu'elle soit structurée, accompagnée, et portée collectivement. Elle permet notamment de clarifier les objectifs, planifier les actions, anticiper les freins, et répartir les responsabilités entre les acteurs. Dans un contexte instable comme celui des urgences hospitalières, cette approche méthodologique favorise la lisibilité des parcours, améliore la coordination interprofessionnelle et renforce la réactivité opérationnelle.

Cependant, cette capacité transformatrice reste largement sous-exploitée. Si 64 % des répondants déclarent avoir participé à un projet d'amélioration ou de réorganisation, seuls 27 % disent maîtriser les fondements de la gestion de projet. Cette dissociation révèle une pratique souvent empirique et informelle, pilotée par le terrain mais déconnectée d'un cadre méthodologique partagé. Le « projet » est souvent vécu comme une initiative ponctuelle, réactive, voire intuitive.

Les propos des professionnels rencontrés corroborent cette observation. Le médecin urgentiste évoque plusieurs réorganisations autour des filières de soins (neurologie, traumatologie...), mais sans jamais mobiliser le vocabulaire propre à la gestion de projet. Quant au chef de pôle, il reconnaît l'intérêt stratégique de la démarche, tout en constatant que « nous avons une culture de l'action, pas toujours du projet ». Ce décalage entre discours institutionnel et pratiques opérationnelles illustre un système encore en transition, où la culture projet reste périphérique.

Les outils méthodologiques, censés soutenir ces dynamiques, sont peu utilisés. Seuls 12 répondants mentionnent le diagramme de Gantt, 7 la méthode PDCA, et 28 affirment ne recourir à aucun outil structuré. Ce déficit d'outillage et de formation compromet la

professionnalisation des démarches et limite leur portée à long terme, comme le soulignent les analyses de l'ANAP (2022) ou les travaux sur la maturité projet en santé (ISO 21500, PMI 2021) (33)(35).

Paradoxalement, les professionnels expriment un intérêt marqué pour être associés à de futurs projets : 43 répondants souhaitent participer à des démarches organisationnelles, et 31 se disent ouverts selon le contexte. Cette disposition révèle non pas une réticence, mais une attente forte d'accompagnement, de reconnaissance et de structuration. Plusieurs témoignages appellent à « une approche plus collective », « un pilotage plus lisible », ou encore « une vraie méthode pour avancer ensemble ».

Les principaux freins identifiés sont récurrents : manque de temps (57), déficit de formation (47), faible soutien institutionnel (44), résistance au changement (33) et sous-effectif chronique (23). Certains parlent de projets « énergivores », « portés par des personnes déjà surchargées », ou encore de démarches vécues comme descendantes. Ces éléments rejoignent les conclusions de Spatafora sur les freins culturels à la coopération et à l'ouverture aux approches transversales dans les établissements publics (49).

Le chef de pôle interviewé insiste d'ailleurs sur la nécessité d'un soutien managérial visible et d'un temps dédié pour rendre les démarches viables : « Si on veut que ça marche, il faut que ce soit porté politiquement, et que les équipes aient le temps de s'y investir. » Il souligne également l'importance de la formation et de la communication entre les échelons décisionnels, encore trop cloisonnés dans les faits.

Enfin, les thématiques jugées les plus adaptées à une approche projet rejoignent directement les enjeux structurels des urgences : fluidité des parcours (71 réponses), qualité de vie au travail (50), accueil et orientation (46). Cela confirme la pertinence du sujet retenu pour ce mémoire, et souligne que les espaces de complexité organisationnelle sont aussi des terrains d'innovation potentielle, pour peu qu'on en donne les moyens.

En résumé, la gestion de projet peut bel et bien contribuer à fluidifier les parcours et renforcer l'efficacité organisationnelle dans les services d'urgences. Toutefois, son déploiement efficace suppose une acculturation progressive, des formations ciblées, une implication réelle des équipes, ainsi qu'un soutien institutionnel affirmé. Lorsqu'elle est comprise, partagée et intégrée dans une logique systémique, elle devient un outil de transformation au service d'une organisation hospitalière plus lisible, plus agile et plus humaine.

II. Obstacles persistants à l'efficacité des parcours patients

A. Culture organisationnelle et résistance aux changements

Parmi les principaux freins relevés dans les entretiens et dans la littérature, la culture organisationnelle des services hospitaliers ressort comme un facteur déterminant. Chaque hôpital développe avec le temps ses propres habitudes, ses façons de travailler et une forme de stabilité qui peut devenir difficile à remettre en cause. Cette routine crée une zone de confort, qui, comme l'explique David Spatafora dans son mémoire (49), peut ralentir les coopérations entre services et limiter l'ouverture à des démarches de transformation comme les projets transversaux.

L'entretien avec le chef de pôle illustre bien cette réalité. Il souligne à quel point il peut être compliqué de faire évoluer un cadre en place depuis une dizaine d'années, malgré l'envie d'innover. Cela montre que la gestion de projet, pour réussir, doit composer avec des représentations collectives fortement ancrées, et avec une forme de prudence naturelle face aux changements.

Les résultats du questionnaire appuient ce constat. Sur les 79 professionnels interrogés, 33 déclarent que la résistance au changement constitue l'un des principaux freins à la mise en œuvre de projets. Ce chiffre, loin d'être marginal, reflète une perception largement partagée selon laquelle les dynamiques d'amélioration se heurtent souvent à des blocages internes, liés à l'histoire du service, à ses routines ou à une crainte du surcroît de travail.

Par ailleurs, plusieurs répondants aux questions ouvertes expriment un sentiment de déconnexion entre les porteurs de projet et les réalités du terrain. Certains évoquent des démarches perçues comme "imposées d'en haut", sans concertation suffisante, ou "trop éloignées de la pratique quotidienne". Ce type de ressenti alimente une forme de méfiance vis-à-vis des démarches nouvelles, surtout lorsqu'elles sont perçues comme descendantes ou abstraites.

En complément, 44 répondants indiquent que le manque de soutien institutionnel est un frein important, ce qui laisse penser que la conduite du changement ne peut reposer uniquement sur l'initiative locale. Elle nécessite un cadre partagé, un accompagnement visible, et des relais à tous les niveaux de l'organisation, du terrain à la direction.

Ainsi, les résistances au changement ne traduisent pas nécessairement un refus catégorique d'évoluer, mais plutôt une attente de sens, de clarté et de reconnaissance. La mise en œuvre de projets structurés doit donc être pensée comme un processus collectif, progressif, et soutenu. Sans cette attention portée à la culture du service, même les meilleures initiatives risquent de s'essouffler ou de ne pas être appropriées par les équipes.

B. Des dynamiques d'inertie à ne pas sous-estimer

En plus des résistances explicites au changement, il existe dans les services hospitaliers des formes d'inertie plus discrètes, mais tout aussi puissantes. Elles ne se manifestent pas par un refus net des projets, mais plutôt par une difficulté à les maintenir dans le temps, à leur donner une suite. Cela tient souvent à la surcharge de travail, au rythme soutenu du quotidien, ou encore à un épuisement professionnel latent.

Le chef de pôle interrogé résume bien cette situation : « On sait ce qu'il faudrait faire, on a des idées, mais le quotidien reprend vite le dessus. » Il décrit un contexte où les urgences quotidiennes prennent systématiquement le pas sur les efforts de transformation. Même quand un projet démarre avec enthousiasme, il peut rapidement s'essouffler si l'équipe n'a ni le temps ni les moyens de le faire vivre : « On se laisse rattraper, et le projet retombe. »

Ce phénomène n'est pas une opposition volontaire au changement, mais plutôt une forme de protection face à une charge mentale déjà élevée. Dans un environnement tendu, revenir à des habitudes, même imparfaites, peut sembler plus sûr que d'ajouter une couche de complexité.

Les données du questionnaire confirment cette analyse. Sur les 79 répondants, 57 identifient le manque de temps comme le principal obstacle à la mise en place de démarches de gestion de projet. Ce chiffre, largement en tête, montre que la principale difficulté n'est pas le manque d'intérêt, mais l'absence de conditions concrètes pour s'engager dans une dynamique de changement.

D'autres réponses vont dans le même sens : 23 personnes mentionnent le sous-effectif, et 47 évoquent un déficit de formation. Ces éléments traduisent un environnement où les marges de manœuvre sont faibles, et où les professionnels doivent souvent choisir entre « faire tourner le service » et s'investir dans une démarche d'amélioration à plus long terme.

Certaines recherches viennent appuyer ces constats. Mounier et al. (2022) parlent d'« effets d'enlèvement » dans les projets hospitaliers : même bien intentionnés, ils finissent par se figer si le contexte n'est pas favorable. Mermet (2019) parle, lui, de « l'usure de l'élan » : au départ, il y a une adhésion réelle, mais sans relais clair, sans temps dégagé, l'énergie initiale se dissipe.

Cette forme d'inertie ne doit pas être interprétée comme un blocage volontaire. Elle traduit au contraire la nécessité d'un accompagnement fort. Plusieurs répondants au questionnaire expriment le besoin d'un soutien managérial visible, de temps dédié, et d'outils simples pour piloter les actions. À ces conditions, la gestion de projet peut cesser d'être perçue comme une injonction descendante, et devenir un véritable outil utile au quotidien.

C. Freins humains et syndromes d'épuisement

Les freins au changement dans les services d'urgences ne relèvent pas uniquement de la structure ou de l'organisation. Ils s'enracinent aussi dans la dimension profondément humaine du travail hospitalier. Les professionnels évoluent dans un environnement exigeant, marqué par une intensité émotionnelle et physique forte, des effectifs souvent instables, et une fatigue chronique. Cette fatigue, parfois qualifiée de "fatigue de fond", agit comme un frein silencieux à l'engagement dans des projets d'amélioration, même lorsqu'ils sont jugés pertinents.

Ce contexte difficile ne se limite pas à une ambiance générale tendue : il influence directement la capacité des équipes à se mobiliser pour transformer leurs pratiques. Plusieurs répondants du questionnaire expriment ce ressenti, notamment face à un écart entre les attentes institutionnelles et les réalités de terrain. L'un d'eux explique : « Rarement de +1 les semaines de travail car flux tendu en équipe. Du coup personne peut se dégager pour bosser sur des protocoles et projets. » D'autres soulignent un sentiment de déconnexion entre les décideurs et les soignants : « Le fossé trop grand entre les professionnels de terrain et les cadres ou décideurs, qui n'ont pas la même vision de la réalité. »

Ces témoignages illustrent que les blocages ne viennent pas uniquement d'un manque de formation ou d'outils. Ils renvoient aussi à un climat de travail ressenti comme épuisant, où l'on peine à se projeter dans des démarches nouvelles. Le questionnaire met en lumière

plusieurs indicateurs de ce malaise : le manque de temps est cité par 57 répondants, le manque de formation par 47, et l'absence de soutien institutionnel par 44. Viennent ensuite la résistance au changement (33) et le sous-effectif (23). Ces réponses traduisent une forme de tension permanente sur les ressources humaines, rendant difficile l'implication durable dans des projets d'amélioration.

Ce climat peut générer du désengagement, une certaine défiance ou une attitude de retrait face aux nouvelles initiatives. Quand les projets précédents n'ont pas produit de résultats visibles ou ont été abandonnés rapidement, la motivation collective en pâtit. Certains répondants le formulent clairement : « Ce sont pour la plupart des projets de courte durée qui ne restent pas », ou encore : « Dès que le personnel ou les lits manquent, on rediminue les dispositifs, donc on retombe dans les travers d'avant. »

Ce type de retour d'expérience, loin d'être marginal, renvoie à une réalité systémique : l'incapacité de l'institution à pérenniser les efforts entrepris fragilise la crédibilité des démarches futures. Cela n'alimente pas une opposition frontale, mais plutôt une forme de résignation ou de lassitude. Dans un environnement où la pression est constante et les marges de manœuvre limitées, l'engagement dans des projets peut alors apparaître comme une charge supplémentaire, plutôt que comme un levier d'amélioration.

Enfin, il est essentiel de souligner que ces freins humains ne sont pas des résistances individuelles isolées. Ils doivent être compris comme les symptômes d'un hôpital sous tension, où la reconnaissance, le sens du travail et la possibilité de s'impliquer dans des dynamiques collectives sont mis à mal. Pour lever ces freins, il ne suffit pas d'imposer des méthodes ou des outils ; il faut aussi créer les conditions humaines et organisationnelles d'un véritable engagement collectif.

III. Des dynamiques collectives en émergence

Malgré les freins structurels, humains et organisationnels identifiés précédemment, les résultats de cette étude révèlent une tendance plus encourageante : celle d'une volonté croissante, sur le terrain, de s'impliquer activement dans l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences. Les professionnels ne rejettent pas les démarches de transformation, à condition qu'elles soient portées par le bon sens, qu'elles soient adaptées à leurs réalités et qu'ils soient pleinement associés à leur mise en œuvre.

Les données du questionnaire illustrent clairement cette attente : 43 personnes indiquent vouloir être davantage impliquées dans des projets, et 31 autres se disent prêtes à participer selon le type de projet ou le temps disponible. Cela représente plus de 90 % des répondants, un chiffre révélateur de la motivation potentielle à mobiliser. Toutefois, cette envie ne peut s'exprimer pleinement que si certaines conditions sont réunies : transparence des objectifs, clarté du cadre, appui des responsables hiérarchiques, et surtout, possibilité de consacrer du temps à ces projets au sein d'une organisation déjà sous tension.

La littérature sur la conduite du changement, notamment les travaux de Mermet ou Fillion, insiste sur le rôle essentiel des dynamiques ascendantes. Lorsque les initiatives partent du terrain et sont construites en lien direct avec les besoins identifiés par les équipes, elles ont bien plus de chances de réussir que les démarches imposées de manière verticale. Mintzberg rappelle lui aussi la nécessité d'adapter les modèles de gestion aux spécificités des structures de soins, souvent mal à l'aise avec des logiques trop normatives ou descendantes.

Les retours du terrain vont dans ce sens. De nombreuses réponses ouvertes au questionnaire relatent des projets concrets mis en place localement : réorganisation des circuits de soins, création de postes de gestionnaires de flux, installation de cellules de coordination territoriale, ouverture de maisons médicales de garde, ou encore transformation de garages en salles d'attente. Ces initiatives, souvent issues d'une analyse pragmatique des contraintes du service, montrent qu'il existe une réelle capacité d'innovation, même dans un contexte de pression constante.

Au-delà de l'organisation, ces démarches ont des effets positifs sur la qualité de vie au travail. Plusieurs professionnels soulignent qu'un projet mené de manière collaborative renforce le sentiment d'utilité, améliore les relations entre collègues et redonne du sens au travail quotidien. Un répondant explique ainsi que la gestion de projet « permet un suivi précis, une coordination des actions, mais aussi une implication des équipes dès le départ. On sort de la simple exécution. »

Un autre facteur d'adhésion apparaît à travers les résultats de cette enquête : la présence d'un cadre structurant. Lorsqu'un projet dispose d'objectifs clairs, d'indicateurs de suivi partagés et d'un pilotage impliquant les professionnels de terrain, il génère une dynamique positive. À l'inverse, les démarches floues ou imposées sans concertation tendent à susciter défiance ou indifférence. Ce constat rejoint les apports de Fillion, qui considère qu'un projet

bien mené agit comme un levier de reconnaissance professionnelle, à condition que les acteurs soient réellement impliqués dans sa conception et sa mise en œuvre.

Ce n'est donc pas uniquement la méthode qui fait la différence, mais bien l'esprit dans lequel elle est appliquée. Les services qui créent un climat de confiance, qui valorisent les compétences locales et laissent une place à l'expérimentation, parviennent souvent à initier des changements concrets. Un professionnel rapporte, par exemple, qu'un partenariat avec SOS Médecins a permis de mettre en place un protocole de réorientation efficace, réduisant significativement l'attente sur certains créneaux horaires. Un autre évoque la création d'un salon de sortie pour les patients en attente d'ambulance, une solution simple qui a libéré rapidement des box d'examen.

Ces exemples, même s'ils restent ponctuels, montrent que des dynamiques collectives sont déjà à l'œuvre dans les services d'urgences. Si ces initiatives bénéficiaient d'un accompagnement méthodologique plus structuré, d'un soutien visible des directions et de temps réellement consacré dans les plannings, leur impact pourrait être largement amplifié. Elles montrent surtout qu'une transformation des pratiques est possible dès lors qu'elle s'appuie sur les ressources du terrain et sur la reconnaissance des professionnels comme acteurs à part entière de l'organisation hospitalière.

IV. Vers une acculturation à la démarche projet en santé

L'un des obstacles majeurs à la diffusion de la gestion de projet dans les services d'urgences reste la faible familiarité des professionnels avec cette approche. Les résultats de l'enquête montrent que seuls 32 répondants déclarent connaître ce qu'est la gestion de projet appliquée au secteur de la santé. Plus encore, seulement 27 personnes affirment avoir déjà été impliquées dans un projet structuré suivant une méthodologie clairement définie. Ce chiffre interpelle, d'autant plus que de nombreuses initiatives mentionnées dans les réponses libres : réorganisations de circuits, réunions de coordination, création de nouveaux dispositifs relèvent d'une logique projet, sans que cette notion soit explicitement reconnue.

Ce décalage est renforcé par l'utilisation encore très limitée d'outils spécifiques. Lorsqu'on interroge les professionnels sur les méthodes utilisées, la majorité répond ne pas savoir (37) ou indique ne pas avoir recours à d'outils particuliers (28). Les outils cités restent rares : 12 personnes mentionnent le diagramme de Gantt, 7 évoquent le cycle PDCA ou les méthodes Agile, et seulement 4 le Lean Management. Ces chiffres témoignent moins d'un rejet que

d'un manque de repères concrets. Les professionnels n'ont pas de refus de principe face à la gestion de projet ; ils ne disposent simplement pas toujours des connaissances ou des outils pour l'adopter pleinement.

Les entretiens réalisés dans le cadre de ce travail viennent conforter ce diagnostic. Le chef de pôle interrogé souligne l'importance de sortir du fonctionnement improvisé, du "bricolage permanent", en posant des bases communes. Il insiste sur la nécessité de donner des repères partagés, pour que chacun comprenne ce qu'est un projet, à quoi il sert, et comment il peut contribuer à améliorer concrètement les conditions de travail et la qualité des soins. Ce besoin d'un langage commun rejoint les préconisations de la HAS ou de l'ANAP, qui recommandent une diffusion structurée de la culture projet, à travers des référentiels partagés, des formations ciblées, et un engagement clair des instances dirigeantes.

Pour accompagner cette acculturation, plusieurs leviers peuvent être activés. Le premier est celui de la formation. Aujourd'hui encore, peu de cursus, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, intègrent un enseignement sur la conduite de projet en milieu hospitalier. L'offre de formation continue, quant à elle, reste inégale, souvent peu adaptée aux contraintes des services. Pourtant, des formats courts, concrets, ancrés dans les réalités du terrain, pourraient constituer des points d'entrée efficaces, notamment pour les cadres de proximité et les professionnels volontaires.

Le deuxième levier repose sur la reconnaissance institutionnelle de ces compétences. Tant que les projets ne sont pas valorisés, que ce soit en termes de parcours professionnel, d'évaluation ou de visibilité dans l'établissement, ils risquent de rester perçus comme des efforts supplémentaires peu gratifiants. À l'inverse, lorsqu'un projet bien mené est mis en lumière, partagé en retour d'expérience ou même simplement salué par la hiérarchie, il devient un véritable facteur de motivation pour les équipes.

Enfin, le rôle du management est fondamental. Les cadres, chefs de service et responsables de pôle peuvent devenir de véritables relais de cette culture projet, à condition d'être eux-mêmes formés, soutenus et légitimés dans cette fonction. Leur capacité à créer un climat de confiance, à organiser le travail collectif, à prioriser les actions et à donner du sens au changement, est déterminante. Cela implique un engagement fort de la direction, pour que ces démarches ne reposent pas uniquement sur la bonne volonté des équipes, mais soient intégrées pleinement dans la stratégie de l'établissement.

Ainsi, développer une culture partagée de la gestion de projet dans les services d'urgences ne relève pas seulement d'un enjeu technique ou méthodologique. C'est aussi une question de reconnaissance, de posture managériale, et de transformation en profondeur des modes de fonctionnement hospitaliers. C'est dans cette direction que se dessine la possibilité d'un changement durable, porté par et pour les professionnels de terrain.

VII. Limites de l'étude

Comme tout travail de recherche, cette étude comporte certaines limites, qu'il convient de reconnaître pour en apprécier pleinement la portée.

La première limite tient à la méthode de collecte des données. L'enquête repose principalement sur un questionnaire diffusé en ligne, auquel 79 professionnels ont répondu. Si ce chiffre permet une certaine représentativité en termes de diversité de profils et de lieux d'exercice, il ne permet pas d'établir des comparaisons fines entre établissements, ni de distinguer précisément les dynamiques propres à certains types de services d'urgences (pédiatriques, adultes, centres urbains ou hôpitaux périphériques). Une approche plus ciblée, centrée sur un ou deux services spécifiques, aurait permis d'analyser plus en profondeur les pratiques et les contextes d'organisation.

De même, le nombre d'entretiens réalisés constitue une autre limite. Deux professionnels seulement un médecin urgentiste et un chef de pôle ont été interrogés. Bien que leurs propos aient enrichi l'analyse qualitative et permis de croiser les données du questionnaire, ils ne suffisent pas à refléter la pluralité des points de vue, notamment ceux des personnels paramédicaux ou des agents administratifs, souvent en première ligne dans la gestion des flux et la mise en œuvre des projets. Des entretiens supplémentaires, notamment avec des infirmiers, aides-soignants ou coordonnateurs, auraient renforcé la portée exploratoire du mémoire.

Par ailleurs, cette étude ne s'est pas attachée à suivre un projet spécifique dans sa chronologie, de sa conception à son évaluation. Un suivi de terrain ou une observation participante dans un service engagé dans une démarche projet aurait permis d'illustrer plus concrètement les processus à l'œuvre, les difficultés rencontrées, ainsi que les leviers d'adhésion ou de blocage. Cela aurait également facilité l'identification des facteurs de réussite, souvent contextuels et humains.

Enfin, les réponses au questionnaire ont été recueillies sur la base du volontariat, ce qui peut introduire un biais d'engagement : les personnes qui ont accepté de répondre sont peut-être celles qui se sentent déjà concernées ou intéressées par la thématique. Les résultats peuvent donc surestimer l'intérêt réel pour la gestion de projet au sein de l'ensemble des professionnels des urgences.

Malgré ces limites, l'étude permet de dégager des tendances solides et cohérentes, en posant les premiers jalons d'une réflexion plus large sur l'acculturation à la démarche projet dans les services hospitaliers. Elle appelle à des approfondissements futurs, plus localisés et participatifs, pour accompagner durablement les transformations organisationnelles dans les services d'urgences.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Ce mémoire a été l'occasion d'interroger, à travers une approche rigoureuse et ancrée dans le réel, une question centrale : en quoi la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer l'efficacité et la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences hospitaliers ? Loin d'une réflexion théorique ou déconnectée, cette problématique touche au cœur des dynamiques hospitalières actuelles : comment mieux faire face à la complexité, à la pression, à l'urgence... sans épuiser les équipes, ni perdre de vue le sens du soin ?

L'analyse menée montre que la gestion de projet constitue un levier structurant pour sortir d'une logique de réaction permanente. Lorsqu'elle est appropriée par les équipes, qu'elle repose sur des outils adaptés et qu'elle s'inscrit dans une dynamique collective, elle permet d'organiser les ressources, d'anticiper les tensions, de rendre les efforts plus visibles, plus évaluables, et donc plus durables. Elle ne résout pas tous les problèmes, mais elle offre un cadre pour avancer autrement.

Pourtant, cette potentialité reste encore peu exploitée. Mon enquête révèle un paradoxe frappant : sur le terrain, de nombreuses initiatives voient le jour création de filières, cellules de gestion des lits, optimisation des circuits... mais elles peinent à être identifiées comme de véritables projets structurés. Cette absence de formalisme méthodologique limite leur diffusion, leur évaluation, et parfois même leur reconnaissance par les équipes elles-mêmes.

En parallèle, la culture de la gestion de projet reste très hétérogène dans les services hospitaliers. Si certains professionnels y sont sensibilisés, nombreux sont ceux qui n'ont jamais été formés, ni associés aux démarches de transformation. Pourtant, lorsqu'on leur en donne l'opportunité, une majorité exprime une envie de s'impliquer, à condition d'être accompagnée, écoutée et valorisée. Ce potentiel d'engagement constitue un véritable levier à activer.

Ce travail m'a permis de croiser deux regards : celui, analytique, porté sur les pratiques organisationnelles ; et celui, plus incarné, d'une alternante en direction hospitalière attentive aux dynamiques humaines qui traversent les services. Il m'a aussi rappelé que l'amélioration des parcours ne repose pas uniquement sur des outils, mais aussi sur des postures, des coopérations et un sens partagé. Le changement ne peut venir uniquement

d'en haut : il a besoin d'alliances entre encadrement et terrain, entre méthode et vécu, entre stratégie et quotidien.

En guise de prolongement, une piste me paraît particulièrement féconde : construire un outil de diagnostic simple et opérationnel pour évaluer la « maturité projet » d'un service d'urgences. Basé sur les pratiques existantes et nourri par les retours de terrain, un tel outil pourrait aider les établissements à mieux cibler leurs besoins en accompagnement, en formation, ou en pilotage.

Ce mémoire n'a pas vocation à apporter une réponse unique à une problématique aussi complexe. Mais il trace des chemins possibles, ouvre des perspectives concrètes et témoigne d'une conviction : l'hôpital peut changer, à condition de lui en donner les moyens, le cadre et la confiance. C'est avec cette conviction que je souhaite, en tant que future cheffe de projet, contribuer à une transformation hospitalière plus agile, plus humaine, et plus engagée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guillot JF. L'Hôtel-Dieu de la Cité, histoire et architecture, ile de la Cité Paris [Internet]. Les visites guidées de Jean-François Guillot. 2016 [cité 9 juin 2025].
2. Tremblay C. Compte-rendu : Naissance de la clinique de Michel Foucault.
3. WFSA [Internet]. [cité 9 juin 2025]. Histoire de l'anesthésie.
4. Comment Joseph Lister a-t-il contribué à prévenir les maladies ? [Internet]. [cité 9 juin 2025].
5. Infirmiers.com [Internet]. [cité 10 juin 2025]. Secourisme – Présentation du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).
6. Sciences Po [Internet]. [cité 9 juin 2025]. L'urgence : une longue histoire.
7. 319-320 lareng.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
8. Décret no 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) - Légifrance [Internet]. [cité 10 juin 2025].
9. loi_9_janvier_1986.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2025].
10. Galichon B. Le service des Urgences aujourd'hui. Laennec. 27 janv 2014;62(1):25-35.
11. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) [Internet]. 2024 [cité 9 juin 2025].
12. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 9 juin 2025].
13. Article L6111-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 9 juin 2025].
14. Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 juin 2025].
15. 08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
16. Rédaction L. Lettre ouverte : Association du Collectif Santé en danger [Internet]. Souffrance et Travail. 2022 [cité 2 juin 2025].
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 9 juin 2025]. Lettre ouverte du Collège de la HAS à tous ceux qui œuvrent pour la qualité des soins et des accompagnements.
18. r21-587-21.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
19. ARA202383.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].

20. 2025 - Les politiques de lutte contre la désertification .pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
21. Crise aux urgences | CGT [Internet]. [cité 9 juin 2025].
22. Crise des urgences médicales : un malaise persistant | vie-publique.fr [Internet]. 2022 [cité 9 juin 2025].
23. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 9 juin 2025]. Pacte de refondation des Urgences - 20 Septembre 2019.
24. 190919-cp_ministre_urgences_septembre_2019.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
25. Le Ségur de la santé [Internet]. 2023 [cité 9 juin 2025].
26. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 2 juin 2025].
27. Une dégradation aux urgences cet été, selon 39 % des hôpitaux publics. 4 sept 2024 [cité 9 juin 2025];
28. SPF. Chaleur et santé. Bilan de l'été 2024. [Internet]. [cité 9 juin 2025].
29. 20241119-Accueil-et-traitement-des-urgences-a-l-hopital.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
30. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. 2025 [cité 9 juin 2025]. Le service d'accès aux soins (SAS).
31. Sénat [Internet]. 2002 [cité 9 juin 2025]. Mise en place d'un service d'accueil médical initial (SAMI).
32. Tour de France des CPTS.
33. ISO-21500-2012.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
34. Good L. 5 Phases of Project Management Life Cycle | Complete Guide [Internet]. project-management.com. 2023 [cité 9 juin 2025].
35. pmi_pulse_2021.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
36. MSP 5th edition – what has changed? | Axelos [Internet]. [cité 9 juin 2025].
37. Gantt.com [Internet]. [cité 9 juin 2025]. Qu'est-ce qu'un diagramme de Gantt ?
38. Le cycle PDCA : Les 4 étapes Plan, Do, Check, Act [Internet]. [cité 9 juin 2025].
39. Qu'est-ce que la méthode agile ? Principes de fonctionnement [Internet]. 2022 [cité 9 juin 2025].

40. projet C de. Lean management : principe, méthodes et outils [Internet]. Chef-de-projet.fr. 2024 [cité 9 juin 2025].
41. Comment déterminer la complexité d'un projet ? [Internet]. [cité 9 juin 2025].
42. Ghita. Contraintes de projet : comment les gérer efficacement ? [Internet]. Bubble Plan : blog de la Gestion de Projet efficace et collaborative. 2024 [cité 9 juin 2025].
43. Le modèle de maturité de la gestion de projet et ce qu'il signifie pour votre entreprise [Internet]. [cité 9 juin 2025].
44. Comment vaincre les résistances au changement ? Conseils pratiques [Internet]. [cité 9 juin 2025].
45. benefits-focus-during-project-execution.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
46. Sponsor de projet : Rôle et missions en gestion de projet [Internet]. 2023 [cité 9 juin 2025].
47. CHU-RENNES-AH42.pdf [Internet]. [cité 9 juin 2025].
48. Pasquelin A. Hospitalia, le magazine de l'hôpital pour toute l'actualité et l'information hospitalière. [cité 9 juin 2025]. Nicolas Delaporte, DSN du CHU de Toulouse : « Nous traçons un avenir numérique consolidé par les usages ». l
49. david_spatafora.pdf [Internet]. [cité 22 juin 2025].

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	4
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : URGENCES ET GESTION DE PROJET.....	9
I. L'évolution historique et les enjeux contemporains des urgences hospitalières	9
A. Genèse des urgences hospitalières : des hospices à la médecine d'urgence	9
B. Organisation actuelle du système d'urgences	11
C. Dynamiques d'engorgement et enjeux de parcours	13
D. Les crises comme révélateur d'opportunités de transformation	15
E. Les urgences hospitalières aujourd'hui	17
II. La gestion de projet : principes, outils et intérêt potentiel pour le secteur hospitalier	19
A. Définir la gestion de projet : une approche structurante au service de l'action	19
B. Les grands référentiels et outils	20
C. La gestion de projet dans les contextes complexes ou contraints.....	22
D. Vers une culture projet : freins, leviers et dynamiques organisationnelles	23
III. Objectif de l'étude.....	25
PARTIE 2 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	26
I. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE	26
II. PRESENTATION DU TERRAIN ET DU CONTEXTE PROFESSIONNEL.....	27
III. ENQUETE QUANTITATIVE	28
IV. Entretiens semi-directif	29
V. Méthodes d'analyse des données recueillies.....	31
VI. Considérations éthiques et limites de la recherche	32
PARTIE 3 : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ENQUETE	34
I. Une perception inégale et parfois floue de la gestion de projet (H1).....	34
II. Une dynamique d'amélioration freinée par un déficit de structuration et de coordination (H2)	35
III. Une gestion de projet perçue comme un levier d'amélioration lorsqu'elle est accompagnée (H3)	37
DISCUSSION	40
I. Réponse à la problématique	40
II. Obstacles persistants à l'efficacité des parcours patients	42

A.	Culture organisationnelle et résistance aux changements.....	42
B.	Des dynamiques d’inertie à ne pas sous-estimer	43
C.	Freins humains et syndromes d’épuisement	44
III.	Des dynamiques collectives en émergence.....	45
IV.	Vers une acculturation à la démarche projet en santé	47
VII.	Limites de l’étude.....	49
	CONCLUSION GÉNÉRALE	51
	BIBLIOGRAPHIE.....	53
	SOMMAIRE	56
	LISTE DES ABREVIATIONS	58
	ANNEXES.....	59

LISTE DES ABREVIATIONS

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi)

ISO : International Organization for Standardization

PMBOK : Project Management Body of Knowledge

PRINCE2 : Projects IN Controlled Environments (méthode de gestion de projet)

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAMI : Service d'Accueil Médical Initial

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ANNEXES

ANNEXE I - QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE	60
ANNEXE II - GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF	64
ANNEXE III – RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	66
ANNEXE IV - SLIDE PRESENTATION PROTOTYPE CHARIOT SENSORIEL	71

ANNEXE I - QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Participez à une étude sur les pratiques de gestion de projet aux urgences hospitalières

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de Master 2 Management Sectoriel à l'ILIS, je m'intéresse à l'utilisation de la gestion de projet comme levier d'amélioration de l'efficacité et de la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences hospitaliers.

"Comment la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer l'efficacité et la fluidité des parcours patients dans les services d'urgences hospitaliers ?"

Ce questionnaire s'adresse aux professionnels de santé travaillant en service d'urgence (aide-soignant.e, infirmier.e, médecin, cadre, etc.) afin de mieux comprendre, si, et comment, la gestion de projet est mise en œuvre dans leur établissement. L'objectif est d'identifier les pratiques actuelles, les outils éventuellement utilisés, ainsi que le niveau d'implication des équipes dans cette démarche.

Les réponses à ce questionnaire sont strictement anonymes et confidentielles. Elles seront analysées dans le seul cadre de mon mémoire, dans le but de mieux cerner les enjeux organisationnels spécifiques aux urgences et d'envisager des pistes d'amélioration concrètes.

Durée du questionnaire : environ 5 minutes

Merci pour le temps que vous accorderez à cette étude. Votre participation est précieuse pour enrichir la réflexion sur l'optimisation des parcours patients en milieu hospitalier.

Pour toute question ou précision : lison.chiampi.etu@univ-lille.fr

Lison CHIAMPI

Présentation

1. Quel est votre poste actuel ? *

- ☐ Médecin urgentiste
- ☐ Cadre de santé
- ☐ Infirmier(e)
- ☐ Aide-soignant(e)
- ☐ Interne

2. Si autre, préciser :

Entrez votre réponse

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en service d'urgences ? *

- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ 2 à 5 ans
- ☐ 6 à 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

4. Quel est le type d'établissement dans lequel vous exercez ? *

- ☐ Hôpital public
- ☐ Clinique privée
- ☐ ESPIC (Etablissement privé d'intérêt collectif)

5. Si autre, préciser :

Entrez votre réponse

Votre service

6. Votre service est-il actuellement confronté à l'une des problématiques suivantes ? *

- ☐ Surcharge des urgences
- ☐ Temps d'attente trop long
- ☐ Manque de coordination entre professionnels
- ☐ Difficulté de recrutement
- ☐ Sous-effectif
- ☐ Manque de lits d'aval
- ☐ Manque d'outils numériques adaptés

7. Si autre, préciser :

Entrez votre réponse

8. Des démarches ont-elles déjà mises en oeuvre pour répondre à ces problématiques ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

9. Si oui, lesquelles ? *

Entrez votre réponse

Connaissance de la gestion de projet

10. Connaissez-vous la notion de "gestion de projet" appliquée à la santé ? *

La gestion de projet dans le domaine hospitalier consiste à structurer une démarche pour atteindre un objectif précis (ex : améliorer les flux patients, mettre en place un nouveau protocole, digitaliser un service). Elle repose sur une planification rigoureuse, la mobilisation d'acteurs variés et l'utilisation d'outils comme le Lean Management, le diagramme de Gantt ou le cycle PDCA.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ J'en ai entendu parler mais je ne sais pas précisément ce que c'est

11. Avez-vous déjà été impliqué dans un projet structuré selon une démarche de gestion de projet ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

12. Avez-vous un exemple ? *

Entrez votre réponse

13. Souhaiteriez-vous être davantage impliqué dans des projets organisationnels dans votre service ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Cela dépend du projet

Gestion de projet dans votre service

14. A votre connaissance, votre service a-t-il déjà mis en oeuvre une démarche de gestion de projet ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

15. Quel(s) objectif(s) visait cette démarche ? *

- ☐ Réduction des temps d'attente
- ☐ Réorganisation des flux patients
- ☐ Meilleure coordination interprofessionnelle
- ☐ Mise en place de nouveaux outils numériques
- ☐ Amélioration de la qualité des soins

16. Si autre, préciser :

Entrez votre réponse

17. Quels outils de gestion de projet avez-vous déjà vu utilisés dans votre service ? *

- ☐ Diagramme de Gantt
- ☐ Cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act)
- ☐ Méthode de Lean Management
- ☐ Méthode de Six Sigma
- ☐ Méthode Agile
- ☐ Aucun
- ☐ Je ne sais pas

18. Selon vous, ces démarches ont-elles été efficaces ? *



- ☐ Oui
- ☐ Partiellement
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

19. Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

Entrez votre réponse

20. Les équipes ont-elles été associées à ces projets ? *

- ☐ Oui, dès le départ
- ☐ Oui, mais en cours de projet
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

21. Pensez-vous que la gestion de projet pourrait contribuer à améliorer l'organisation des urgences ? *



- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Peut-être
- ☐ Je ne sais pas

22. Quels sont, selon vous, les principaux freins à la mise en place de la gestion de projet dans votre service ? *

- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque de formation/connaissance
- ☐ Manque de personnel
- ☐ Résistance au changement
- ☐ Manque de soutien institutionnel

23. Si autre, préciser :

Entrez votre réponse

24. Quelles thématiques mériteraient, selon vous, une approche par gestion de projet dans votre service ? *

- ☐ Fluidité des parcours patient
- ☐ Qualité de vie au travail
- ☐ Communication interservices
- ☐ Organisation des gardes
- ☐ Réduction des erreurs médicamenteuses
- ☐ Accueil et orientation des patients

ANNEXE II - GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

0. Présentation rapide de l'entretien (2 min)

- Présente-toi, le cadre de ton mémoire
- Rappelle que l'entretien est anonyme et à but académique
- Temps estimé : 45–50 min

1. Perception et contexte du service (≈ 10 min)

Objectif : Comprendre le fonctionnement général du service pour contextualiser les projets

- Pouvez-vous décrire brièvement le service ? (nombre de passages, organisation générale)
- Combien de professionnels travaillent ici ? (ETP, spécialités)
- Quels sont, selon vous, les principaux freins à la fluidité des parcours patients aujourd'hui ?
- Avez-vous identifié des points critiques ou goulots d'étranglement dans la prise en charge ?

2. La gestion de projet aux urgences (≈ 30 min)

Objectif : Explorer des exemples concrets de projets, leur mise en œuvre et leur impact

2.1 Exemple de projet appliqué aux urgences

- Avez-vous récemment participé à un projet dans votre service ?
 - Si oui : Quel était l'objectif principal ? (ex : réduire le temps d'attente, améliorer l'orientation...)
 - Quelle a été votre implication ?
- Quelle a été la méthode utilisée pour piloter le projet ? (ex : Plan d'action, méthode Agile, Lean...)
- Quels résultats ont été obtenus ? Ont-ils été mesurés ?
- Avez-vous perçu un impact sur la fluidité du parcours patient ou sur la qualité des soins ?

2.2 Analyse critique de la démarche

- Selon vous, quels ont été les avantages de ce projet pour le service ?
- Et les inconvénients ou difficultés rencontrées ?
- Avez-vous eu les moyens nécessaires (humains, financiers, organisationnels) pour mener à bien le projet ?
- Le personnel a-t-il été impliqué, formé, consulté ?

2.3 Axes d'amélioration

- Que pourrait-on améliorer dans la façon de mener un projet ?

- Quels types de projets vous semblent prioritaires aujourd'hui ?
- Selon vous, qu'est-ce qui favoriserait une meilleure fluidité des parcours aux urgences à l'avenir ?

3. Conclusion (≈ 5 min)

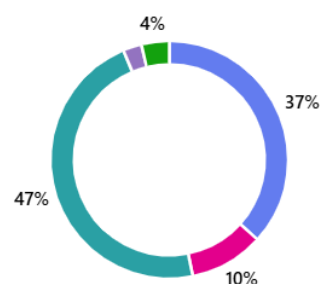
- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?
- Si vous pouviez lancer un projet demain, quel serait-il ?
- Seriez-vous prêt(e) à participer à un nouveau projet d'amélioration ?

ANNEXE III – RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

1. Quel est votre poste actuel ? (0 point)

[En savoir plus](#)

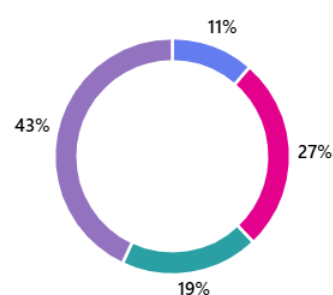
● Médecin urgentiste	29
● Cadre de santé	8
● Infirmier(e)	37
● Aide-soignant(e)	2
● Interne	3



3. Depuis combien de temps travaillez-vous en service d'urgences ? (0 point)

[En savoir plus](#)

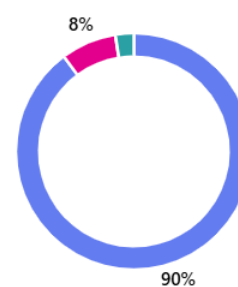
● Moins de 2 ans	9
● 2 à 5 ans	21
● 6 à 10 ans	15
● Plus de 10 ans	34



4. Quel est le type d'établissement dans lequel vous exercez ? (0 point)

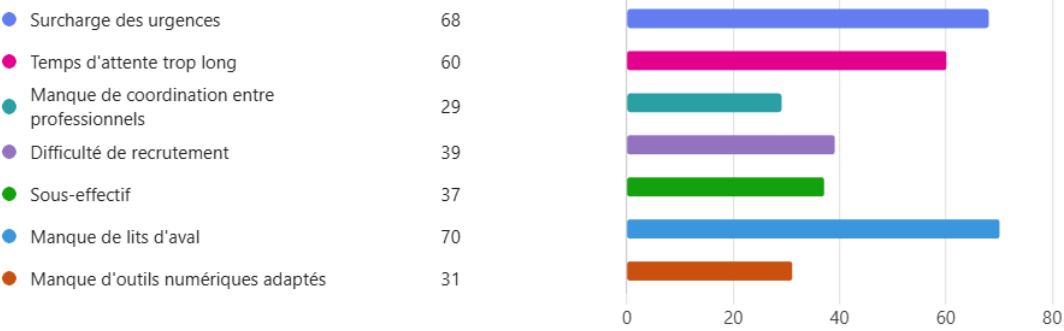
[En savoir plus](#)

● Hôpital public	71
● Clinique privée	6
● ESPIC (Etablissement privé d'intérêt collectif)	2



6. Votre service est-il actuellement confronté à l'une des problématiques suivantes ? (0 point)

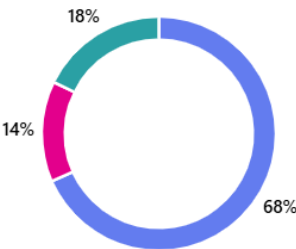
[En savoir plus](#)



8. Des démarches ont-elles déjà mises en oeuvre pour répondre à ces problématiques ? (0 point)

[En savoir plus](#)

Oui	54
Non	11
Je ne sais pas	14



9. Si oui, lesquelles ? (0 point)

[En savoir plus](#)

54
Réponses

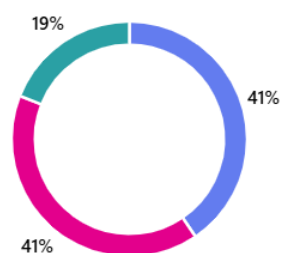
Dernières réponses

"mise en place d'un ordonnancement des lits, prescription des imageries san... "
"Parcours patient Travaux de restructuration en cours"
...

10. Connaissez-vous la notion de "gestion de projet" appliquée à la santé ? (0 point)

[En savoir plus](#)

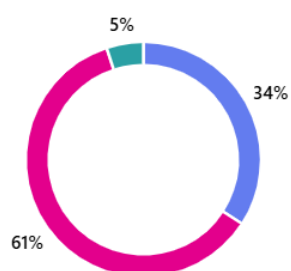
● Oui	32
● Non	32
● J'en ai entendu parler mais je ne sais pas précisément ce que c'est	15



11. Avez-vous déjà été impliqué dans un projet structuré selon une démarche de gestion de projet ? (0 point)

[En savoir plus](#)

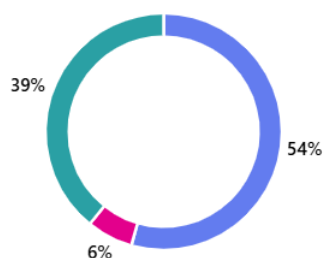
● Oui	27
● Non	48
● Je ne sais pas	4



13. Souhaiteriez-vous être davantage impliqué dans des projets organisationnels dans votre service ? (0 point)

[En savoir plus](#)

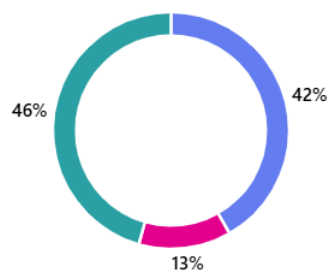
● Oui	43
● Non	5
● Cela dépend du projet	31



14. A votre connaissance, votre service a-t-il déjà mis en oeuvre une démarche de gestion de projet ? (0 point)

[En savoir plus](#)

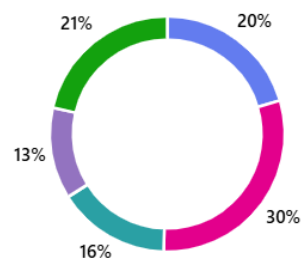
● Oui	33
● Non	10
● Je ne sais pas	36



15. Quel(s) objectif(s) visait cette démarche ? (0 point)

[En savoir plus](#)

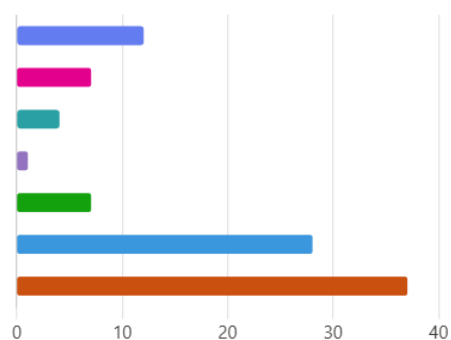
● Réduction des temps d'attente	21
● Réorganisation des flux patients	31
● Meilleure coordination interprofessionnelle	16
● Mise en place de nouveaux outils numériques	13
● Amélioration de la qualité des soins	22



17. Quels outils de gestion de projet avez-vous déjà vu utilisés dans votre service ? (0 point)

[En savoir plus](#)

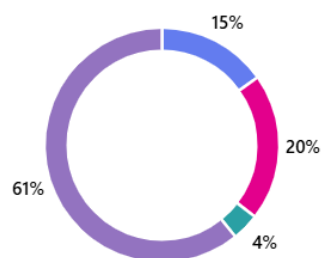
● Diagramme de Gantt	12
● Cycle PDCA (Plan-Do-Check-Act)	7
● Méthode de Lean Management	4
● Méthode de Six Sigma	1
● Méthode Agile	7
● Aucun	28
● Je ne sais pas	37



18. Selon vous, ces démarches ont-elles été efficaces ? (0 point)

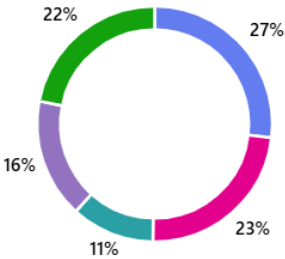
[En savoir plus](#)

● Oui	12
● Partiellement	16
● Non	3
● Je ne sais pas	48



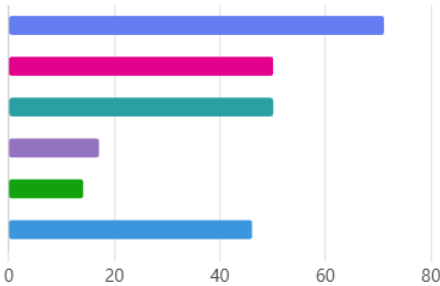
22. Quels sont, selon vous, les principaux freins à la mise en place de la gestion de projet dans votre service ? (0 point) [En savoir plus](#)

● Manque de temps	54
● Manque de formation/connaissance	47
● Manque de personnel	23
● Résistance au changement	33
● Manque de soutien institutionnel	44



24. Quelles thématiques mériteraient, selon vous, une approche par gestion de projet dans votre service ? (0 point) [En savoir plus](#)

● Fluidité des parcours patient	71
● Qualité de vie au travail	50
● Communication interservices	50
● Organisation des gardes	17
● Réduction des erreurs médicamenteuses	14
● Accueil et orientation des patients	46



ANNEXE IV - RETRANSCRIPTIONS ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

1^{er} entretien :

Nom : Monsieur X, médecin urgentiste

Date et heure de l'entretien : 30 mai à 11h

Lieu d'entretien : visioconférence

Durée de l'entretien : 23 :57 min

Moi : Bonjour. Alors de ce fait, on va pouvoir commencer si vous voulez, je vous laisse vous présenter et je le ferai aussi en retour.

Monsieur X : XXX 61 ans , j'ai commencé en 92 ou 93 je ne sais jamais. 25 ans, ça met 93 où j'ai démissionné en 2018 pour des raisons personnelles, enfin familiales. J'étais très bien mais bon voilà place aux jeunes. Je voulais aller jusqu'aux JO mais en fait mes enfants auraient 18 ans, donc... je ne suis même pas sûr qu'ils sachent encore comment je m'appelais. Donc j'ai démissionné en bonne intelligence, j'ai fait. J'ai fait 15 ans aux urgences médicales de Paris, qui est le pendant de SOS médecins. En parallèle du 7093, j'ai toujours eu un pied dans le privé. Sauf que maintenant je suis que privé et depuis 2007, je suis installé au sein de la société des urgences franciliennes qui gère 4 positions. Une à la clinique internationale de Montceau qui est instrument programmée 6 7. Mais en journée, on va dire un service d'urgence à Champigny Paul d'Egine, donc là, c'est un service d'urgence H 20 477 à Pontault-Combault, qui est un soin non programmé historique, qui est la réminiscence de l'ex clinique de la Francilienne qui est un gros pôle médical qui gère 23000 passages par an à peu près. Qui est là 778 20 jossini qui revient de débiter il y a 2 ou 3 ans en face de l'hôpital pour un soin non programmé Et voilà.

Moi : Merci beaucoup pour ces explications.

Monsieur X : Cette société gère à peu près 60000 patients par an. Donnez-nous soit non programmé quoi, urgence ou que soit Non programmée, d'accord, voilà.

Moi : De ce fait, je vais également me présenter un petit peu de de vive voix. Donc moi c'est lison CHIAMPI. Je suis en 2e année de master Marine sectorielle à la faculté d'ingénierie de management de la santé sur Lille. Et de ce fait, dans le cadre de ma dernière année d'études, on doit effectuer un mémoire et j'ai décidé de le faire sur la problématique suivante, en quoi la gestion de projet peut-elle contribuer à améliorer la fluidité et l'efficacité des parcours patients dans les urgences hospitalières ? Et donc à travers ces entretiens, je voulais vraiment essayer de comprendre un peu la place qu'avait la gestion de projet pour donc les médecins gentils, les infirmiers, et cetera. Voir comment vous l'abordez on va dire et la perception que vous avez de la gestion de projet. De ce fait vous m'avez un peu déjà présenté les le nombre de passages, et cetera, que que vous aviez on va dire.

Pour vous, quels sont les freins vraiment à la fluidité des parcours patients aujourd'hui dans les urgences

Monsieur X : Avant ça, c'est quoi un projet ? Qu'est-ce que vous entendez par projet

Moi : Alors qu'est-ce que j'entends par projet ? La gestion de projet, c'est vraiment l'ensemble des étapes qu'on va suivre pour qu'un projet se réalise bien du début à la fin pour la, la santé, c'est d'organiser efficacement un changement dans un environnement vraiment plus complexe et sensible, comme par exemple les urgences pour mieux répondre aux besoins éventuels des patients ou des équipes soignantes tout en optimisant les moyens disponibles. Donc dans la santé on sait qu'il y a des contraintes. Il y a déjà l'enjeu humain qui est très fort, la multiplicité des acteurs. Tout ce qui va être

les contraintes organisationnelles et c'est aussi un objectif qualitatif et quantitatif, donc on va dire qu'on va chercher en efficacité mais sans perdre la qualité de soins, et cetera, et forcément bah tout ce qui est le respect des réglementations éthiques donc, avec notamment la HAS ou même les lois RGPD et cetera.

Monsieur X : OK alors quelle était la question ?

Moi : Pour vous aujourd'hui, quel serait vraiment les freins pour la fluidité des parcours patient ?

Monsieur X : 2 Alors pour la fluidité ? Alors je vais prendre la question à l'envers. Pour la fluidité des urgences, ce qui compte c'est l'urgentiste qui est demandeur à partir du moment où il y a un non X ou y, ça freine tout de suite la prise en charge. On en veut pour preuve, refus d'un scanner, refus d'une IRM, refus d'un patient X ou y alors que la filière est bien définie. Ça, c'est un frein majeur. Donc nous, on a développé tout un tas de filières de soins qui sont très spécifiques car il y a 2 principes en en urgence qui sont pour la plupart du temps plus des urgences. Faut bien aussi en être conscient. C'est à dire que c'est un des drames d'ailleurs de mes jeunes confrères qui sont très bien formés, très bons et très spécialisés, qui vont se suicider avant de devoir bouffer des gardes. Et surtout, ils voient plus d'urgence aux urgences. Ça c'est un drame. Ils sont ultra formés à la vraie urgence. En fait, il y en a plus. Enfin c'est exceptionnel quoi. Donc ils s'ennuient. Donc là ce qui compte c'est le oui, donc c'est l'établissement dans les projets l'établi de de filière de soins donc.

L'autre principe, c'est que je dis toujours aux jeunes, attention à un urgentiste avec un scanner est vachement plus intelligent qu'un urgentiste sans scanner. Donc comme nous, on nous fait aucun cadeau puisque on est des urgences, on a le plateau technique. Il faut qu'on multiplie peut-être un peu plus les examens complémentaires que les autres parce qu'il faut aller au bout de l'histoire et que de toute façon, on nous reprochera toujours le défaut de moyens. Voilà ce d'autant plus dans le privé puisqu'il y a une grosse différence entre public et privé. Comme vous le savez sûrement, c'est la gestion du Tribunal grâce à Monsieur Napoléon Bonaparte puisque dans l'administration du tribunal administratif, donc globalement, on s'en fout des fautes du service, faut vraiment y aller alors que nous d'emblée c'est TGI. Je vous donne grande instance avec juge et les juges ils vont toujours à la recherche d'informations puisque leur boulot c'est surtout de juger.

On a mis en place tout un tas de projets de filières de soins. Et le 2e principe que j'ai oublié. Un urgentiste est bon parce qu'il a des bons spécialistes autour de lui. Parce qu'il faut bien voir que dans cette ligne de soins il faudrait, c'est la qualité du service qui va aussi rejaillir sur l'urgentiste. C'est toute la problématique de l'île de France par rapport à Bayonne, on va dire ou Bayonne t'as un problème sous dural, Et bah le sou dural il va forcément au Bab, enfin à l'hôpital de Bayonne ou à Guilla ~~Guilla~~ parce que t'as pas le choix. À Paris, tu as je sais plus combien, 9 ou 11 CH c'est énorme. Il y a toujours une façon de dire non à un processus. Même si les soins sont de grande qualité, il y a toujours facilité à dire non. Voilà alors que dans province, c'est oui, enfin c'est oui s'il y a de la place.

Donc le projet, il est avant tout dans mon sens. D'abord pour le patient, la fluidité c'est la filière de soins, c'est à dire que dans nos urgences ou nos soins pour nos programmés, les patients ressortent toujours avec une réponse à un problème, soit un rendez-vous rapide, soit une thérapie bien menée, mais on ne répond pas à tous les problèmes, notamment sociaux.

Et donc, ce qui compte surtout après dans les projets, c'est la cohésion de l'équipe et le fait qu'on se parle dans l'équipe paramédicale et médicale. C'est à dire que la, ce qui compte pour la fluidité c'est non seulement la gravité du patient, mais c'est souvent assez, on va dire assez faible. Quand je dis assez faible, c'est que l'hôpital maintenant fait peur à quiconque, même si de temps en temps c'est catastrophique.

Mais sinon ce qui compte c'est la filière de soin. Donc nous on a développé des circuits courts pour notamment la Traumatologie, les plaies. Ah oui, j'ai oublié de vous dire, je travaille exclusivement avec des SOS maintenant. À chaque fois, y a un SOS Main qui est rattaché à nos soins non programmés ou à nos urgences donc on a une spécificité SOS Main. Et surtout on a des spécialistes par rapport au CHU qui sont très disponibles pour un avis, un conseil, tu fais ça. Je le revois dans 10 jours, pas de problème. Ça crée cette fluidité d'avoir une positivité, une cohésion intermédiaire. Ça retentit aussi sur le paramédical qui sait exactement ce qu'il doit faire. Donc la cohésion se fait sur l'enseignement, sur des ~~des~~ procédures de je ne sais pas, on répète un massage cardiaque, on répète une intubation.

Qu'est-ce qu'on fait pour les jeunes après l'absence de fluidité ? Bah c'est le personnel paramédical justement et médical. C'est à dire que on est en sous-nombre rare à Paul d'Egine, il manque 22 infirmières. 22 infirmières, ce qui est pas énorme par rapport aux autres cliniques parce que l'hôpital a beaucoup, euh, a beaucoup augmenté ses salaires des infirmières et il joue une vraie concurrence sur la base des Cliniques, il faut bien voir qu'ils n'ont l'esprit de privé que dans le fait puisque c'est l'État qui paye. Enfin c'est l'État une, un hôpital privé type Ramsey gagne sa vie sur le parking, sur l'hôtellerie et sur les chambres seules. Le Rif, il gagne aussi en en SSR et en psychiatrie, mais le reste il gagne pas et surtout avec un nom d'âme qui est ridiculement bas.

Ce qui, si je peux, parce que je suis aussi un peu syndical et un peu politique. Il faut que la France, un jour ou l'autre, disent s'ils veulent toujours du privé ou pas. Parce que voilà, alors je vous rassure, ils veulent du privé. Pour eux, ça c'est sûr, le public se fait soigner dans le privé. Oui, ça je vous le confirme. Donc les filières sont surtout filières médicales.

Et après ? Bah il y a tout ce qui est certification machin bidule auquel je ne crois pas beaucoup. Oh, c'est n'importe quoi, enfin c'est bien sur le moment quoi, enfin faut qu'on ait la bonne note, mais l'autre fois on avait eu la mauvaise note. C'est pas c'est comme ça qu'on soigne les gens. Bon, tout le monde est content, on a eu la mauvaise note aux Urgences, parce que nos locaux étaient pas bien, d'accord, ils n'ont pas changé les locaux parce que comme y a pas de fric dans l'hôpital privé, comme vous savez, Ramsey est en vente d'ailleurs.

Moi : oh non je ne savais pas ! Notre certification est en janvier 2026, donc on a encore un peu de temps

Monsieur X : C'est un exercice convenu à l'hôpital public, tout le monde s'en fout et toute façon tout le monde est accrédité et voilà l'hôpital privé parfois bon, ils veulent se faire du privé quoi.

Alors après, oui, nous, nos projets, ils sont surtout sur les filières. Là, on a développé une filière un peu plus neuro parce qu'on a la chance de travailler avec un neurologue de au vol qui vient d'Henri Mondor, professeur Hossein. Et bah là on est quand même plus à l'aise parce que la neuro surtout dans un service comme les urgences où on voit défiler un un nombre de syndromes carpiens. En fait les gens arrivent aux urgences parce que du jour au lendemain ils ont mal, très mal même, ici, au niveau du poignet. La seule fois où on a une, par exemple, une erreur de diagnostic, c'était parce qu'en fait c'était un AVC. Mais c'était un AVC de la main uniquement alors que on voit des dizaines de canaux carpiens. Donc c'était très ~~très~~ très ~~piégeux~~ piégeux encore. Donc sur le piège, voilà, c'est aussi pour ça qu'on a recours à pas mal d'exams complémentaires. A partir du moment où on donne l'aval pour avoir un IRM, on a tous les IRM, soit dans la journée, soit dans les 5 jours parce que le bon des urgences, c'est ça la fluidité et surtout après, bah elle se fait la cohésion avec l'extérieur.

Ça ne marche pas très bien pour tout vous dire, les CPTS ne servent à rien, si ce n'est à dépenser des sous avec des budgets faramineux et ça ne génère pas de cohésion quoi. Ce qui bloque ~~les~~ les systèmes, c'est aussi en amont, quand on a un mauvais adressage, quand je reçois à Champigny des suspicions

d'AVC c'est quand même très invalidant quoi. J'aimerais bien expliquer à mon confrère médecin généraliste ou autre que on n'est pas une unité de soins neurovasculaires, même si après on est capable de le prendre, mais ça bloque vous savez, c'est bloquant ça peut bloquer la fluidité.

Après les projets j'en ai toujours fait plein, il y a un projet en médecine du sport qui va débiter, j'ai un projet santé des médecins.

Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que je vois à peu près 7 à 8000 patients par an depuis ~~depuis~~ 92 quoi. donc ça fait un certain nombre entre guillemets de nouveaux patients. Alors moi tout le temps on a des on a des gens qui viennent nous voir, mais voilà. Donc oui ~~qui~~ donc qu'est ce qui bloque ? Parce qu'il va être bloquant ? C'est la réforme de Monsieur Bayrou. Elle nous envoyait 2 jours en province alors que les déserts médicaux, il y en a partout. Bon, je pense savoir ce que ça va donner. Je peux vous dire que ça, ça me fait un peu marrer. Donc le manque des médecins c'est plus qu'un projet hein, mais c'est le manque de médecins. Là ils vont en sortir pas mal, donc ils risquent d'avoir 700 médecins de plus chaque année. Donc ça peut débloquent certains systèmes. Parce que quand on est 2 médecins alors qu'on est seul, faut bien savoir qu'une structure d'urgence privée. Je vois que vous êtes un peu ami avec Olivier ~~Ganassia~~, le chef de service de Saint-Joseph !

Les urgences privées, c'est un médecin, 2 médecins, voilà à peu près. On n'a pas le droit aux internes, on n'a pas le droit aux externes, on a droit à rien, d'accord Parce qu'on est pas hôpital Public, vous avez un externe, un interne, un chef de clinique, un Ph et un chef de service. La plus grosse urgence de d'île de France, c'est Argenteuil, après tu as Bichat Lariboisière qui se tire la bourre.

Je ne sais pas si j'ai répondu à vos questions ?

Moi : Si, si, si, très bien même, je vous remercie. Vous avez anticipé toutes mes questions. Si vous le voulez bien, je voudrais évoquer un peu l'analyse critique que vous avez d'une démarche pour un projet. Par exemple, pour vous, quels sont les avantages à un projet pour un service, les inconvénients et les difficultés rencontrées ? Est-ce que même aujourd'hui vous jugez que vous avez les moyens nécessaires pour aboutir à tous les projets que vous voulez entreprendre, et cetera.

Monsieur X : J'ai tous les moyens en fait. Le projet il est-il est efficace s'il est efficace ? Si ça sert à rien on y sera oublié ~~et~~ c'est vrai que moi, dans mon domaine, le projet, c'est surtout la filière plus que le bien-être du patient, enfin si on a quand même développé, on a une salle enfant par exemple. Ça c'est un petit projet. On a une salle enfant parce saturait. C'est vrai, c'est moins stressant des choses comme ça, mais un projet est-il, s'il est efficace, il est efficace. S'il est inutile, il disparaîtra.

Moi : Justement souvent est-ce que l'équipe soignante, en général, est-elle est impliquée dans ces projets.

Monsieur X : L'équipe paramédicale pas trop, c'est plutôt l'administration qui s'en occupe, de créer des nouveaux projets, de travailler sur l'approvisionnement du service, sur la propreté, sur l'hygiène, sur voilà, sur des choses comme ça. On n'est pas les employeurs des infirmières, donc après attention on pourra se brûler trop de RH.

Après il y a tous les projets pour le cancer du sein, pour le cancer de la prostate, pour le cancer du côlon. Alors ça, ça n'arrête pas.

Moi : Je vous remercie pour vos réponses !

Du coup, alors là ce sera plus sur les axes d'amélioration, qu'est-ce qu'on pourrait améliorer dans la façon de mener un projet ? par exemple, quel type de projet aujourd'hui vous semble prioritaire pour les urgences ?

Monsieur X : Quelles sont les choses à améliorer aux urgences ? Ce qu'il faut bien voir, c'est que le médecin il est bloqué, le patient il est bloqué. Les gens vont pas par plaisir aux urgences, C'est faux. 00:21:30 Présentateur 2 Même si c'est de la Popologie c'est qu'ils sont en cul de ça qu'ils sont-ils sont Ils ne sont pas idiots hein les gens. Il ne faut pas oublier, même si les pouvoirs publics l'oublent, l'angine, ça fait très mal, et que , l'angine c'est quand même pour moi, urgentiste 2 Min 50 de diagnostic, voire même moins, pour le patient c'est un une volonté de soulager quoi la douleur, c'est fondamental.

Oui, on a autre chose, un projet sur la douleur au sein des urgences, mais ça c'est pour essayer d'encourager les confrères et les infirmières en délégation de tâches, prescrire des antalgiques, même des morphiniques sous contrôle du médecin. Ca c'est un vrai projet de commun.

Moi : je vous remercie encore une fois d'avoir répondu à toutes mes questions, avec autant de précision. De mon côté, j'ai pu avoir les éléments voulu, est-ce que vous voulez vous rajouter quelque chose ?

Monsieur X : Ah bah chose je vous souhaite bon Courage,

Moi : C'est très gentil, merci.

Monsieur X : Je dois vous demander, qu'est-ce que ça fait de rentrer dans les directions d'hôpitaux ?

Moi ; Moi donc actuellement là je suis alternance en direction à l'hôpital privé la Louvière sur Lille.

Monsieur X : Oui, J'ai vu ça. Et c'est où ?

Moi : à Lille ! C'est Ramsey, et moi je voudrais plus te trouver des postes comme cheffe de projet, ne être au niveau de la direction d'un hôpital.

Monsieur X : D'accord je vois ! Bon bah écoutez bon weekend.

Moi : Merci beaucoup, à vous aussi. Un grand merci d'avoir pris le temps de réaliser cet entretien ! Un grand merci sincèrement pour cet entretien.

Monsieur X : De rien, n'hésitez pas à me recontacter si vous avez besoin besoin. Bon courage, au revoir.

Moi : C'est noté, au revoir.

2^e entretien :

Nom : Monsieur X, Chef de pôle

Date et heure de l'entretien : 10 juin à 17h

Lieu d'entretien : visioconférence

Durée de l'entretien : 55 : 37 min

Moi : Bonjour ! Enchantée, Lison CHIAMPI !

Monsieur X : Bonjour, Enchanté !

Moi : Dans un premier temps je vais vous expliquer en quoi consiste cet entretien.

L'entretien est là pour que je puisse comprendre, via des professionnels vraiment dans les services d'urgence, la perception que vous avez de la gestion de projet, l'application que vous faites d'ailleurs de cette gestion de projet, et même un peu la vie critique, que ce soit positif ou négatif, sur la façon de mener les projets au sein de des services d'urgence.

Monsieur X : Ça marche. J'avais bien reçu votre mail, je n'y ai pas répondu. j'ai vu donc en fait on parle Alors, des projets il y en a plein en fait. Dans un service d'urgence, il y a un projet pédagogique. Alors tout d'abord, un projet clinique, un projet pédagogique qui va avec et un Projet recherche aussi. Donc on est toujours dans ce trio triumvirat.

D'ailleurs, juste une précision. Moi j'ai été chef de service hein, je ne suis. Plus chef de service des Urgences, donc je l'ai été, j'ai eu la chance de mettre en place des nouvelles urgences qui ont évolué aussi hein. Donc il y a plein de choses qui ne se font plus qui se sont faites et d'autres choses qui ont évolué. Et je vais peut-être plus axer sur ça, sur ce qui a été rendu pérenne parce qu'il y a un autre élément, mais ça on en parlera qui est un élément de santé publique.

Donc comme c'est semi directif, je me Laisse semi diriger

Moi : Très bien ! Alors de ce fait, du coup le premier, on va dire grand thème, c'est vraiment comprendre en fait le fonctionnement général du service, pour un peu contextualiser, dans quel cadre les projets se forment. C'est un peu la description du service, donc son organisation, le nombre de passages, les professionnels, les freins actuels, et cetera Que vous pouvez rencontrer.

Monsieur X : Alors le service ? Actuellement, il fait à peu près 75 80000 passages Par An que pour l'urgence adulte hein. Je ne parle pas de l'urgence pédiatrique qui est à part et les urgences ? Mais voilà, les urgences pédiatriques sont juste à côté des urgences adultes. En fait on a le même niveau d'entrée mais un tri qui se fait séparer donc c'est à Jeanne de Flandres de ce fait, parce que l'année dernière j'avais visité les urgences du Sud Lille d'ailleurs Et donc. On avait fait un parcours patient, Et en fait donc vous avez 2 parcours adultes pédiatriques, les urgences gynéco c'est à Jeanne de Flandre des urgences Ophtalmo. URL, c'est à Huriez, enfin c'est particulier.

Les urgences psychiatriques sont dans les urgences adultes , il y a une cellule d'accueil de crise qui est à part mais en tout cas. Donc en fait quand vous entrez, il y a l'activité aussi qu'on ne fait pas. C'est une activité de déchocage, le déchocage médical, il est fait par les médecins Intensifs, Réanimateurs. Donc ceci est historique. C'est comme ça, je n'en dirai rien de plus, ça veut déjà dire que j'ai une opinion là-dessus. Bon peu importe. Donc il y a 2 SAS d'entrée, il y a un SAS d'entrée des chocs et un SAS d'entrée tout venant, adulte, enfant, Vous êtes d'abord vu par l'administratif et ensuite vous passez à une salle d'attente où vous avez un infirmier d'accueil d'orientation pour ça, c'est pour les patients valides. Ceux

qui Arrivent avec les ~~les~~ pompiers, les ambulances, Sans ~~smur~~ et pas Dans une seule voie à côté d'après administratif, se fait en même. Temps, mais Plus vite pris en charge par l'IOA, l'infirmier d'accueil, d'orientation ou orientation d'accueil, peu importe. Et ensuite les ~~smur~~ eux sont prioritaires donc ils vont directement à l'entrée administrative se fera après et souvent on fait par l'ambulance, les ~~smur~~ d'ailleurs. Donc ça c'est des entrées où on fait attention, vous avez un box y a 2 Box IOA et un 3e box qui va servir à faire les prélèvements sanguins, et cetera, parce que ça, c'est une nouveauté, ça, on va rentrer Vite Dans le vif du sujet, hein, c'est priorité à l'accompagnement et à l'accueil et ça c'est important. Vous allez voir pourquoi. Ensuite les patients sont triés par le l'infirmier. C'est un tri infirmier avec refrain qui est utilisé dans tous les structures d'urgence, validé par la société française de médecine d'urgence. Et donc le personnels qui sont formés pour ça, avec un agent administratif toujours présent, ils sont toujours 2 plus une 3e personne à brancarder qui est qui est toujours là pour voir s'il faut brancarder vite ou pas et avec des procédures qui sont écrites pour la douleur pour l'appel du médecin d'accueil d'orientation. Parce que ça c'est une nouveauté qui a évolué et ça c'est que je vous raconterai l'histoire vite fait après et ~~et~~ ensuite les patients ne vont pas directement en box sauf s'ils doivent vraiment y aller directement. Mais en tout cas, ils attendent, et c'est ça dont ~~dont~~ on dont on va discuter, c'est cette zone d'attente primaire, ce qu'on appelle la ~~zap~~.

En fait donc les patients sont surveillés évidemment par un infirmier dans cet endroit là. Il faut savoir que 40% des patients vont directement au circuit court. Donc c'est de la petite trauma par la petite de la Traumatologie légère, pas de la petite trauma Traumatologie légère l'orl les abcès dentaires, c'est tous des patients qui vont directement là et c'est 40% des Entrées. Ensuite donc là y a une infirmière g ipso technicienne qui fait CFR des plâtres. Il y a un interne de médecine d'urgence supervisé par un senior et ensuite il y a un interne de chirurgie orthopédique. C'est la particularité très particularité de Lille. Ensuite, vous avez donc les autres qui vont en circulant. Et donc il y a une trentaine de box dans 4 secteurs, chacun a un interne, un senior, une infirmière et un aide soignant donc dans 4 secteurs. 2 Il y a 1/5 secteur qui fait ton pont derrière pour des sorties des box. Vous voyez On a un box spécifique pour les infirmiers Psy et les consultations psychiatriques qui est une part non négligeable quand même de consultation hein, puisque la pathologie psychiatrique est une vraie pathologie qui date d'être pris en charge. Mais on doit éliminer les formes somatiques avant. C'est à dire qu'on peut avoir des infections qui font que le patient à une agitation, une agitation, mais c'est pas une agitation psychiatrique, c'est une conséquence. Donc voilà, donc tout ça est organisé alors et là aussi où il y en a, un élément important, c'est quand On a construit Les Urgences, on les a fait en fer à cheval, donc l'importance de la géographie et de comment on fabrique les urgences et donc tout autour, on a mis ce qu'on appelle le couloir des accompagnants. Et donc alors en dehors des personnes vulnérables, c'est à dire personne souffrant de handicap, personnes âgées gériatriques donc qui ont des pas de lourdes pathologies. Les accompagnants sont à leur chevet, c'est à dire que ils rentrent avec. On applique la loi hein, tout simplement. Et par contre pour les autres, tout venant, on dit les accompagnants, ils sont amenés avec le comment dire, le brancardier dans le couloir, les accompagnants. Et là il y a une gâchette, on peut appuyer pour signaler une lumière verte à l'intérieur qui fait que on sait Qu'il est là, donc l'infirmier ouvre la porte électrique, il rentre que dans le box et ne rentre pas dans la zone de soins. donc ça c'est cette zone d'accueil primaire.

Zone d'attente primaire qui fait qu'on a une régulation des entrées dans les urgences, avec des accompagnants qui restent sur le côté. Ça a diminué donc je vais aller plus Vite !

Moi : il n'y a aucun problème !

Monsieur X : Et les avantages ? Un, c'est que c'est parfaitement identifié, Alors je sais que la politique est en train de changer en ce moment là-dessus hein, mais je ne suis plus de ce fait-là. Il y avait un accompagnement de la politique, des accompagnements d'accord. Et puis il y a donc moins

d'agressivité dans les zones de soins. La meilleure régulation du flux des brancards qui traîne pas dans les couloirs des urgences, mais ils traînent avant entre guillemets. Et vous avez aussi plus de sécurité. Il y a moins d'agressions dans les 2 sens hein. Et puis les gens savent que ils sont attendus là, qu'ils vont ouvrir la porte. C'est une Meilleure communication donc en fait cette noria, ce qu'on appelle une noria, un parcours de soins, fait que, en dehors des patients souffrant de handicap et personnes âgées vulnérables, hein évidemment, ou toute autre personne vulnérable. Quel que soit l'âge, c'est ça a permis quand même de réduire le nombre de brancards dans les urgences où ça circule mieux. Et puis il y a quand même une confidentialité qui est Améliorée quoi avec le dossier de patient qui arrive, il a tout un système qui fait que le patient, on sait qu'il est vu. Diminution des plaintes aussi dans le cadre de l'efficacité on voit que voilà, j'ai pas eu l'information. Bah si vous l'avez eu. Donc on peut dire que donc tout ça a Été évalué. Mais en tout cas on avait des critères de satisfaction, diminution des plaintes et puis surtout la baisse des agressions quoi, ça c'est hyper important. Donc ça c'est véritablement quelque chose qu'on a grâce à la comment dire, à la géographie, à la manière dont on été construites Les urgences. Et puis chaque secteur en fait est en circulaire en fait, donc il y a 8 box qui sont sous sur comme en réanimation. En fait c'est Fort Boyard hein, c'est à dire que c'est pas des systèmes Droits perpendiculaires qui tuent ça. C'est l'hérésie des années 70. Nos maîtres, quand vous voyez l'hôpital, huriez là, En étoile y A les rotondes, vous avez vu ça ? les rotondes, c'était justement Le personnel soignant était là et on voyait, on voyait les couloirs, Des patients.

Professeur Oscar Lambret et professeur Claude Huriez, Hein, qui ont été les concepteurs de la cité hospitalière avaient déjà la vraie vérité, et après les années 70 on a mis perpendiculaire machin, c'est un truc horrible quoi, on voit personne et après ça c'est bien pour des hospitalisations.

Et regarder la nouvelle réanimation hein la nouvelle réanimation, c'est vrai. Véritablement un Fort Boyard hein. tout est arrondi, tout est circulaire, on a une meilleure vision Panoramique en fait. Donc ça aussi ça a permis de réduire les risques de ne pas voir le patient.

Par Exemple, on sait que on Le verra de Toute façon donc ça, ça, c'est l'élément majeur de l'organisation qui a fait que qui est pérenne aujourd'hui. D'ailleurs, ils l'ont même rendu plus que. Pérenne Puisqu'à l'époque y avait un médecin régulateur de Flux Qui se baladait un peu partout, qui allait voir tous les problèmes, Pendant que chaque médecin de chaque secteur, eux, s'occupaient de leurs patients, lui, il allait voir si l'échographie, ça traînait, le scanner, ça traînait. Hop, le médecin régulateur de flux allait voir ce qui se passait en imagerie, c'est comme ça. Le médecin, lui, voyait ses patients et donc ensuite on a ce médecin régulateur de flux est transformé en médecin d'accueil d'orientation Mao et qui lui va venir parce qu'il y a une nouveauté, c'est qu'il y a des réorientations, c'est à dire qu'il y a des patients qui arrivent. Et on dit Bah non, c'est pas ici qu'il Faut aller, faut Aller à tel hôpital, voilà, j'en parle un peu plus parce que c'est pas Très bien régulé tout ça, mais je n'ai. Rien dit ? D'accord ? Voilà donc non, ça mériterait un une procédure partagée. Et puis alors dans tous ces secteurs-là, il y a comme les gens rentrent. Il faut aussi qu'un moment donné, le patient quand il a été vu physiquement libère le box et soit toujours surveillé. Et donc on avait tout un secteur de bureau dans les urgences qui est sur le côté mais dans les urgences, Toujours surveillé par une infirmière, ce. Qu'on appelle la zone E. Et là on met les patients en attente de ce de résultat de scanner qui a Déjà été vus mais toujours surveillé parce qu'un patient peut se dégrader quel que soit son motif d'entrée.

Vous voyez donc on a un système d'entrée de vase expansion de sortie, il peut revenir dans un box, peut-être pas le même hein, peu importe, il nous manque un box est libre et après il sortira. Voilà, il faut savoir que il y a à peu près globalement hein, 20 patients sur 100 qui sont hospitalisés, ça veut dire que 80 patients sur 100 sortent. Faut toujours regarder dans l'autre sens, c'est à dire que voilà, c'est le problème des lits hospitaliers. C'est un vrai problème, clairement, mais c'est pour 20 patients

sur 100. Quand on fait 300 entrées par jour, ça fait 60 patients à hospitaliser sur un campus où il y a 3000 lits. Je vous laisse faire le ratio. Je suis Un peu provocant.

Et donc ça c'est ça. C'est véritablement tout un parcours patient qui a été bien défini, qui a d'ailleurs été remarqué. On a pris les idées d'un peu partout, hein, quand on a fait du benchmarking ou d'une parangone, comme ça, c'est ce qu'il faut faire hein. En fait quand vous allez en réanimation à Dunkerque, Bah je suis Dunkerquois d'origine. La réanimation Eh bien en fait, elle est, elle est comme ça. Y a un couloir des accompagnants avec des fenêtres où les gens pouvaient voir, leur famille, le patient hospitalisé, il pouvait au moins le voir, ne pas le toucher parce qu'il y a Des problèmes infectieux Parfois, mais au moins, il voyait quoi, ce qui se passait et le médecin. Et donc nous, on a aussi mis l'accent sur les rencontres famille aussi, à un moment donné pour expliquer, voilà, chacun expliquait ce qui se passait. Voilà pourquoi on attend 2 h, pourquoi on attend 4 h, parce que le scanner et cetera, voilà.

Bon, après, les mécontents sont toujours là. Au niveau des enfants, ça arrive souvent quand même. Ça restera, ça restera comme ça. Vous allez à Auchan à Carrefour, les gens sont très longtemps Voilà un petit peu des exemples concrets sur des avantages limite voilà sur des moments un petit peu comme ça, de contexte et d'organisation. Et de structure aussi hein, parce qu'il y a un enjeu structurel hein. Moi j'ai fait des missions dans différents hôpitaux, là CHU de Caen et le centre hospitalier de l'Eure. Eh bien ils ont l'espace, il suffit juste de le réaménager, il suffit de mettre les portes et puis, tout est fluide d'un coup, l'espace est là.

Voilà donc là ce truc de structurel est vraiment un Enjeu, ça, c'est une volonté. C'est pour ça qu'on a modifié ces urgences quand on a mis 10 ans et entre le moment où le projet était pensé, le moment a été fait Il y a 10 ans Qui sont passés ? Sauf que oui, ça prend du temps quand les patients, ils ont changé, le flux a changé. Et nos modalités organisationnelles ont changé, donc faire une organisation sur quelque chose qui a déjà 10 ans de retard.

Donc mot clé, adaptation Adaptation, voilà. Bah oui, je sais où vous voulez m'emmener après et voilà. Mais ça, c'est des ordres concrets. Et puis il y a ,enfin, je suis très directif en fait. Je vous laisse parler pardon

Moi : Ah non mais il y a aucun pas de problème. C'est très enrichissant. Donc moi ça me convient.

Monsieur X : Et l'autre chose aussi, c'est qu'on avait mis en place. Mais ça s'est arrêté avec la période COVID malheureusement. Ouais Ah ouais, la période COVID

Moi : J'allais vous demander quelque chose sur le COVID justement

Monsieur X : Je vais le dire vraiment, ce que je pense, je l'ai dit déjà, c'était fabuleusement riche humainement. En terme d'équipe, en termes de réactivité de l'équipe, en terme de soudure d'équipe, on demandait, on travaille avec les directeurs, c'était génial, donc on travaille.

Moi : Oui c'est ce que m'avait dit le chef de la pharmacie l'année dernière. j'ai fait un stage à la pharmacie clinique du CHU et on a eu la chance de faire plusieurs rencontres avec de diverses professionnels et on a rencontré le chef de la pharmacie et il nous expliquait justement que pareil en fait, il a jamais été autant au contact des autres parce que c'est ils étaient obligés de travailler en équipe quoi.

Monsieur X : Ah oui, c'est ça. Nous, nous, on avait décidé de faire des radios et pas des scanners parce que c'était comme comme ça. Et Ben on avait des manip radio avec la la radio ambulante qui était aux urgences, qui attendaient le patient et ce qui est ce qui était très riche et c'est aussi la réactivité.

Moi j'étais chef des urgences à cette période-là, on a inversé les flux. J'avais la chance d'avoir plusieurs entrées aux urgences et donc l'entrée où on faisait sortir les patients. C'est devenu l'entrée des patients classiques communs. Et puis la vraie rentrée des urgences devient des patients COVID. Et on avait fait un mini déhouchage avec une radio d'emblée à l'arrivée. Et tout le monde s'est adapté très vite en fait. Bon, il y a une baisse énorme de l'activité.

Moi : J'ai justement un passage sur le COVID aux urgences dans mon mémoire, et naturellement je pense que justement l'activité avait augmenté mais pas du tout !

Monsieur X : Non, pas du tout, non, non. Les gens venaient pas. Y avait plus d'AVC, il n'y avait plus d'infarctus et les gens attendaient. Et enfin moi la première, j'ai été très étonnée. Sauf qu'on les a vus arriver après avec 3 mois de retard et là par.

Par contre du coup il y a eu un post COVID, on a vu des trucs historiques, hein, Post-COVID qui a été les entrées COVID haussées, les entrées normales, comme l'hôpital était moins anxiogène pour les gens, les gens venaient avaient peur de se faire contaminer. Moi, je me souviens d'une dame qui est, elle avait une trentaine d'années, un hématome historique de la fesse, parce qu'elle était tombée un mois avant. Elle n'osait pas venir à l'hôpital. On a vu des cancers qui étaient historiques avec des tumeurs qui avaient grossi en quelques mois quoi. Donc ça a été des patients très lourds du coup, donc des vraies urgences, il fallait traiter et puis l'hôpital en dehors des urgences. Moi j'ai discuté avec un de mes amis maintenant qui est en retraite parce que je ~~commence~~ à vieillir, mais j'ai un ami qui m'a dit il y avait pas en ~~diabète~~, par exemple, il y avait 10000 consultations d'aide. À cause, à cause du COVID, ils ont tout rattrapé. Mais il a fallu rattraper les patients et avec des pathologies, parce que les. Patients venaient plus. Et donc du coup bah les diabétiques ils se compliquaient donc ils devenaient plus lourds donc c'était pas 20 Minutes de consultation Mais 40, vous voyez ?

Donc tout le tout l'hôpital a été impacté en fait. Parce que les urgences c'est l'hôpital hein, c'est un service de l'hôpital. Donc y a pas que les urgences qui ont été impactées, c'est tout le monde a été impacté. Les chirurgiens se sont mis à retravailler mais de manière incroyable. Parce que, en fait, on opérait que les urgences chirurgicales. Les vraies urgences chirurgicales. Donc tout ce qui pouvait attendre, on attendait quoi ? Parce qu'on avait besoin de lit de réa et tout était réquisitionné. Donc c'était quand même fabuleusement riche humainement, c'était tristement triste, humainement aussi à cause des patients qu'on voyait se dégrader en 10 Min quoi. Mais en tout cas on a l'hôpital a montré qu'il savait faire ça et puis qu'il savait s'adapter. Et puis après ? Bah effectivement, il y a l'épuisement, les infirmiers, les médecins commençaient à vraiment être fatigués. Quoi donc. Et puis on disait que le monde d'après serait mieux que le monde d'avant. Ben c'est tout à fait le cas.

Après c'est pour ça que je vous dis qu'il y a alors le 2e élément qui est important, c'est le fauteuil dentaire. Donc ça, c'était une particularité qui était très ingénieuse. On avait des urgences dentaires à la faculté de DENDONTOLOGIE, mais pas la nuit, pas le soir à partir de 17, 18 h. Sauf qu'il y a des gens qui ont vraiment des douleurs et des douleurs traumatiques et des douleurs infectieuses. C'est pas de la stomatologie, là on parle bien de chirurgie dentaire. Et bien nous, on avait dit dans le circuit court avec les chirurgiens dentistes, il y avait un interne et un externe de chirurgie dentaire avec une supervision d'un senior qui était toujours disponible. On mettait à disposition un fauteuil dentaire qui a été autonome. Et ça, c'était un vrai problème de santé publique qui était pris en compte. Et on a été victime de notre succès parce qu'on en faisait 8000 personnes sur des débuts de soirée. Mais alors les dentistes travaillaient, hein ? Ils y allaient, hein ? Après, il y en a eu trop. Et à tel point que le fauteuil dentaire, au bout de 3 mois, il a fallu le changer tellement il était usé mais ça rendait service alors c'était trié hein ? C'était pas parce que ça fait 3 mois que j'ai mal aux dents. Non là c'est je me suis

cassé une dent la régulation a dit Bah allez voir le cabinet dentaire et ce fauteuil dentaire d'urgence était vraiment une excellente idée. Elle a pas reprise depuis le COVID malheureusement.

Moi : Et est-ce que actuellement de ce fait à la faculté dentaire ils le font ou toujours pas ?

Monsieur X : Alors faculté dentaire, il continue à travailler comme d'habitude, c'est à dire mais ils font pas la nuit quoi, parce que y a des y a des problèmes de sécurité hein ? C'est une grande faculté, vous avez déjà vu quand vous êtes tout seul dans une faculté, la ville ça fait flipper quoi, il vaut mieux aller aux urgences, je pense que c'est le rôle d'ailleurs l'accueil des soins non programmés c'est aussi ça hein les urgences et donc du coup c'est ça c'était une excellente idée qui est en train de regermer et voilà ça revient, y a des discussions en cours, là ça revient, voilà. Bon après le chef de service actuel décidera ou non de le remettre en place.

Pour ce qui est des avantages, limites et axes améliorations, c'était vraiment quelque chose qui était. D'abord rentable pour les gens et qui était rentable pour l'hôpital ? Parce qu'il y avait un forfait urgence qui passait là-dessus hein et donc du coup bah en fait tout était amorti.

C'est terrible de parler comme ça, Mais on est aussi dans le médico-éco. Enfin, il faut qu'on raisonne aussi sur nos procédures de pas trop dépenser. C'est de l'argent public hein. Donc ouais voilà. Et puis oui mais quel que soit, la santé a un prix surtout en public.

Et puis le problème aujourd'hui, c'est le problème de la stabilité des équipes médicales parce que dans on a des médecins qui partent au bout de 3 ans. On a des vieux comme moi qui restent 20 ans même endroit, ça existera plus et les infirmiers qui ne bougent pas, les infirmiers tournent, de plus en plus, ouais. Il faut savoir les pérenniser. C'est une question managériale, c'est autre chose. Moi dans parce que j'ai déjà fait un entretien. Avant j'étais avec un médecin urgentiste et il me disait que pour lui, c'était l'un des éléments Principaux en fait justement de tout ça, de la gestion de projet, savoir communiquer, communiquer la relation avec les équipes qui devient aujourd'hui peut être moins importante. C'est ce qu'on appelle la politique du Changement

Je l'ai vécu parce qu'on était dans un service qui était vraiment archaïque, et qui par la volonté aussi d'un travail d'équipe entre l'équipe paramédicale avec la supérieure et le chef de service, on était tout le temps ensemble. C'est à dire que notre voix était la même, Parce qu'on peut pas travailler à 2 niveaux différents, on peut pas travailler en superposition un plus fort que l'autre, on est en horizontalité, c'est à dire que tout le monde suis le mouvement quoi, c'est un flux Laminaire et pas. Vous voyez ce que je veux dire ?

Donc l'idée c'est véritablement de travailler ensemble et d'accompagner le changement. Et ça ça a été beaucoup avant d'ouvrir, C'était 2014, on a mis 2 ans, avant ouvrir le 16 mars 2016 à. C'était 2 ans de préparation, de changement, de dire voilà bon là on va faire ça sur ces secteurs-là, qu'est ce que vous en pensez ? Il faut réadapter aussi les équipes avec la journée, la garde, la demi garde, comment on met les internes, comment on met les externes, où est ce qu'on met les élèves infirmiers, où est ce qu'on met les aides-soignants, comment les brancardiers vont travailler avec nous. Travailler évidemment avec les réanimateurs autour de nous parce qu'on a la chance d'avoir le même plateau technique, ça c'est ça, c'est la singularité, c'est Les plus belles urgences d'Europe enfin moi j'ai, j'ai tendance à le dire parce qu'on a le plateau technique, on a l'échographie d'urgence qui est à côté, on a l'IRM et l'aide d'urgence tout de suite à côté. Le scanner D'urgence enfin, on peut pas être plus réaliste que ce qu'on peut avoir aujourd'hui. Et puis on est un hôpital de proximité et aussi un hôpital de recours, donc proximité parce que les gens qui habitent autour, c'est leur hôpital. On a le plateau technique des hématologistes, spécialistes de l'hémophilie a ? Bah vous voyez enfin tout ça quoi. Donc c'est une chance inouïe d'avoir ce plateau technique là qui dit on travaille. C'est une force pour

l'hôpital. Ce qui veut dire qu'on doit établir des procédures. Quand on travaille sur la douleur, on travaille avec des anesthésistes, quand on travaille sur la douleur thoracique, on travaille avec nos collègues cardiologues, quand on travaille sur un Poly pulmonaire, on travaille avec les pneumologues. Enfin, vous voyez c'est plus que pluridisciplinaire, c'est interdisciplinaire voir transdisciplinaire.

C'est important que par exemple les chirurgiens, quand je suis arrivé, ils voyaient les patients en primo accès qu'ils voyaient la douleur abdominale. Vous étiez vu par un Chirurgien sauf que la douleur, 20% de douleur abdominale c'était les infarctus du myocarde, c'est médical et donc un chirurgien fait de la chirurgie, un médecin fait de la médecine et donc moi j'ai cassé ça et j'ai dit avec tout le respect que je dois aux chirurgiens.

Là on a optimisé le rôle du chirurgien d'urgence. D'ailleurs y a un chef de la chirurgie d'urgence dans les urgences adultes. On travaille avec le ~~décor~~ du coup.

Alors c'est pas utopiste hein ? Ça ne marche pas toujours bien hein, mais là par exemple ils ont fait la chirurgie One d c'est quelque chose Qu'on avait pensé y a longtemps. c'est vous venez ? Ah bah j'ai un abcès, un abcès sur l'épaule ou un AB. Bah revenez demain. On vous opère à 08h30 et à 12h00 vous êtes Sortis. Là ça commence, ça se met en place. On a déjà une vingtaine de Patients qui ont été faits comme ça, mais bien parce que C'est la chirurgie ambulatoire et c'est un service rendu pour Le patient, mais Il faut lui expliquer qu'il sera pas opéré tout de suite, il sera opéré le lendemain. C'est étonnant mais si il vient le lendemain, il sera tout de suite tranquille,

On a donc pensé aussi à travailler avec les radiologues, enfin tous nos collègues les biologistes pour les prises de sang. Là aujourd'hui, la zone d'attente primaire, on fait des prélèvements sanguins, c'est à dire que il y a un protocole pour vous, venez pour une douleur Abdo et Ben voilà pouf le protocole va sortir, ça coûtera pas plus cher, on gagnera 2 h. Après, Il y a toujours des dysfonctionnements, mais globalement, vous voyez, on peut optimiser par des idées simples qui viennent de l'ensemble des équipes.

En terme d'organisation. Moi j'avais des portes coupe-feu, Et bien le Brancardier arrivait et il devait s'arrêter, badger pour que les portes s'ouvrent et passer le chariot. Ben j'ai vu ça un jour où j'étais médecin régulateur de flux. Je me suis dit que ça devait faire mal au dos de s'arrêter. Eh Ben j'ai discuté avec lui et j'ai dit, mais si on mettait le capteur temporisateur qui ouvre la porte au bout de 3 secondes et comme ça vous vous arrêtez pas devant la porte, on l'a mis en place. Eh Ben c'est voilà. Donc moins d'accidents de travail, moins de douleur de dos pour les brancardiers et puis plus de fluidité. Et puis ils ont été écoutés c'est ça, parce que quelques secondes, c'est primordial. Donc c'est du détail qui est au quotidien devient une charge et ça il faut être attentif à ça et donc c'est pluridisciplinaire et pluriprofessionnel.

Moi : Mais du coup vous travaillez aussi les infirmiers ou aides-soignants sur les projet ? Parce que moi j'ai fait un questionnaire aussi pour avoir d'autres types de résultats et La plupart en fait disent qu'ils sont pas amenés dans les projets.

Monsieur X : Alors ça, moi Quand je le faisais, en tout cas, je vous le dis, c'était un binôme, on Était toujours avec La cadre sup et la cadre supérieure des urgences et on travaillait vraiment ensemble. Ce qu'on disait pour les ~~les~~ médecins, on le disait pour les infirmiers parce que de toute façon ça impacte les 2. Moi ça m'a étonné parce que dans tous les cas ils vont être acteurs aussi à un moment donné. Donc j'étais étonné mais C'est le système descendant, c'est le vieux système de management. Moi je faisais un management horizontal, et c'est beaucoup plus fluide. Et puis les gens se sentent investis aussi quand ils quand ils posent, mais nous on travaillait comme ça à l'époque. Maintenant. Bon, ça a peut-être changé, j'en sais rien, c'est ça me regarde plus trop, mais globalement c'était comme ça que

je balayais le projet. Et puis on avait toute une phase d'acceptation, c'est à dire on Annonçait qu'on allait faire ça. On attendait les avis. Il fallait laisser les gens râler et puis on reprenait la réunion et puis on disait, écoute, voilà ce qu'on attend comme truc, on évalue, si ça va pas, tu auras raison, de toute façon il faut aussi des fois malheureusement, c'est un peu familier, mais se planter. Mais parce que pour comprendre aussi, ce qui va pas donc il faut qu'il y ait des échecs, c'est justement ça qui est intéressant, c'est l'évaluation

On ne se lance pas quelque chose si on n'a pas la grille d'évaluation avant. C'est à dire que si on le fait, quel est l'objectif ? OK alors on fait ça pendant 3 mois. 6 mois, j'en sais rien, ça dépend de la où la réalité de terrain et de se dire bon, on évalue. On n'est pas obligé d'abandonner le projet. On peut dire que c'est une Bonne idée, un truc tout bête qu'on a fait il y a une étude qui était parue. La communication entre les équipes, moi ce que je faisais, on avait 4 secteurs à 10h30 et à 15h30. C'était point fixe sur les 4 secteurs. État d'avancement de vos secteurs. Comment est ce que et pourquoi ce patient ça fait 3 heures qu'il attend, pourquoi toujours pas eu son scanner, et donc les médecins m'ont que s'ils venaient à 10h30 le matin ils faisant juste les transmissions, c'est un peu compliqué, est ce qu'on la décalerait pas un petit peu plus ? Bon on a décalé à 11h30 donc bonne idée qu'on a gardé et après on a fait pareil sur le 15h30 on l'a Mis à 16h30 à peu près. C'est juste que ça demande beaucoup d'énergie hein. Je pars un peu dans tous les sens, pardon.

Moi : Pour moi toutes les informations sont bonnes à prendre ! De ce fait on a un peu évoqué la 2e partie c'était vraiment un exemple concret de gestion de projet. Mais en soit là vous avez évoqué plein de projets. Du coup moi ça me va.

Est ce que souvent vous mesurez un peu justement les projets ?

Monsieur X : c'est à dire les résultats qu'ils ont eu, et cetera ?

Moi : Ouais bah c'est ce que je vous disais tout à l'heure, c'est à dire on regarde l'efficacité sur le flux, donc la durée moyenne de passage pour une pour une pathologie donnée. Et puis pour un patient donné parce que malheureusement les personnes âgées qui arrivent aux urgences parce qu'elles doivent venir aux urgences, moi je me bats contre ça hein. Il y a 30% de passages évitables de personnes âgées qui vivent en EHPAD qui n'ont rien à faire là, mais les 70% Autres ou ont raison d'être là et donc du coup ils vont forcément être plus longtemps présents. Mais ça c'est les conditions d'accueil. Moi je sais que j'allais chercher Des lits Pour enlever les Brancards, on est allé chercher des lits avec la cadre SUP, on brancardait nous hein ? On est allé chercher des lits parce qu'on supportait pas de voir des personnes de 90 ans sur des brancards, c'est pas possible. Moi je suis pas responsable du Brancardage, donc les personnes âgées vont forcément passer plus de temps parce qu'on va demander plus d'exams, parce qu'on va faire passer l'équipe mobile de gériatrie. Si le patient il est gériatrique, c'est pas parce qu'il est âgé, qu'il est gériatrique. Gériatrie, ça répond à un certain nombre de glissements, chute à répétition, et cetera. Là on on commence à rentrer dans la gériatrie Et donc on a des personnes de 90 ans qui ont des problèmes cardiaques C'est des urgences cardiologiques. Ce ne sont pas des patients gériatriques mais en tout cas pour cela. Donc il faut chuter à répétition. Eh bien ils vont forcément rester plus longtemps et il reste parfois 9 h. Oui, la durée moyenne de passage n'est pas de 4, 2 ou 6 Heures, elle est De 09h00. Voilà parce que il nécessite plus de soins et après ils repartent à la maison. La Plupart du temps, vous voyez, donc ça c'est Quelque chose qui est important à retenir et donc effectivement, on le mesure en termes de charge de soins parce que là aussi, on fait de la recherche paramédicale. Il y a des mémoires qui peuvent être faits hein ? Là en ce moment, on a évolué. C'était quoi la douleur en pré-hospitalier par exemple ? Bah voilà, donc on regarde si le protocole est bon, s'il est suivi et on Fait des EPP, des évaluations de pratiques professionnelles si y a un référentiel, bah de plus en plus on fait des EPP pour voir. Est-ce qu'on est à 80% d'objectifs atteints

ou est-ce qu'on est qu'à 60% ? bah pourquoi ? Donc il faut s'améliorer. Donc il y a des mesures itératives qui sont mises en place, on réécrit une procédure, on repartage, on réapparente, c'est aussi ça la pédagogie, c'est la répétition. Et puis il y a un nouveau métier qui arrive, IPA mention urgence, c'est mis en place depuis 3 ans. Ça prend tout doucement parce que le problème de IPA mention urgence, que j'ai la chance de la coordonner sur le plan universitaire à la fac, c'est qu'il faut libérer l'agent qui s'en va, il faut libérer 2 ans. Il faut le remplacer et déjà qu'il y a il y a déficit. Et imaginez quand quelqu'un qui est motivé pour partir on lui dit bah oui mais on peut pas te remplacer. Donc bon c'est niveau master 2 quand même 2 ans master il,

Moi : Oh je ne savais pas que c'était 2 ans ! Ma maman est en hématologie au CHU, elle est infirmière coordinatrice et ont une IPA aujourd'hui. Je ne pensais pas que c'était 2 ans !

Monsieur X : En tout cas IPA maintenant c'est 2 ans, donc on a la première année c'est un tronc commun et puis ensuite le M 2 c'est dans l'option qui est choisie. Vous savez combien d'heures d'enseignement ça représente ? Donc c'est très lourd. Il y a un mémoire, c'est des gens qui ont pas votre âge hein ? C'est des gens qui ont des vies de famille, je trouve ça d'autant plus dur.

Et puis ils ont arrêté, ils ont pris le métier, ils arrêtent leur métier pour refaire un nouveau métier. Après il faut qu'on ait l'assurance et là c'est là où on est hyper précautionneux. On a une discussion avec le doyen Lacroix là-dessus, hyper précautionneux de savoir qu'ils vont être réembauchés comme IPA et pas embauchés comme IDE. Pour les stage, je vais voir si l'élève IPA n'est pas utilisé comme un infirmier.

On a une unité fonctionnelle de neurologie d'urgence par une neurologue et donc on pourrait faire une IPA à orientation neuro, ça peut être l'épilepsie. On sait très bien que le patient épileptique qui convulse, on l'amène à l'hôpital, on lui fait rien, il reste en surveillance 2 h et puis on dit allez au revoir rentrez à la maison. Ben là peut être qu'il faudrait que l'IPA pourrait dire « Ah oui mais attendez. Depuis quand vous avez pas eu de crise ? ». « Ah bah là je vais appeler mon collègue ». ça fluidifie vachement. Parce que finalement c'est un patient qui au lieu d'être dans un box Va pouvoir passer dans le local d'examen de l'IPA et puis bah va pouvoir sortir tout de suite.

L'IPA elle a 3 niveaux de responsabilité hein, autonomie totale semi autonomie pas d'autonomie pas d'autonomie c'est le déchoquage semi autonomie elle doit demander l'avis du médecin pour sortir le patient et autonomie si c'est protocolé elle peut être autonome là-dessus et elle a plusieurs niveaux d'activité, elle a 3 niveaux d'activité, urgence régulation, SAMU et SMUR.

Voilà, vous avez bien entendu ce qui se passait en ville, hein ? Ils ont veulent pas d'IPA parce qu'ils ont peur qu'ils prennent La Patientèle . Ils ont tort, ça va même améliorer leur flux à eux. Parce que médecin généraliste ils sont débordés de boulot hein, eux ils arrivent plus à bosser non plus quoi. Et donc il faut pas croire que moi je pars du principe que quand un médecin généraliste envoie un patient à l'hôpital, c'est qu'il a des bonnes raisons pour l'envoyer à l'hôpital. Et donc on prend son téléphone et on appelle le médecin.

Après on revient un peu aussi sur la conduite au changement, ça s'apprend en management, on a tout un séminaire sur le l'accompagnement du changement. Et le plus dur à changer, c'est les docteurs, les anciens. Ce qui est compréhensif aussi, c'est des habitudes. Ils ont toujours travaillé de telle manière et du jour au lendemain, Pourquoi changer ?

Et puis alors vous savez qu'on a des rouges, on a des jaunes, on a des Bleus, on a des verts en personnalité, hein. Moi j'avais un rouge écarlate moi. J'ai nommé un chef de service Et il est devenu

rouge orangé. Il faut savoir repérer les, les éléments humains. Pardonnez-moi de parler comme ça, mais devant celui qui va être bloquant et celui qui va falloir convaincre.

Moi : Oui nous avons évoqué « ce système » en cours sur le type de personnalité là en cours. Et Par exemple, mon professeur m'a dit qu'il me percevait pas du tout la même couleur que le test m'avait donné Donc c'est marrant de percevoir tout ça.

Monsieur X : Tout à fait, C'est là aussi cette politique du changement, le fait qu'on doit repérer les éléments moteurs. Souvent les rouges c'est des moteurs hein, mais ils sont bloquants au Départ.

Moi : Ouais, c'est ça, une fois que les personnalités sont ciblées c'est plus simples

Monsieur X : Y a le jaune, c'est le Séducteur, donc faut toujours se méfier

Moi : Ah je suis jaune ahah !

Monsieur X : Oui, je vous ai observé. Mais globalement oui, il faut faire attention à ceux qui bougent pas, qui disent rien et qui qui feront pas avancer le bateau. il faut Aussi les mettre en Mouvement quoi en général, moi je me mettais avec un rouge ou un bleu (ou jaune) Ça faisait une bicoloration parce que d'un côté, peut-être qu'il peut aussi temporaliser le rouge. C'est exactement ce qui se passait après.

Je crois que les médecins managers, il faut qu'on ait une formation de manager parce que sinon ça s'invente pas quoi. C'est comme la pédagogie. Mais je suis sûr que vous avez des exemples dans votre tête et que vous allez pas dire parce que c'est enregistré.

Pendant le SMUR, il y a aussi un problème de démographie médicale. On a de plus en plus du MHP hein, ces unités mobiles hospitalières paramédicalisées, ils sont formés par les CESU.

En tout cas ici c'est le cesu qui s'en occupe, ce qui est très bien. Et puis c'est des gens qui ont de la bouteille, ils ont 25 ans de pratique, donc y a une sorte de reconnaissance aussi de l'infirmier et moi et j'ai eu la chance et je parle peut-être beaucoup hein. Pardon,

Moi : J'aime beaucoup donc pas de problème, c'est très intéressant.

Monsieur X : j'ai eu la chance d'inviter le général Noto, René Noto, Il a 90 ans ce Monsieur. Et c'est le général Des marins pompiers de Paris, c'est Lui qui a créé le Plan rouge. Il a créé plein de choses comme ça et il est venu nous faire cours à la faculté catholique. On lui a dit, Mon général, quel est l'avenir du pré hospitalier ? Vous savez ce qu'il a dit

Moi : Non ?

Monsieur X / La Paramédicalisation et je pense qu'il faut des réponses graduées aujourd'hui, si on parle du SAMU ou SMUR là je suis dans mon bureau du SAMU là,

A un moment donné, il faut savoir envoyer un infirmier tout de suite sur place, on a la télévision, on a la vidéo, on a tout ce qu'il faut qui est sécurisé, donc on sait lire un électro et l'affirmer, le fait dans son service, il le fait à la maison, c'est pareil hein, donc nous on le sait le lire, et puis lui aussi d'ailleurs sait le lire

Et puis il faut faire confiance aux paramédicaux, de dire Bon bah OK, là c'est un infarct. Eh Ben écoute, j'appelle le cardiologue, tu vas aussi intensif cardio et c'est ça qui l'a dit lui. Et puis à un moment donné, peut être que Sur certains événements, il faut un médecin Tout comme des fois on part avec un chirurgien parce qu'il faut opérer des fois des patients sur place, ça arrive une fois tous les voilà.

Moi : Oui, mon Papa a travaillé avec vous d'ailleurs, et il a apprécié votre façon de faire confiance

Monsieur X : Oui, Olivier CHIAMPLI, j'ai pas osé le dire ! Je vois bien Olivier, oui

Moi : Je lui en avais parlé en amont parce que votre nom me disait vraiment quelque chose et parce que des fois il se remémore son passage au SMUR

Monsieur X : Ah ça c'est parce qu'il devient vieux ! Vous ne lui répéterez pas que j'ai dit ça bien-sûr !

Moi : Oh promis !

Et du coup je lui ai demandé s'il vous connaissait, et cetera. Il m'a dit mais oui je me souviens, il était super, na, na, na. Donc apparemment il a vraiment apprécié. Donc je pense que c'est aussi la façon d'on la confiance que vous donnez aussi aux autres en fait.

Monsieur X : Ouais, c'est ça, c'est vraiment un travail d'équipe, mais tout le monde, je veux dire, enfin moi, quand je suis en SMUR, j'en fais beaucoup moins maintenant parce que je suis plus à la fac. Mais y a l'ambulancier, hein. L'ambulancier, il a un rôle énorme. Moi je trouve que tout le monde, enfin tous les gens qui sont dans un véhicule, ils ont comme avec les pompiers hein. Faut bien communiquer avec eux, bien communiquer avec les patients, bien communiquer. C'est peut-être un peu idéaliste, hein, ce que je dis, mais moi, c'est Comme Ça que je fonctionne et je ne fonctionnerai pas autrement. Quoi qu'il me soit arrivé. Mais globalement, voilà, je fonctionnerais toujours comme ça parce que c'est important de montrer du professionnalisme et aussi de l'empathie. Et puis de manager une Équipe. Moi quand j'arrête sur un arrêt cardiaque, je dis aux pompiers, vous êtes d'accord ? Voilà, les éléments. Je vais prendre la décision d'arrêter. Est ce que vous Êtes D'accord avec moi, la plupart De mes collègues disent, bon, on arrête, une décision d'équipe ? moi je supporte pas ça, genre les pompiers ça fait peut être 20 min qu'ils massent un patient. On travaille là-dessus quoi, enfin il faut quand ? Même que Tout le monde soit d'accord pour arrêter. Et si un pompier qui me dit Non, Ben je continue et Je lui explique tout ça et je dis bah là il est temps d'arrêter quand même. Puis à un moment donné s'il me dit bon d'accord, donc là, on arrête. On aura fait 5 Min de plus. C'est pas grave, mais au moins au moins il partira avec son opinion disons.

Moi : Mais au moins on aura pris son avion en compte.

Monsieur X : On a fait tout Ce qu'il fallait quoi et pas la frustration de dire mais pourquoi il a arrêté. Et ça, c'est important pour eux aussi et donc pour tous les corps de métier, c'est comme ça. C'est assez singulier, j'ai un management singulier, moi.

Moi : Moi, enfin en tout cas de ce que vous me dites, je suis vraiment d'accord avec vous mais après je suis Pas encore Vraiment sur le terrain

Je voulais savoir, au niveau des moyens, vous avez toujours eu par exemple les fonds nécessaires à faire un projet ou autre, ou des fois c'est difficile quand même ?

Monsieur X : C'est difficile, oui. Quand le contexte change entre avant COVID, COVID et Post COVID. On voit bien aujourd'hui qu'on nous demande de faire des projets à coût constant, donc, ça pose un problème, alors c'est un projet clinique. Si on a besoin de faire de la peinture, à la rigueur ça va. Mais si c'est pour construire quelque chose à côté, il va falloir vraiment argumenter, ça prend Du temps

Et ça, l'argent est devenu compliqué et puis après c'est la direction. Et je comprends le problème de la direction générale Hein, c'est que eux ils ont un budget et il va falloir que leurs capacités d'autofinancement est pas extensible. Et donc voilà, il faut éponger un déficit et puis il faut aussi

investir donc il y a des priorités. C'est pour ça que la pharmacie centrale n'a pas bougé et je pense que le professeur Pascal ~~Odoux~~ a dû vous le dire, la frustration à un moment donné.

Moi : Après il y a quand même le projet de construction de la nouvelle pharmacie ?

Monsieur X : Oui, bien sûr. Mais heureusement qu'il y a encore ça

Et donc du coup donc effectivement alors après c'est travailler avec des fonds, des fonds FEDER, des fonds régionaux, des fonds ARS. Voilà c'est la région chercher la voilà. Par exemple le professeur Jean-Pierre Prevost, qui est professeur de ~~Neurologie~~, a réussi à mettre des IRM dans toutes les structures d'urgence des 33 services d'urgence. Et il y a une IRM parce que il a eu des fonds régionaux par un conseiller régional. Monsieur Bertrand a mis encore l'argent parce que il trouvait que c'était normal, que ça facilitait le parcours, ça sauvait des vies.

Moi : Oui, c'est ça. Enfin sinon faut aller chercher les financements nécessaires.

Monsieur X : Voilà donc il y a une volonté derrière. Après on quand on parle d'argent, on parle politique, donc des fois être en lien avec eux et ça c'est le rôle de La direction générale et des porteurs De projets donc. Donc dire qu'il y a pas d'argent, on fait attention, on rationalise l'argent, on met l'argent dans les priorités. Voilà. Et je pense que c'est plutôt raisonnable je pense.

Moi : Est-ce qu'aujourd'hui vous avez un projet ? Sur la fluidité et/ou l'efficacité du parcours patient qui vous semble prioritaire ou même est ce que vous avez une idée pour améliorer tout ça

Monsieur X : Le problème c'est communiquer entre nous, c'est à dire de partager des procédures. C'est la régulation des entrées mais il y aura toujours des gens qui vont arriver aux urgences comme ça, Donc il y a tout ce projet de réorientation qui doit être mieux cadré à mon avis.

Mais pour améliorer la fluidité je pense qu'il faut bien voir les parcours et bien analyser, réévaluer les parcours. Vous voyez le parcours traumatologie légère, le parcours ORL urgence ORL, le parcours personnes âgées ça c'est hyper important. Il faut aussi agir en Amont Donc éviter les passages évitables. Des sujets à travailler et les filières de soins je dis avec les IPA. Chaque hôpital pourra s'en sortir. Là y a Roubaix qui vient de m'écrire sur un projet IPA, ils ont analysé le parcours dans lequel ils pouvaient mettre une IPA pour justement sortir, entre guillemets, le Mettre sur le côté dans les urgences, mais sécurisé, enfin, il y perd. Et pendant ce temps-là, le médecin fait ses entrées, oui. Et ça, c'est intéressant.

À mon avis, l'avenir, c'est la ~~paramédicalisation~~ avec la graduation des Réponses données, Que ce soit à l'hôpital ou entre-hospitalisation. C'est que le médecin fait du médecin et l'IDE fait de l'IDE.

Moi : Oui, c'est exactement ce que ce que me disait. Le médecin urgentiste que j'ai eu aussi en entretien c'est pareil. La communication et les parcours, c'est exactement ce qu'il m'a dit et c'est génial du coup

~~Monsieur~~ X : On est tous d'accord après c'est vrai que Ben oui, il y a des volontés après de ces managements, après qui fait qu'il y a une acceptation, un bon dialogue, et cetera. Enfin voilà, donc c'est pas facile hein, y a des pierres brutes, parfois où c'est un peu même brutal parfois, mais il faut quand on a la conviction de le faire, on y arrive quoi ? Et ça met du temps, faut être patient .

Y a toujours une part variable hein dans l'histoire, mais y a un axe rouge des fois qu'il faut. C'est à dire jouer aux Prendre son jeu de mots hein ? Oui c'est., Mais du coup ouais dans la gestion de projet ça montre aussi que faut savoir de souhaite gérer le projet et ça ouais c'est ça et savoir.

voilà, adaptabilité, souplesse, écoute, présence et puis accompagner.

Voilà ce que je pouvais, vous En dire !

Moi : vraiment un grand merci. Je suis vraiment désolée il reste 5 min du coup c'est pour ça.

Monsieur X : C'est OK pour vous ?

Moi : Oui, oui merci !

Monsieur X : vous aurez la gentillesse, de m'envoyer votre mémoire une fois qu'il sera soutenu, que vous aurez été fini ?

Moi : Oui ~~oui~~ bien-sûr, pas de problème, avec grand plaisir ! Je passe le 8 juillet donc ce sera après.

Monsieur X : En tout cas N'hésitez pas entre-temps si vous avez encore des questions !

Moi : Encore grand ~~grand~~ merci. En tout cas, c'était très enrichissant. Merci, merci.

Monsieur X : Merci lison, courage à vous, je croise les doigts et je vous Dis les 5 lettres hein, merci beaucoup, au revoir.

La gestion de projet au service de la fluidité des parcours patients en service d'urgences

Alors que les **urgences hospitalières** traversent une crise profonde, ce mémoire propose une réflexion sur un levier encore trop peu mobilisé dans ce contexte : la **gestion de projet**. À partir d'une enquête conduite auprès de professionnels de santé et d'entretiens qualitatifs, il explore un paradoxe frappant : les équipes témoignent d'un fort engagement, d'idées concrètes et de dynamiques locales, mais ces initiatives se heurtent à un manque de structuration, de reconnaissance et de temps. Ce travail met en lumière une tension entre volonté d'**organisation** et réalités du quotidien, où la **fluidité** des parcours reste difficile à atteindre. Il montre que le **changement**, pour être accepté, doit s'appuyer sur une meilleure **coordination**, des méthodes adaptées et une reconnaissance du rôle des **équipes**. En révélant une **culture professionnelle** encore peu familière avec l'approche projet, mais pourtant réceptive, ce mémoire propose d'y voir un outil d'émancipation collective, capable de retisser du lien, du sens et de l'efficacité au cœur des urgences.

Mots-clés : **urgences hospitalières, gestion de projet, organisation, fluidité, changement, équipe, coordination, culture professionnelle**

Project Management to Improve Patient Flow in Emergency Departments

While **hospital emergency departments** are experiencing a deep crisis, this dissertation offers a reflection on a tool still too rarely used in this context: **project management**. Based on a survey conducted with healthcare professionals and qualitative interviews, it explores a striking paradox: teams show strong engagement, concrete ideas, and local initiatives, yet these efforts often face a lack of structure, recognition, and time. This work highlights the tension between the desire for better **organization** and the day-to-day realities where **patient flow** remains difficult to optimize. It demonstrates that for **change** to be embraced, it must rely on improved **coordination**, appropriate methods, and recognition of the role of frontline **teams**. By revealing a **professional culture** still relatively unfamiliar with the project-based approach yet open to it this dissertation suggests project management as a potential lever for collective empowerment, helping to restore meaning, cohesion, and efficiency at the heart of emergency care.

Keywords: **hospital emergency departments, project management, organization, patient flow, change, team, coordination, professional culture**