



# Le “ Lean Management ” au service de la performance et de l’optimisation des processus organisationnels d’un établissement sanitaire

Jeanne Freret, Thaïs Jouve-Villard

## ► To cite this version:

Jeanne Freret, Thaïs Jouve-Villard. Le “ Lean Management ” au service de la performance et de l’optimisation des processus organisationnels d’un établissement sanitaire. Sciences de l’Homme et Société. 2023. dumas-04226899

**HAL Id: dumas-04226899**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04226899>**

Submitted on 5 Dec 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

# UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

## MOMA

### MÉMOIRE

PRÉSENTÉ POUR L'OBTENTION DU

**MASTER 2 MANAGEMENT STRATEGIQUE DES ORGANISATIONS DE SANTE**

Option « sanitaire »

Le « Lean Management » au service de la performance et de  
l'optimisation des processus organisationnels d'un établissement  
sanitaire

### Présenté par :

FRERET Jeanne  
JOUVE-VILLARD Thais

### Jury :

GEORGESCU Irène, Professeure des Universités  
GODINEAU Nathalie, Directrice Administrative et Financière  
NARO Gérald, Professeur des Universités et Directeur du mémoire

### Année :

2022/2023

30 août 2023



## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à adresser nos remerciements à l'Institut Montpellier Management et au CESEGH pour ces deux années d'apprentissage enrichissantes au sein de ces établissements.

L'engagement de l'ensemble du corps enseignant a été un réel soutien à notre développement personnel et à l'acquisition de connaissances approfondies en management des établissements de santé. Leur accompagnement tout au long de notre parcours nous a permis de nous préparer au mieux à notre avenir professionnel. Nous tenons tout particulièrement à remercier les directeurs du Master “ Management Stratégique des Organisations de Santé” : Madame GEORGESCU et Monsieur TERRIER mais également les professionnels du CESEGH qui nous ont accompagnés dès notre première année de master et qui ont su nous aider et nous orienter vers la voie qui nous passionne désormais : le management en établissement sanitaire.

Nous tenons également à remercier Madame Nathalie GODINEAU et Monsieur Gérald NARO pour leur accompagnement et le temps accordé tout au long de la rédaction de ce mémoire. Leurs conseils nous ont permis de prendre les bonnes directions et d'avancer au mieux dans nos réflexions.

Nous souhaitons également exprimer notre profonde gratitude envers nos établissements d'apprentissage : la Clinique Clémentville et la Clinique Mutualiste de l'Estuaire pour nous avoir offert l'opportunité de mettre en pratique nos connaissances et de développer nos compétences professionnelles. Travailler au sein de ces structures a été une expérience précieuse.

Nous aimerions remercier nos tuteurs, Mme HATTAB et Mr. DOUTE qui ont su nous accueillir et nous accompagner tout au long de ces deux années. Leur expertise et leur soutien constant nous ont permis de progresser et de participer pleinement dans tous les projets de ces établissements. Nous souhaitons les remercier pour nous avoir confié des missions passionnantes et responsabilisantes et qui ont su nous faire confiance ainsi que pour leur dévouement à transmettre leurs connaissances. Leur capacité à créer un environnement de travail convivial et collaboratif a rendu notre intégration au sein de l'équipe fluide et agréable.

## RÉSUMÉ

### Titre :

Le “Lean Management” au service de la performance et l’optimisation des processus organisationnels d’un établissement sanitaire

### Résumé :

Les récents défis que le secteur de la santé rencontre, obligent les établissements à transformer les pratiques de prise en charge, les pratiques de gouvernance, les technologies ainsi que les systèmes d’information afin de répondre aux enjeux suivants : qualité et sécurité des soins, efficience et performance des structures...

Apparu dans les années 2000 dans le secteur hospitalier, le Lean Management est un système d’organisation du travail développé dans l’industrie automobile. Cette approche, pour le secteur de la santé, a pour ambition de réconcilier performance organisationnelle et économique, qualité des soins, qualité de vie au travail et la mise en place de processus de standardisation de travail.

Un certain nombre de centres hospitaliers en France comme ceux de Lyon, Toulouse, Grenoble, AP-HP, ont expérimenté le Lean Management sur les processus de soins. Les résultats montrent la limite du lean management et l’apparition d’effets pervers rendant la mise en œuvre de cette méthodologie complexe.

Cette démarche peut s’appliquer aux fonctions de soins comme aux fonctions support. C’est pourquoi, l’objectif de cette étude est d’analyser l’application du Lean Management sur les activités administratives et fonctions support d’établissements sanitaires afin de mesurer les impacts positifs et négatifs sur les organisations de ces services et les impacts managériaux sur le personnel.

Ce projet d’étude a été mené au sein de deux établissements, de statuts différents. Douze professionnels ont été interrogés dans le cadre d’une étude qualitative permettant d’établir des conclusions sur la pertinence de cette méthodologie de travail.

Mots-clés : Lean Management, Performance, Optimisation, Juste soins, Qualité, Pertinence, Outils.

## **Liste des acronymes et abréviations**

ARS : Agence Régionale de Santé

CLME : Clinique Mutualiste de l'Estuaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CODIR : Comité de Direction

CSE : Comité Social et Économique

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

HGO : Hospi Grand Ouest

LM : Lean Management

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MIT : Massachussets Institue of Technology

MVP : Management Visuel de la Performance

NHS : National Health Service

QVT : Qualité de Vie au Travail

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

VSP : Value Stream Map

## **TABLE DES MATIERES**

|                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>INTRODUCTION</b> .....                                                                                                 | p8  |
| <b>PARTIE I – REVUE DE LITTERATURE</b> .....                                                                              | p12 |
| Introduction .....                                                                                                        | p12 |
| Méthodologie .....                                                                                                        | p13 |
| Historique de la démarche Lean .....                                                                                      | p15 |
| <b><u>I-Lean Management et leadership</u></b> .....                                                                       | p16 |
| <b>1.1. Un véritable processus de changement culturel</b> .....                                                           | p16 |
| 1.1.1. Une approche ancrée dans les valeurs et les cultures de l’organisation .....                                       | p16 |
| 1.1.2. La culture du changement au cœur de la démarche .....                                                              | p18 |
| <b>1.2. Une philosophie portée par la gouvernance</b> .....                                                               | p20 |
| 1.2.1. Un management transversal impliquant l’ensemble des professionnels .....                                           | p20 |
| 1.2.2. Une démarche dont le succès repose sur la pleine implication de la gouvernance .....                               | p22 |
| <b><u>II-Un outil de terrain aux multiples bienfaits humains ?</u></b> .....                                              | p24 |
| <b>2.1. Le Lean Management : un levier d’amélioration de la qualité de vie au travail ?</b> .....                         | p24 |
| 2.1.1. La responsabilisation des acteurs .....                                                                            | p24 |
| 2.1.2. Engagement, compétences et créativité des professionnels .....                                                     | p26 |
| 2.1.3. Ergonomie des postes de travail : performance et bien-être des salariés .....                                      | p27 |
| <b>2.2. Le Lean, toujours source de motivation et d’épanouissement ?</b> .....                                            | p29 |
| <b><u>III-Optimiser et réorganiser pour gagner en performance</u></b> .....                                               | p31 |
| <b>3.1. De multiples gaspillages qui nuisent à une prise en charge optimale</b> .....                                     | p31 |
| <b>3.2. Des outils aux impacts forts</b> .....                                                                            | p33 |
| 3.2.1. Les outils Lean .....                                                                                              | p33 |
| 3.2.2. L’utilisation des outils Lean sur le long terme .....                                                              | p36 |
| Conclusion .....                                                                                                          | p37 |
| <b>PARTIE II- ELABORATION DE LA METHODOLOGIE LEAN AU SEIN DES<br/>FONCTIONS SUPPORT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE</b> ..... | p39 |
| Introduction .....                                                                                                        | p39 |
| <b><u>I-Le contexte</u></b> .....                                                                                         | p40 |
| <b>1.1. Méthodologie d’élaboration</b> .....                                                                              | p40 |
| 1.1.1. Le recueil d’informations .....                                                                                    | p40 |

|                     |                                                                                                                            |            |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1.1.2.              | Les entretiens et méthode utilisée.....                                                                                    | p40        |
| 1.1.3.              | La sélection de l'échantillon.....                                                                                         | p41        |
| 1.1.4.              | Le guide d'entretien.....                                                                                                  | p41        |
| 1.1.5.              | La collecte de données.....                                                                                                | p43        |
| 1.1.6.              | La réalisation des entretiens.....                                                                                         | p43        |
| 1.1.7.              | L'analyse des données.....                                                                                                 | p45        |
| <b>1.2.</b>         | <b>Etude du cas d'application de la méthodologie Lean.....</b>                                                             | <b>p46</b> |
| 1.2.1.              | Présentation des établissements concernés.....                                                                             | p46        |
| 1.2.1.1.            | Présentation de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire.....                                                                  | p46        |
| 1.2.1.2.            | Présentation de la Clinique Clémentville.....                                                                              | p47        |
| 1.2.2.              | Le positionnement des établissements face à la méthodologie Lean.....                                                      | p47        |
| 1.2.3.              | Méthodologie et projets pilotes.....                                                                                       | p48        |
| 1.2.4.              | Une vision multidimensionnelle de la performance.....                                                                      | p49        |
| <b>II-</b>          | <b><u>Accompagner le changement avec une méthodologie</u>.....</b>                                                         | <b>p51</b> |
| <b>2.1.</b>         | <b>En amont de la mise en place du projet.....</b>                                                                         | <b>p51</b> |
| 2.1.1.              | Le rôle de la gouvernance.....                                                                                             | p51        |
| 2.1.2.              | Un leadership approprié.....                                                                                               | p53        |
| 2.1.3.              | Impliquer les professionnels et enseigner la démarche choisie.....                                                         | p56        |
| 2.1.4.              | Organisation des équipes projet.....                                                                                       | p58        |
| <b>2.2.</b>         | <b>La mise en place d'une démarche de gestion de projet au sein des fonctions support des établissements de santé.....</b> | <b>p61</b> |
| 2.2.1.              | La réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs à la Clinique Mutualiste de l'Estuaire.....                  | p61        |
| 2.2.1.1.            | Comprendre les processus et les définir.....                                                                               | p62        |
| 2.2.1.2.            | Analyser et mesurer.....                                                                                                   | p67        |
| 2.2.1.3.            | Améliorer les processus et innover.....                                                                                    | p68        |
| 2.2.1.4.            | Déploiement du plan d'actions et suivi.....                                                                                | p70        |
| 2.2.2.              | La digitalisation du parcours patient à la Clinique Clémentville.....                                                      | p72        |
| 2.2.2.1.            | Comprendre le processus et le définir.....                                                                                 | p72        |
| 2.2.2.2.            | Analyser et mesurer.....                                                                                                   | p73        |
| 2.2.2.3.            | Améliorer le processus et innover.....                                                                                     | p74        |
| 2.2.2.4.            | Déploiement du plan d'actions et suivi.....                                                                                | p77        |
| 2.2.2.5.            | Présentation de l'outil numérique.....                                                                                     | p78        |
| <b>2.3.</b>         | <b>En aval de la mise en œuvre.....</b>                                                                                    | <b>p79</b> |
| 2.3.1.              | Poursuivre la démarche d'amélioration continue.....                                                                        | p79        |
| 2.3.2.              | Accompagner le changement.....                                                                                             | p82        |
| <b>PARTIE III –</b> | <b>RESULTATS ET DISCUSSION.....</b>                                                                                        | <b>p83</b> |
| <b>I-</b>           | <b><u>Les résultats</u>.....</b>                                                                                           | <b>p85</b> |
| <b>1.1.</b>         | <b>Le point de vue culturel.....</b>                                                                                       | <b>p85</b> |

|                                                                                         |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>1.2. Le point de vue managérial</b>                                                  | p86  |
| 1.2.1. Impliquer, collaborer et communiquer                                             | p86  |
| 1.2.2. Donner du sens au travail                                                        | p87  |
| 1.2.3. Points de vigilance                                                              | p87  |
| <b>1.3. Le point de vue organisationnel</b>                                             | p88  |
| 1.3.1. Gain de temps et planification des interventions améliorée                       | p88  |
| 1.3.2. Ergonomie des postes de travail des professionnels                               | p90  |
| 1.3.3. Disposer de parcours patient fluides et correctement identifiés                  | p90  |
| 1.3.4. Répondre aux enjeux sociétaux actuels à travers la protection de l'environnement | p91  |
| 1.3.5. Harmonisation des pratiques et réponses aux réglementations                      | p91  |
| 1.3.6. Sécurisation et qualité de la prise en charge                                    | p92  |
| 1.3.7. Des structures à deux vitesses                                                   | p92  |
| <b>1.4. Le point de vue financier</b>                                                   | p93  |
| <b><u>II-Confrontation entre cadre théorique et mise en œuvre</u></b>                   | p95  |
| 2.1. Le changement culturel                                                             | p95  |
| 2.2. Une philosophie portée par la gouvernance                                          | p96  |
| 2.3. Le Lean favorable à la qualité de vie au travail                                   | p97  |
| 2.4. L'appropriation des outils Lean                                                    | p98  |
| 2.5. Synthèse                                                                           | p100 |
| <b><u>III-Recommandations et propositions managériales</u></b>                          | p102 |
| <b><u>IV-Limites du Lean Management et de l'étude</u></b>                               | p103 |
| 4.1. Limites méthodologiques de l'étude                                                 | p103 |
| 4.2. Limite du Lean Management en établissement sanitaire                               | p104 |
| 4.2.1. La potentielle lourdeur de la méthodologie Lean                                  | p104 |
| 4.2.2. Robotiser le soin                                                                | p105 |
| 4.2.3. Le manque de clarté des outils                                                   | p105 |
| 4.2.4. Une culture dont les résultats s'apprécient sur le long terme                    | p106 |
| 4.2.5. Des croyances devant être nuancées                                               | p106 |
| <b><u>V-Intérêt professionnel et personnel de l'étude</u></b>                           | p107 |
| <b>CONCLUSION</b>                                                                       | p108 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>                                                                    | p110 |
| <b>ANNEXES</b>                                                                          | p116 |

## **INTRODUCTION**

*« La santé n'a pas de prix. Il nous faudra demain tirer les leçons du moment que nous traversons, interroger le modèle de développement dans lequel s'est engagé notre monde depuis des décennies et qui dévoile ses failles au grand jour. »*, indique Emmanuel Macron le 12 mars 2020 (Macron, 2020).

Au cours de ces dernières années, le système de santé français a montré ses forces, ses faiblesses et ses imperfections. Le covid-19 a grandement aidé le secteur à se réinventer en peu de temps. Cependant, il a également mis en lumière sur le plan économique, un système hospitalier fragile et peu résistant aux crises.

Ces bouleversements, renforcés par la loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009), la loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS n°2016-41 du 26 janvier 2016) et le plan « Ma Santé 2022 » qui fait de la qualité et de la notion de pertinence son fil rouge, révèlent la profonde mutation que vivent aujourd'hui les établissements de santé et l'importance apportée à la pertinence.

Ces structures sont néanmoins complexes à remanier du fait de leur ancrage historique et de leurs constantes évolutions tant sur le plan sociétal, technologique ou encore épidémiologique (Revue Hospitalière de France, 2015).

Dans ce contexte, le système hospitalier français évolue dans un environnement de réformes successives en développant des notions de pilotage médico-économique et de performance. La tarification à l'activité dans les établissements renforce d'autant plus la multiplication des actes et n'incite pas nécessairement à la coopération.

La juste valorisation des activités et des processus exige les gouvernances d'établissement à investir dans l'humain et les nouvelles technologies. Néanmoins, ces impératifs se heurtent à une crise de sens et des tensions humaines sans précédent.

Si la quête de performance a longtemps vu l'humain comme un levier unique de réduction de charges, il est aujourd'hui repositionné comme un levier ayant un impact social positif pour le personnel. Face à cela, les établissements rencontrent un dilemme majeur : améliorer la qualité des soins dans un contexte de tensions budgétaires tout en fidélisant les talents.

Le levier d'efficience et d'optimisation des processus peut ainsi constituer un élément pertinent dans la gestion des établissements. Il doit cependant être manipulé avec prudence afin de préserver la qualité de la prise en charge.

En effet, le rapport de l'OCDE (Colombo, 2017) intitulé « Lutter contre le gaspillage et intégrer les nouvelles technologies » souligne le fait que 70% des événements indésirables pourraient être évités et que près d'un cinquième des dépenses de santé ne sont pas nécessaires.

Ces gaspillages, autrement dit ces actes sans valeurs ajoutées peuvent prendre diverses formes : gaspillages opérationnels, administratifs ou cliniques (ressources détournées du soin, duplication des actes...).

Ces constats mettent en évidence l'importance d'un management de la gouvernance tournée vers l'accompagnement des équipes face à ces mutations en recentrant l'humain au centre du dispositif.

Pour l'OMS (2017), la performance des systèmes de santé correspond à « leur aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles, compte tenu des ressources disponibles ». Trois dimensions pour évaluer la performance sont privilégiées : l'amélioration de la santé, la réactivité et l'équité de la contribution financière.

La notion de pertinence peut également être évoquée car cette dernière est pleinement intégrée dans les stratégies d'établissements et renvoi à la notion de justes soins, c'est-à-dire : « la bonne intervention, au bon endroit, au bon moment, par le bon praticien, dans la prise en charge d'un patient autonome, mieux informé, co-auteur de sa sécurité et considéré comme expert dans le vécu de sa pathologie chronique » HAS (2018).

Notion multifactorielle, la pertinence peut donc d'appliquer sur tous les champs du secteur de la santé et les marges de progression sont alors infinies :

- La pertinence des actes
- La pertinence des parcours de soins
- La pertinence des prescriptions
- La pertinence organisationnelle

Néanmoins, la mise en place et l'adhésion de ces concepts par les acteurs peut s'avérer complexe, il est alors nécessaire de se doter d'outils pour viser l'excellence opérationnelle.

Arrivé du secteur industriel, le Lean Management a l'ambition de répondre à ces problématiques. Cette approche managériale utilisée dans les entreprises manufacturières depuis les années 70 a été impulsée à partir d'une analyse du système de production Toyota. Le terme Lean signifiant « maigre » en anglais, cette approche vise à supprimer les activités sans valeur ajoutée au sein de la chaîne de production.

La valeur ajoutée est alors une notion centrale dans la réflexion. Elle peut être définie comme « le résultat d'actions qui améliorent la qualité et qui en réduisent les coûts » (Fermon and Grandjean, 2015).

Les premières applications empiriques de la méthode Lean dans le système de santé ont commencé dans les années 90 mais ce n'est qu'en 2002 que la méthode Lean a commencé à se répandre plus largement. En 2011, 9 hôpitaux sur 10 en Suède ont déclaré avoir mis en place cette méthode.

Pour cela il est nécessaire de connaître les attentes du patient puis déterminer les chaînes de processus grâce à une approche terrain afin d'en appréhender les dysfonctionnements. Enfin il est important de cartographier les flux, les chaînes de processus spécifiques à chaque patient tout en faisant émerger les organisations collaboratives et supprimer les opérations inutiles.

Le Lean management est ainsi une philosophie alliant qualité, sécurité, performance et pertinence. Néanmoins, son application nécessite une méthodologie stricte et rigoureuse.

Impactés par des impératifs tant financiers qu'humains, il semblait particulièrement opportun de mettre en œuvre les méthodes de Lean Management au sein d'établissements de santé afin d'impulser une mission fédératrice ainsi qu'une dynamique de pertinence redonnant à la prise en charge sa juste valeur. Le manque de résultats concrets sur l'application du Lean Management au sein des fonctions supports ont encouragé la démarche vers une étude centrée sur le personnel administratif.

Pour cela, deux établissements de santé détenant des statuts différents ont pu être étudiés.

La Clinique Clémentville est un établissement privé de Médecine-Chirurgie-Obstétrique situé au cœur de Montpellier en Occitanie. Il est l'un des 21 établissements du Groupe Oc Santé, compte plus de 300 salariés et accueille plus de 40 000 patients chaque année. La clinique détient une maternité de niveau II avec plus de 2 000 naissances par an et un centre de soins non programmés. Connaissant une forte affluence, la clinique est majoritairement reconnue pour sa maternité et son centre de cancérologie.

La Clinique Mutualiste de l'Estuaire (CLME) est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) de plus de 200 lits situé à Saint-Nazaire. Il fait partie intégrante de "la Cité Sanitaire", en partenariat public/privé avec le Centre Hospitalier. L'établissement est spécialisé en chirurgie, oncologie, médecine et SMR.

Ces établissements, bien que différents, ont une ambition commune qui est de développer une politique de performance et de pertinence des processus organisationnels. Depuis 2021, ces structures ont su impulser une réflexion permettant de renforcer la performance de leur structure tout en ayant des comportements vertueux et en développant une culture du changement.

La mise en place de cette démarche s'est déroulée à travers une réflexion Lean plus ou moins affirmée.

Ainsi, il semble pertinent de s'interroger sur la pertinence de l'application du « **Lean Management** » au sein d'un établissement sanitaire et sur la question suivante :

***« Dans quelle mesure, le Lean Management issu du secteur industriel peut-il concourir à l'amélioration de la performance et de l'optimisation des processus organisationnels dans un établissement sanitaire centré sur l'humain ? »***

Au travers de ce travail, il sera utile d'analyser d'une part la littérature se rapportant à ce sujet et évoquer les nécessités de coordination, de communication mais également de leadership afin d'utiliser le Lean comme un levier fédérateur. Il sera également intéressant d'analyser les impacts tant positifs que négatifs sur le personnel en poste mais également de développer les outils mis en place et les éventuelles problématiques rencontrées. Enfin, il sera essentiel d'identifier les potentielles limites et enseignements tirés de cette démarche.

## **PARTIE I - REVUE DE LITTÉRATURE**

### **Introduction**

Aujourd'hui, les établissements de santé sont fortement encouragés par les autorités de régulation, les actionnaires mais également la patientèle à déployer des soins efficaces, efficients et de qualité.

De ce fait, les structures doivent mettre en place des systèmes d'amélioration des processus en vue de favoriser la performance ainsi que la qualité et la sécurité des prestations de soins.

Des méthodologies émergent et se développent de plus en plus afin de permettre d'améliorer ces processus. La méthode « Lean Thinking » aussi appelée Lean Management en français en fait partie.

### **Qu'est ce que le Lean Management ?**

Ce concept dit de gestion de chaîne d'approvisionnement ou de flux permet de maximiser la valeur des actions mises en place et d'abandonner les actions sans valeur ajoutée (gaspillage de temps, défauts de qualité, d'information ou d'insatisfactions diverses).

La philosophie Lean détient un certain nombre de principes : elle donne une définition claire de la qualité et de la valeur pour le patient, identifie les parcours de soins produisant de la valeur, élimine les activités considérées comme des dépenses inutiles et s'intègre dans une démarche d'amélioration continue. La philosophie Lean s'inscrit également dans une vision collaborative et ascendante "Bottom-up" : les idées et initiatives émanent du terrain.

Cette démarche répond à un triple objectif :

- Optimiser la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer les conditions de travail pour les professionnels
- Favoriser l'efficacité opérationnelle et économique

La littérature soutient des preuves de développement du Lean Management dans le secteur hospitalier.

Ainsi, notre recherche, basée sur l'application des principes du Lean Management dans un contexte sanitaire, peut être enrichie du travail de nombreux auteurs et des institutions internationales.

Les applications françaises et européennes ayant connu certaines limites, il semble intéressant d'en analyser les causes et les fondements.

De ce fait, il sera pertinent de présenter la démarche Lean au sein des établissements de santé en tenant compte de prérequis pour faciliter l'appropriation de la démarche.

### **Méthodologie**

Plusieurs méthodologies, aux multiples avantages et inconvénients peuvent être utilisées pour cette recherche. Au vue des résultats conséquents portant sur le thème du Lean Management dans le secteur de la santé, une revue systématique semble être pertinente afin de ne se soumettre à aucun biais d'interprétation.

Une analyse des thématiques est effectuée afin d'identifier les potentiels champs connexes et recherches spécifiques que le Lean Management dans le champ de la santé peut englober.

Afin de segmenter ces recherches, il est particulièrement intéressant de développer, dans un premier temps, une logique quantitative.

Dans le cadre de cette logique, quatre dimensions ont été analysées :

- Les articles : le nombre d'articles publiés et cités dans chaque domaine : le Lean Management et le secteur de la santé.
- Les revues : un certain nombre de revues tendent à publier davantage que d'autres dans le domaine étudié.
- Les auteurs les plus cités dans le domaine
- La localisation géographique des expériences : les principaux pays cités dans les applications déjà évaluées.

Ensuite, une chaîne de recherche a été élaborée sur la base des mots-clés identifiés : « Lean Thinking, Lean Management, Health sector, Health care, Optimisation des processus, Performance, Santé, Établissements de santé, Clinique, Hôpital, juste soin. »

L'application de ces mots-clés a mis en exergue plus de 50 000 publications. Ainsi, il a été envisagé de modifier les paramètres en accumulant les mots-clés afin de préciser les axes de recherche.

Un premier classement a été effectué sur la base des articles publiés dans les revues scientifiques intégrées au classement CNRS. Les articles en anglais ont été pris en compte toutefois les articles datant de plus de 8 ans ont été supprimés.

La taille de l'échantillon a ainsi connu une exhaustivité intéressante, allant de 5 000 résultats à 300.

### **Les bases de données d'articles**

Les articles appartenant à l'échantillon de recherche sont issus des bases de données suivantes : Business Source (EBSCO), Science Direct, CAIRN, ProQuest, Sage.

### **Le processus de sélection**

Afin de se concentrer sur les articles pertinents d'un point de vue qualitatif, une série de paramètres ont été identifiés. Un fichier complémentaire a été réalisé afin de synthétiser les axes de réflexion principaux de l'application du Lean Management dans les établissements de santé. Le croisement de ces données et paramètres a permis d'identifier les atouts majeurs et les potentiels freins à la mise en œuvre du LM dans ce contexte.

De plus, l'inclusion d'articles rédigés en anglais est particulièrement intéressante. En effet, la majorité des études étant réalisées en Europe, la base de données française aurait limité considérablement les axes de réflexion. Enfin les données étant collectées à partir de bases de données plurielles, des articles similaires ont pu être identifiés.

Après suppression des articles n'appartenant pas au cadre étudié, seulement 51 articles sur les 300 identifiés se sont avérés être pertinents.

Les 51 articles sélectionnés portent sur le domaine de la santé au sens large. Ne se rapportant pas directement à l'organisation des établissements de santé, certains articles ne pouvaient être transposés à cette recherche. De ce fait, 14 articles ont été supprimés suite à leur manque d'intérêt face au sujet étudié.

Enfin, un regroupement des articles restants a été effectué afin d'analyser les concordances de résultats. Ces analyses ont fait apparaître différentes thématiques propres à l'application du Lean Management au sein des établissements de santé.

### **Historique de la démarche Lean**

Apparue dans les années 70, Le Lean Management est une approche managériale utilisée dans les entreprises manufacturières. Cette démarche a vu le jour au sein du système de production Toyota pour faciliter la production et l'amélioration des relations entre les fournisseurs et les clients.

En 1988, Le Lean Management se rapproche progressivement de la gestion de projet dans un article réalisé par John Krafcik (1988). Le Lean est aujourd'hui une approche permettant de tendre vers l'excellence opérationnelle dans le milieu industriel.

Cette démarche oriente sa gestion autour de la chaîne de valeur. Son objectif est d'améliorer la performance de l'organisation en maximisant la valeur créée pour le client et en réduisant les déchets organisationnels et les activités sans valeur ajoutée (Roemeling, 2017).

Le Lean Management industriel s'appuie sur des concepts fondamentaux. Tout d'abord, l'amélioration de la performance se fonde sur l'accroissement de la valeur telle qu'elle est perçue par le client. De plus, cette approche managériale se base sur le travail en équipe, la mobilisation autour d'objectifs partagés et connus de tous.

Au fil du temps, cette philosophie s'est progressivement développée dans le secteur de la santé mais reste toutefois encore peu présente au sein de ce type d'organisation. La révision des dépenses publiques sanitaires contraint les établissements de santé à adopter un niveau croissant de volume d'activité tout en améliorant la qualité et la sécurité de la prise en charge. Appliquer cette démarche prend son sens mais doit être appréhendée de manière différente et certains concepts doivent être adaptés du fait des activités très spécifiques de ce domaine.

Bien que le Lean industriel ne puisse être identique au Lean hospitalier, l'Institute for Healthcare Improvement aux Etats Unis et la NHS aux Royaume Unis ont préconisé l'utilisation de cette méthode qui s'est révélée utile en démontrant des résultats prometteurs. Ils l'ont, en outre, suggéré comme une réponse possible aux besoins actuels.

Toutefois, contrairement au domaine industriel où le Lean Management est largement développé, le secteur des soins de santé émet quelques réserves quant à l'intégration de ses méthodes : activité portant sur l'humain plutôt que sur des produits, résultats limités dans le temps (Mazzocato et al. (2010), aversion au risque important, ressources limitées (Roemeling, 2017), implication des acteurs, barrières culturelles... (Andréamatteo, 2015).

## **I. Lean Management et leadership**

### **1.1 Un véritable processus de changement culturel**

Le Lean Management est une méthodologie qui vise le changement de la culture de l'organisation et de son système de management. Pour ce faire, il peut être difficile de faire accepter à des professionnels habitués à des pratiques et une résistance au changement forte peut être perçue

#### **1.1.1 Une approche ancrée dans les valeurs et les cultures de l'organisation**

La culture du changement est une tâche qui peut s'avérer compliquée à déployer et à adopter pour une organisation. En effet, tout établissement de santé dispose d'un vécu, d'une histoire, de pratiques professionnelles spécifiques difficiles à faire évoluer : il s'agit de la résistance au changement.

Cette dernière peut se manifester sous différentes formes. Tout d'abord, la résistance peut être propre à l'individu, à sa personnalité, à son mode de fonctionnement, ses connaissances, sa capacité d'adaptation, son ouverture d'esprit.

D'autre part, la résistance au changement peut se manifester de manière collective et organisationnelle. En effet, toute organisation dispose de valeurs, d'une culture, de normes sociales, de standards de référence, de privilèges acquis dans un établissement qu'il est difficile de compromettre.

D'après Luciano Brandão de Souza & Michael Pidd (2011), "les gens sont souvent inquiets du changement."

C'est d'autant plus vrai dans le domaine de la santé, spécifique de par :

- La prise en charge de patients
- La multiplicité des prises en charge aléatoire
- Une aversion aux risques importants
- Une activité sensible au niveau local
- Un domaine qui connaît de fortes tensions

"Cependant une traduction inverse a été initiée par le personnel clinique sceptique quant à la mise en œuvre, visant à persuader le personnel de revenir aux anciennes habitudes de travail" nous précisent encore ces auteurs.

Malgré cette réticence perceptible, le changement peut être nécessaire et essentiel pour un établissement. En effet, l'établissement de santé se doit d'être dans une logique d'adaptation à l'environnement et doit construire sa stratégie de développement à plus ou moins long terme. En outre, le changement, lorsqu'il est nécessaire, doit être décidé et partagé par tous pour amener la dynamique nécessaire.

Au sein des organisations de santé, la gestion du changement peut être appliquée à différents niveaux. En effet comme le relate Savage et al (2010), "Dans le domaine de la santé, la mise œuvre de la gestion du changement peut être trouvée au niveau micro (opérationnel), méso (stratégique) et macro (politique)".

La démarche Lean s'implique pleinement dans la culture du changement de par les outils et techniques managériales. Cette démarche est définie comme permettant d'instaurer une culture d'amélioration durable et peut s'appliquer dans de nombreuses situations, contextes et environnements spécifiques qu'il ne faut pas négliger.

En effet, comme l'atteste Mahmoud et al. "Comprendre la culture d'une organisation et la manière dont ses acteurs interagissent est particulièrement important dans le contexte des établissements de santé".

De plus, il est précisé " le Lean dépend de l'adoption appropriée d'outils et de techniques mais, plus important encore, c'est une question de culture, de structures et de processus établis" (Hines et al., 2006).

De ce fait, l'appropriation de cette démarche novatrice et innovante nécessite accompagnement, pédagogie et volonté afin de faire évoluer les pratiques mais aussi la façon de penser des salariés en leur donnant la possibilité de voir les choses différemment.

En effet comme l'indique Thanos Papadopoulos (2012) "La dépendance du Lean à l'évolution des mentalités doit être corrélée à la capacité d'un réseau émergent favorable à l'amélioration continue pour réussir à intégrer en permanence des actants et des réseaux d'actions opposés à leurs divers points de vue, agendas et pratiques (identités)."

Ainsi, le défi d'instaurer la démarche Lean au sein d'un établissement de santé passe par une étape de préparation des parties prenantes et de formation des professionnels. Cette étape permet d'identifier en amont la capacité des acteurs à s'impliquer dans la réussite de la gestion du changement et la manière dont ils souhaitent faire évoluer l'établissement au travers des valeurs, visions et missions déjà présentes et parfois difficiles à modifier.

"Les gestionnaires ont servi de modèles et ont agi de manière conforme aux valeurs et à la culture de l'organisation." (Poksinska et al, 2013).

#### 1.1.2 La culture du changement au coeur de cette démarche

Comme évoquée précédemment, la démarche Lean s'inscrit pleinement dans la culture du changement. L'innovation managériale prend une importance croissante dans de nombreux secteurs au regard de l'évolution sociétale en demande de collaboration et de participatif.

En effet, avant le lancement de la démarche Lean, la tâche principale des managers était “de surveiller et de contrôler les processus par rapport aux objectifs planifiés et aux exigences fixées.”. L’organisation est managée de façon très hiérarchique. Les employés doivent se référer à leurs supérieurs hiérarchiques pour obtenir les instructions à suivre en cas de problèmes rencontrés. L’improvisation, l’innovation et la flexibilité ne sont pas toujours encouragées. De plus, les métiers doivent être maîtrisés (mécaniquement) pour respecter les processus et procédures établis.

L’introduction de la démarche Lean vient bousculer les pratiques managériales et le rôle du manager a changé. En effet, il n’y a plus d’expert pour penser et des opérateurs pour agir. Tous les employés sont à présent des experts de leur poste de travail. Le responsable n’est plus un responsable hiérarchique ayant pour mission de vérifier le travail de ses collaborateurs. Le manager est un soutien au service de son équipe pour l’aider à résoudre les éventuels problèmes rencontrés. Comme l’indique Savage et al. (2010) “ Les managers sont devenus plus visibles dans le travail quotidien et leur tâche principale est devenue de soutenir leurs employés.” Ainsi, le rôle du manager consiste non seulement à contrôler mais aussi à faciliter et à coacher les équipes.

Aujourd’hui, la démarche Lean en santé est présente dans la littérature (Papadopoulos, 2012) mais reste encore peu déployée et connue dans le domaine.

En effet, le milieu de la santé est encore fortement hiérarchisé. C’est ce que relate Kinder et Burgoyne (2013), “Le Lean et tous les autres projets de conduite du changement sont avides d’informations. La hiérarchie de décision rend difficile le succès durable.”

Par ailleurs l’application d’approches d’amélioration continue comme la pensée Lean dans ce secteur peut faire face à des défis uniques par rapport à d’autres secteurs d’activité, du fait de la complexité des environnements de soins de santé, qui comprend la nécessité d’équilibrer les priorités stratégiques et l’excellence de la prestation des soins.(Bichescu et al. 2019),

## **1.2 Une philosophie portée par la gouvernance**

La mise en place d'une démarche de gestion de projet telle que le Lean Management nécessite la mobilisation de tous les acteurs de l'organisation pour viser l'atteinte d'un objectif commun conditionné par la création d'un sens commun.

### **1.2.1 Un management transversal impliquant l'ensemble des professionnels**

Tout d'abord, Le Lean Management nécessite l'implication et la mobilisation de tous les acteurs sur le terrain.

En effet, Savage et al (2010) indique que “ l'implication des employés est importante car elle conduit à l'engagement et la continuité du processus d'amélioration.” Il précise également qu'il a été décrit comme une nécessité par les employés d'assumer la responsabilité de leur propre rôle dans la prestation des soins et de leur contribution au développement de l'organisation. De plus, le Lean repose sur le concept de « GEMBA » signifiant : aller sur le terrain.

Mais qui sont ces acteurs ?

Tout d'abord, les “sponsors” sont représentés par les membres de la direction de l'établissement et sont qualifiés de “porteurs de sens”. En effet, ils ont pour missions de donner la vision de l'établissement, d'être promoteur de la démarche et de porter l'exigence.

D'après Savage et al (2010), ils ont également pour rôle de “ soutenir les suggestions de première ligne. Ce soutien doit être porté par une communication claire et coordonnée”

La gouvernance doit d'une part expliquer clairement aux équipes ce qu'elle attend d'eux. Il est nécessaire de ne laisser place à aucun biais d'interprétation sur les objectifs et les orientations attendues. Les membres de l'équipe, en retour, doivent questionner, et remettre en cause les objectifs à partir de problématiques du terrain rencontrées.

Par ailleurs, les managers sont également nécessaires à l'application de cette démarche. Ils sont nommés les “porteurs de la performance”. Ils dynamisent la mise en œuvre des chantiers de progrès. Ils écoutent, ajustent et s'assurent du pilotage de leur activité.

Des référents sont aussi identifiés et formés à la démarche Lean. Ils ont une vision claire de la méthode et sont au service des équipes pour faire avancer les projets.

Enfin, plus largement tous salariés, de par leur fonction, leur implication, engagement et ancienneté sont impliqués dans cette démarche dite “d’amélioration continue” ou “théorie des petits pas”.

Henriquea et al. (2021) le démontre en préconisant l’implication de la communauté médicale à travers la CME permettant d’obtenir un soutien bénéfique à la bonne conduite du projet.

Le management transversal est nécessaire et passe par une communication claire et adaptée pour permettre l’implication de tous les acteurs nécessaires.

Comme l’indique Mahmoud et al, “la bonne appropriation du Lean management et de sa philosophie au sein des établissements de santé reposent sur une communication et une coordination pertinentes et transversales permettant une fiabilité et une certaine sécurité des processus patients.”

En effet, la communication doit être descendante à travers les valeurs et les objectifs fixés par l’organisation, ascendante en faisant émerger les idées du terrain et enfin une communication appropriée doit être établie au sein même des services et équipes. Selon Akmal et al (2020), l’enjeu réside dans l’élimination du “cloisonnement des informations”.

Enfin, Kinder & Burgoyne (2013), préconisent l’utilisation des systèmes d’information comme support pour une communication horizontale et une amélioration de la coordination en faveur de la sécurité des soins.

La communication horizontale permet aux équipes de soins et administratives d’avoir une vision claire sur l’avancée du projet mené. Selon Kinder & Burgoyne (2013), la communication transparente et transversale détient de nombreux avantages :

- Organiser les actions de façon stratégique
- Décider ensemble sur la temporalité du projet
- Obtenir une connaissance homogène sur le sujet
- Optimiser la cohésion entre les équipes

- Instaurer un sens commun
- Identifier, du terrain les problématiques rencontrées et les corriger en manière collégiale

Cette dernière a pour objectif d’effacer la hiérarchie au profit d’une collaboration avec les équipes organisationnelles. L’approche « Bottom up » permet ainsi de faire émerger les idées du terrain et de décider ensemble. Néanmoins, le prérequis est une standardisation optimale de la chaîne de valeur.

Ce partage d’informations permet également, selon Mahmoud et al (2018), d’obtenir des données fiables vis-à-vis du patient et de réduire les incertitudes ou les doubles actions dues au manque de collaboration. Pour ce faire, la communication doit être authentique, crédible et pertinente pour donner un sens commun.

### 1.2.2 Une démarche dont le succès repose sur la pleine implication de la gouvernance

L’un des leviers mis en évidence dans la littérature sur le Lean management concerne le rôle fondamental du leadership.

En effet, l’application de la méthodologie Lean provoque un bouleversement organisationnel qui génère inévitablement de l’inconfort auprès des professionnels de santé. Les chercheurs évoquent ainsi la nécessité d’un accompagnement émanant de la gouvernance de l’établissement permettant le développement d’un sens commun par une conduite collective.

Northouse<sup>i</sup> (2015, p.124) définit le leadership comme “le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun”.

Orazi, Turini et Valotti (2013, p 524) décrivent le leadership comme “la capacité d’avoir un impact personnel, de donner un sens et une orientation, de privilégier la prestation, de penser de façon stratégique, d’obtenir le meilleur de chacun d’apprendre et de s’améliorer”. Ainsi, le directeur de par son statut se doit d’impulser une dynamique positive permettant de faire rayonner son établissement et ainsi satisfaire salariés et patientèle.

---

<sup>1</sup> NORTHOUSE P. (2015). *Leadership: theory and practice*. Eds SAGE, Londres.

D'un point de vue opérationnel et managérial, la mise en place de la gestion de projet par la démarche Lean au sein d'un établissement de santé demande une réelle implication durable des membres de la direction.

En effet, le Lean Management, méthode rigoureuse, exigeante et novatrice dans le champ de la santé nécessite un charisme, une influence idéalisée et des motivations intrinsèques de la part de la direction pour impliquer, motiver et montrer l'intérêt du déploiement de la démarche.

Comme l'indique Savage et al (2010) « le secteur des soins de santé fait apparaître des variations dans les résultats obtenus, en partie en raison des stratégies de mise en œuvre employées, du soutien de la direction générale, de la collaboration au-delà des frontières organisationnelles, de la capacité à mobiliser les équipes pluridisciplinaires et à investir dans le soutien organisationnel. »

Grévin (2012) souligne l'importance « d'une implication de toute la hiérarchie basée sur une réflexion collective et des actions concertées ».

D'un point de vue stratégique, l'implication durable de la gouvernance passe par une connaissance pleine et entière de la méthodologie et des objectifs attendus. La gouvernance doit ainsi être porteuse, convaincue et accompagnatrice de la transformation (Andréamatteo et al. 2015).

Cependant, dans un processus collaboratif, l'implication de la gouvernance ne doit pas se résumer à la prise de décision mais doit plutôt prendre le rôle d'un coordonnateur et d'un porte-parole afin d'institutionnaliser la démarche permettant d'inclure l'ensemble des acteurs au sein d'une même direction.

C'est en cela que l'implication doit être lisible par tous les professionnels afin de légitimer la vision mais également porter la démarche. De manière stratégique, Poksinska et al (2013) préconisent de transcrire la démarche de réduction du gaspillage dans le projet d'établissement permettant d'institutionnaliser le projet et de légitimer la philosophie Lean auprès des collaborateurs sur le long terme.

D'un point de vue opérationnel, l'implication de la gouvernance peut se formaliser à travers le pilotage d'un comité « Projet Lean » en incluant tous les acteurs impliqués. Le but est, en effet, de créer un climat de confiance en se rendant disponible, en écoutant les

remarques du terrain et en co-construisant avec les collaborateurs une vision et un objectif partagé permettant une prise en charge qualitative et optimisée.

Foropon et Landry (2014) évoquent leur expérience décrite lors du déploiement de la démarche Lean au sein du centre hospitalier Saint-Boniface et évoquent “l’importance du leadership transformationnel en amont du déploiement du Lean et durant le processus de déploiement”. En effet, ce sont des étapes clefs de la démarche nécessitant pédagogie et formation des professionnels par la direction pour obtenir leur adhésion.

Ainsi, la gouvernance doit se rendre sur le terrain auprès de tous les acteurs impliqués pour véhiculer une démarche proactive et être à même de comprendre les problématiques quotidiennes que rencontrent les professionnels. La gouvernance détient un rôle d'ambassadeur de la démarche Lean.

## **II. Un outil de terrain aux multiples bienfaits humains ?**

### **2.1. Le Lean Management : un levier d’amélioration de la qualité de vie au travail ?**

Le Lean Management positionne l’Homme au cœur de la démarche et intègre ainsi de façon très concrète les aspects sociaux au même titre que les gains économiques. Cette démarche est soucieuse d’allier compétitivité et épanouissement des professionnels.

#### **2.1.1 La responsabilisation des acteurs**

Au travers des textes étudiés, il a été analysé que la responsabilisation des acteurs et le développement de l’autonomie à travers la standardisation de certaines pratiques jouent un rôle majeur dans la bonne application et l’adhésion au Lean Management.

Le principe de subsidiarité étant particulièrement développé dans cette approche, chaque collaborateur peut prendre des décisions en autonomie dans son champ de compétences permettant de favoriser les initiatives personnelles et d’encourager les solutions opérationnelles. L’organisation apprenante permet ainsi d’acquérir des compétences transversales et nouvelles grâce à l’adaptation de situations rencontrées.

Dans ce contexte, la pyramide managériale est volontairement renversée : les acteurs sur le terrain, de façon autonome, suppriment les activités sans valeur ajoutée. Ainsi émergent de

nouvelles pratiques sur le terrain qui renforcent l'adhésion à la méthode développée. Lorsque ces comportements perdurent, ils initient le changement culturel et aboutissent à l'excellence opérationnelle permettant optimisation des ressources, amélioration des conditions de travail, bien être des professionnels et qualité des prestations fournies.

Comme l'indiquent Eriksson<sup>2</sup> et al. (2006), "les employés se sentent responsabilisés et impliqués dans la prise de décision." Ils participent à l'amélioration de leurs projets quotidiens ce qui donne un réel sens à leur travail."

Poksinska et al (2013), confirment cette méthodologie et déploient l'autonomie des employés sur l'ensemble de leurs tâches quotidiennes visant à remettre en cause l'ensemble de leurs schémas de pensées.

L'analyse peut être structurée en trois étapes distinctes :

- Comprendre la situation de l'équipe de manière détaillée afin de prendre des décisions claires et non faussées par des perceptions biaisées.
- Réfléchir en ne se concentrant que sur les seuls aspects du poste et supprimant les sujets gravitants autour.
- Remettre en cause l'existant en transformant les problèmes en opportunités.

Sugimori<sup>3</sup> et al. (1977) évoquent le fait que les soignants ayant de plus grandes responsabilités à travers de l'autogestion sont amenés à développer leurs capacités à travers « une participation active » et endossent ainsi un rôle crucial en portant la démarche sur le terrain.

De plus, ils sont fortement encouragés à "soumettre des idées d'amélioration". Ainsi, ils disposent d'une certaine liberté et ont la possibilité de valoriser leur point de vue leur permettant de s'épanouir et de faire évoluer l'organisation dans sa globalité.

La responsabilisation présente d'autres avantages. Il a également été observé que lorsque la démarche d'autonomie et de détection des activités à faible valeurs est maîtrisée, elle va se propager dans l'ensemble des missions et créer une dynamique globale de rationalisation et

---

<sup>2</sup> ERIKSSON H. et al. (2006). Similarities and differences between TQM, six sigma and lean. *The TQM Journal*, 18, 282-296.

<sup>3</sup> SUGIMORI Y. et al. (1977). Toyota production system and Kanban system materialization of just-in-time and respect-for-human system. *International Journal of Production research*, 15, 553-564.

de gestion des flux. Les « micro-gaspillages » dans les activités quotidiennes sont ainsi optimisés.

Certains auteurs vont même plus loin dans l'analyse et délèguent au personnel la gestion et le contrôle des opérations quotidiennes afin de favoriser l'autonomie des acteurs.

“Les managers commencent à déléguer des responsabilités et à coacher les employés de manière à favoriser leur participation dans le contrôle des tâches courantes” précise Eriksson et al (2006).

La mise en place du Lean implique de lourds changements vers une organisation dite de processus. De nouvelles procédures, responsabilités et outils doivent être développés pour soutenir le travail d'équipe, fiabiliser les parcours et faciliter l'exercice des fonctions supports pour assurer le succès de ces changements.

#### 2.1.2 Engagement, compétences et créativité des professionnels

La méthodologie du Lean Management nécessite l'implication et l'engagement des professionnels du secteur dans lequel est développé le projet. En effet, chaque professionnel dispose de connaissances et de compétences dans sa fonction qu'il est nécessaire d'utiliser pour adapter puis pérenniser les changements d'organisation. C'est d'autant plus nécessaire dans le domaine de la santé, secteur aux divers métiers et fonctions. Eriksson et al. (2006) et Godinho Filho et al. (2015) évoquent “ la participation des professionnels, médecins, soignants, administratifs aux projets de santé Lean est une condition obligatoire pour le succès de la phase de pérennisation des améliorations Lean.”

L'application de la méthodologie Lean amène les professionnels à effectuer de nouvelles missions. De ce fait, ils ont des opportunités de formations supplémentaires leur permettant de monter en compétences. La formation continue des professionnels s'intègre dans l'amélioration de la qualité de vie au travail à travers la réalisation de soi dans la pyramide des besoins de Maslow (Pichière, 2015). Le professionnel se sent considéré et reconnu dans sa fonction.

La démarche transversale et collaborative que demande la méthodologie entre les managers et leurs équipes favorise un travail participatif et innovant. La communication et le partage d'informations sont ainsi facilités permettant aux professionnels de s'entraider

mutuellement entre fonctions, services. Ceci participe également à l'épanouissement des professionnels.

Enfin, il est intéressant de noter que le Lean management de par l'implication que demande cette méthodologie est source de créativité et d'innovation. En effet, le Lean management fait émerger de nouvelles idées et comme le relate Savage et al (2010), le Lean permet aux professionnels "d'oser" : "oser se mettre à l'épreuve et voir qu'il y a toujours des opportunités à saisir, voir les choses de manières différentes"

Aujourd'hui, la créativité n'est plus une qualité innée que seul un petit nombre d'individus possèdent. C'est une compétence qui peut être améliorée ou développée chez la plupart des individus grâce à une expérience et/ou une formation adéquate.

La créativité fait émerger des talents que l'établissement doit à tout prix utiliser pour faire évoluer l'organisation d'un point de vue organisationnel et technologique.

Ainsi, le salarié n'est plus considéré comme une ressource mais dispose d'un réel engagement auprès de ses collaborateurs et de l'organisation. Comme l'indique Savage et al. (2010) "l'homme se positionne au cœur de l'organisation pour élever sa performance."

### 2.1.3. Ergonomie des postes de travail : performance et bien-être des salariés

Dans le cadre de la politique de qualité de vie au travail, le Lean Management permet de développer une approche ergonomique et collaborative du travail. L'ergonomie peut prendre deux formes : l'ergonomie physique et l'ergonomie cognitive et organisationnelle.

L'ergonomie est définie comme « la discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les humains et les autres composantes d'un système, et la profession qui applique principes théoriques, données et méthodes en vue d'optimiser le bien-être des personnes et la performance globale des systèmes » (Vaivre<sup>4</sup>, 2017).

En intégrant cette dimension dans la démarche du Lean Management, le bien être au travail n'en serait qu'amélioré tout en permettant une amélioration de la performance de l'entreprise. Vaivre (2017) nomme ce phénomène « Employee first ».

---

<sup>4</sup> VAIVRE A. (2017). *Leadership et système de santé : une visée impossible*. Dans : Réinventer le leadership (sous la direction de Yves Le Bihan), Eds EMS, Paris, Collection Académie des Sciences de Management de Paris.

Selon « Lean office et services », l'application du Lean Management au service de l'ergonomie au poste de travail améliore l'environnement de travail sur les aspects suivants :

- Le mobilier (un bureau adapté, des armoires accessibles)
- L'optimisation de l'espace (espace disponible, les chaises ergonomiques, les accès...)
- L'environnement (éclairage adapté, température et bruit)
- Le matériel à disposition (ordinateur en nombre suffisant, imprimante, ligne téléphonique...)

Les exigences en matière de traçabilité dans le milieu hospitalier supposent d'adopter des modes de transmission formalisés et des formulaires adaptés. Selon Anouck Grevin<sup>5</sup> (2012), la traçabilité sur l'écran occuperait entre 15 et 30% du temps sans que ces documents ne soient jamais un support pour le travail des équipes.

Ainsi, il est nécessaire d'organiser le poste de travail du personnel afin d'améliorer l'environnement de travail (prévention des troubles musculosquelettiques) et de diminuer la charge mentale du collaborateur. Selon Châtain (2020), ceci favorise l'ergonomie cognitive du personnel. Un poste de travail ergonomique permettrait de réduire l'absentéisme et d'améliorer considérablement la qualité de vie au travail.

Enfin, l'ergonomie s'attache à mettre en évidence l'écart entre l'activité de travail réelle et l'activité de travail prescrite. Selon Badets et al. (2015), les collaborateurs recherchent dans leurs pratiques quotidiennes, des marges de manœuvres afin d'atteindre les buts organisationnels tout en préservant leur santé.

Guerin (2012) met en évidence deux situations distinctes :

- La situation non contrainte : le salarié agit sur les moyens dont il dispose pour atteindre ses objectifs.
- La situation contrainte : le collaborateur ne peut pas agir sur les moyens mis à disposition, il doit sacrifier une partie du travail à réaliser ou « prendre sur lui » au détriment de sa santé.

---

<sup>5</sup> GREVIN A. (2012). Quand la performance pilote le management : les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, 30, 469-490.

Ainsi, Badets et al. (2012) précise qu'il est indispensable d'agir sur l'ergonomie des postes de travail afin de créer un environnement de travail adapté et satisfaisant pour les professionnels. Cette atmosphère participe et favorise la performance organisationnelle et opérationnelle de l'établissement.

## **2.2. Le Lean, toujours source de motivation et d'épanouissement ?**

Le Lean Management s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail, du bien-être au travail, axe qui prétend devenir un nouveau paradigme de la performance globale des organisations et pas simplement un dispositif de gestion des ressources humaines (RH).

Toutefois, d'après Savage et al (2010), le Lean Management peut également provoquer “ une intensification du travail, des tensions, de l'anxiété et du stress lié au travail” Il parle également de “déshumanisation”.

En effet, la démarche Lean est une démarche rigoureuse et structurée demandant la pleine implication des professionnels et de l'organisation. De ce fait, il est important d'identifier le secteur opportun pour le développement de cette méthodologie et les bienfaits que celle-ci va apporter.

Comme l'indique Savage et al (2010), “ le Lean Management peut entraîner un déséquilibre important entre les ressources professionnelles à la disposition du personnel et les exigences de travail ce qui peut conduire à la détérioration des conditions de travail”

En effet, les objectifs de performance du manager peuvent rencontrer des contradictions avec l'implication que demande le Lean sur le terrain : le manager peut ne pas disposer de temps et de ressources nécessaires pour assurer une présence sur le terrain et ainsi impliquer ses équipes de manière optimale.

De Singly, dans ses recherches, souligne la complexité entre les logiques antagonistes, le rôle managérial et le rôle technique d'expert dans le soins, et enfin entre le contrôle de l'activité et la nécessaire autonomie des équipes du manager.

Par ailleurs, du fait de la mise en place d'outils permettant l'analyse d'indicateurs de performance et d'activités, les professionnels peuvent se sentir surveillés et ainsi être sous tension. “Des niveaux de surveillance plus élevés sont présents”. En effet, le Lean

Management offre un certain nombre d'outils qui peuvent, s'ils sont mal compris, être contre productifs et mettre en difficulté les équipes.

Ainsi, les professionnels ne sont plus dans une dynamique positive permettant de développer l'organisation dans des conditions optimales mais ne se focalisent que sur les objectifs et attendus fixés. "Le personnel se concentre uniquement sur la réalisation des objectifs préétablis", "ils se sentent réduits à un ensemble de compétences" "sont utilisés de manière instrumentale". La mise en place de cette méthodologie peut être dommageable pour l'organisation si celle-ci est utilisée comme levier de contrôle plutôt que levier d'autonomie.

Andreamatteo et al. (2015), affirment également qu' 'il est nécessaire de porter une vigilance accrue sur le manque de résultats durables, c'est-à-dire l'absence d'améliorations qui maintiennent le niveau d'implication atteint dans le temps. En ne prenant pas en compte ces éléments, l'établissement de santé peut aller vers une baisse d'implication et une perte significative des résultats obtenus.

La lourdeur de la méthodologie peut également décourager les équipes et peut devenir un élément perturbateur à long terme.

Certains professionnels détiennent un besoin d'autonomie et de reconnaissance moins important. Il est capital de repérer les leviers de bien-être au travail de chaque individu afin que ces derniers ne se sentent pas exclus de la démarche. L'échange et le dialogue social constituent ainsi un levier intéressant. Néanmoins, l'adhésion de tous au dispositif semble complexe et peut constituer une limite importante quant au déploiement serein de cette philosophie.

Ainsi, différentes barrières à l'implication de tous les professionnels peuvent être identifiées. En particulier, la difficulté d'impliquer les parties prenantes dans la réalisation de l'approche Lean, de gérer leurs divers conflits d'intérêts qui pourraient en découler (Setijono et al.,2010) mais également le manque de résultats ou effets néfastes qui pourraient remettre en cause son application.

### III. Optimiser et réorganiser pour gagner en performance

Grâce aux outils que la méthodologie Lean met à disposition des professionnels, un établissement a la capacité d'identifier, de réduire voire de supprimer les activités sans valeur ajoutée appelées également "gaspillages" ou "dépenses inutiles".

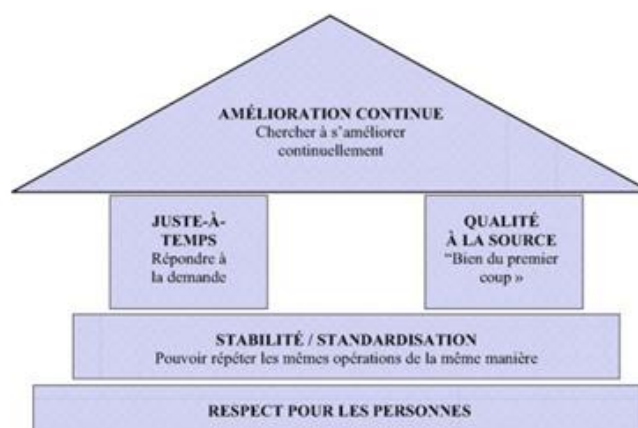
#### 3.1 De multiples gaspillages qui nuisent à une prise en charge optimale

L'ensemble des chercheurs dont les études portent sur le Lean Management dans le secteur de la santé évoquent la nécessité de mettre en place un processus d'amélioration continue visant à éliminer les gaspillages qui nuisent à l'efficacité et l'efficience d'une organisation (Mahmoud et al, 2018). En effet, Crema et Verbano (2021) affirment que jusqu'à 40% des fonds disponibles en santé sont gaspillés.

La notion de gaspillage est centrale. Toute organisation comporte des gaspillages visibles ou non. Lorsque des ressources sont utilisées pour des activités qui n'ont aucune valeur ajoutée du point de vue du patient et/ou de l'établissement, on parle de gaspillages.

Selon Van Elp et al. (2021), lorsque ces gaspillages sont visibles à grande échelle, l'insatisfaction du personnel peut générer une perte de valeur du capital humain, cœur de métier du soignant.

Par ailleurs, le schéma ci-dessous souligne l'importance de l'abandon des activités à faible valeur. La standardisation des pratiques, ou la fluidification des tâches au sein des fonctions support constitue la base sur laquelle les améliorations pourront être réalisées.



*Figure n°1 : "Principes du Lean Management" (Marvanne P, 2014)*

En effet, selon les chercheurs, lorsque la méthodologie d'organisation du travail est clairement identifiée par les acteurs, ces derniers auront plus de facilité à identifier les objectifs et les modes opératoires créateurs de valeurs. Ils seront également en capacité d'identifier au mieux les dépenses inutiles dans leurs activités quotidiennes.

Pour réduire considérablement ces pertes, Womack, Radnor<sup>6</sup> et Holweg suggèrent de cartographier les flux de valeur afin d'identifier les gaspillages potentiels et les réduire au maximum. (Radnor et al, 2012).

Ohno (1998) différencie sept sources de gaspillage distinctes qu'il est intéressant de développer.

En premier lieu, la surproduction. Il s'agit ici de produire « plus que nécessaire ». Dans le milieu de la santé, la surproduction peut être identifiée par la prescription d'actes inutiles par le médecin ou professionnel de santé (consultations supplémentaires par exemple). Les raisons de cette surproduction peuvent être multiples : volonté d'augmenter l'activité ou encore la peur du risque juridique qui plane sur les professionnels de santé. Ainsi, se pose ici la complexité d'appréciation de la surproduction dans un contexte subjectif.

Les temps d'attente sont également des dépenses inutiles importantes au sein d'une organisation. Les délais sont parfois longs et peuvent s'expliquer par un manque de coordination des tâches ou une insuffisante anticipation et planification des tâches à venir. Dans le domaine de la santé, les temps d'inactivité du personnel ou encore le retard de prise en charge du patient peut susciter de l'anxiété et une dégradation de la prise en charge. D'un point de vue administratif, les admissions sont souvent synonymes d'attente et font l'objet de nombreux changements quant à l'anticipation des arrivées en ambulatoire. D'autres exemples peuvent être évoqués tels que les attentes préopératoires, la délivrance des ordonnances lors de la sortie du patient...

Par ailleurs, tous les déplacements inutiles, que ce soient les transports de matériels, de la patientèle ou des mouvements inutiles des professionnels, représentent un gaspillage organisationnel qu'il ne faut pas négliger. En réorganisant les flux, les parcours patients et en repensant les espaces dès lors qu'un projet est en cours, ceci permet de générer un gain de temps important. De plus, standardiser les modes opératoires intra et inter

---

<sup>6</sup> RADNOR Z. et al. (2012). Lean in healthcare : the unfilled promise ?. *Social Science and Medicine*. 74, 364-371.

équipe/service permettrait de réduire considérablement la non-qualité et d'optimiser les mouvements. Ce type de gaspillage constitue un motif de fatigue pour le personnel et détériore les conditions de travail.

Généralement liées aux contraintes réglementaires et aux impératifs légaux, la sur-qualité peut parfois sortir le professionnel de santé de sa vocation orientée vers le soin. Ces impératifs administratifs et protocolaires peuvent impacter la relation qui se noue avec le patient et rendre les échanges mécaniques.

Le gaspillage relatif au stock est également un réel sujet dans le secteur de la santé. Il est pertinent de noter que ces stocks sont parfois en contradiction avec des impératifs de sécurité sanitaire (ex : vaccins, masques, consommables, nourritures). Ils représentent généralement un surcoût financier pour l'établissement.

Enfin, les rebuts résultent d'une activité qui n'a pas été réalisée correctement la première fois et nécessite de ce fait un ou plusieurs actes supplémentaires. Dans le champ hospitalier, une erreur de prescription médicamenteuse peut contraindre le patient à consulter de nouveau afin d'obtenir une nouvelle prescription adaptée.

Tous ces éléments affectent de manière plus moins forte et directe l'organisation d'un établissement et par conséquent la performance de celui-ci . Il est donc important de les identifier et de les analyser afin de définir un plan d'actions qui apportera une forte valeur ajoutée à l'établissement.

La méthodologie Lean propose des outils de gestion qu'il est intéressant d'employer pour répondre à ces problématiques.

### **3.2 Des outils aux impacts forts**

L'utilisation des outils de gestion « Lean » est importante pour une mise en place optimale de la démarche au sein de l'établissement.

#### **3.2.1 Les outils Lean**

Womack et al (1990) ont développé sept outils mais seulement quatre sont applicables de manière efficace dans le champ sanitaire.

Tout d’abord, la méthode des 5S représentée par cinq initiales en japonais (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu et Shitsuke). Cette méthode se focalise principalement sur l’organisation matérielle du travail et plus précisément sur le rangement et l’aménagement des postes de travail afin de d’obtenir une organisation efficace et efficiente.

La cartographie des chaînes de valeur “Value Stream Map” est également un outil clef dans la mise en place de la méthodologie. Cet outil permet de cartographier visuellement les flux physiques et les flux d’informations des professionnels. Cela permet d’identifier les points forts du processus organisationnel analysé, de repérer les gaspillages et les besoins des professionnels. La représentation visuelle du parcours aide les acteurs à comprendre et noter l’importance de certaines tâches et interactions dans le parcours global du patient. Ces effets peuvent être notifiés sous condition d’une participation active de tous les acteurs concernés (Papadopoulos, 2012).

Crema et Verbano (2012) ont utilisé le Management Visuel de la Performance dans le but de réduire les déchets administratifs au sein d’un hôpital public. Cette méthode s’est révélée particulièrement intéressante pour déterminer les besoins souhaités et établir la stratégie d’optimisation du processus.

La technique des “5 pourquoi” vise à poser cinq questions commençant par « pourquoi » afin de découper et analyser un système de fonctionnement complexe. « En répétant pourquoi à cinq reprises, la nature du problème ainsi que sa solution devient évidente » (Ohno).

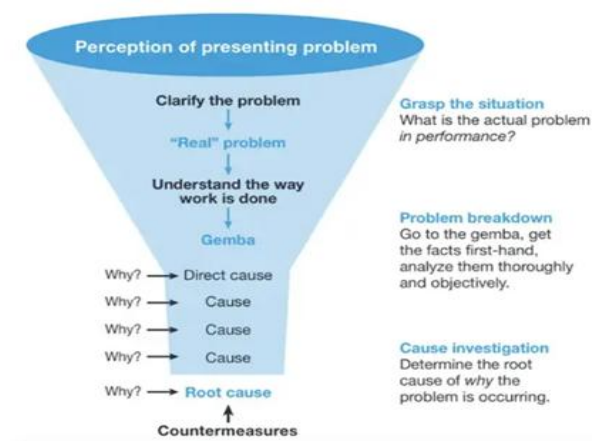


Figure n°2 : “Perception of presenting problem” (Ohno, 1988)

En analysant en profondeur les causes d'un parcours/processus complexe, les établissements seront plus en capacité de le simplifier et d'en réduire le gaspillage (temps, personnel, information...)

Enfin, la méthode Kanban est un outil de gestion des stocks en utilisant un management visuel. Il peut être également appelé « méthode à flux tendu ou juste à temps ». Elle permet de se procurer des stocks de manière satisfaisante sans surconsommer ou à l'inverse être en rupture de stock.

La méthode de Kanban est régulièrement utilisée dans la gestion des médicaments en service de soins. En effet, les stocks étant disposés en colonne, le personnel doit retourner l'étiquette se référant à la colonne afin de recommander lorsque la deuxième colonne va être consommée. Le code barre de l'étiquette est un outil visuel permettant au personnel de relever les demandes de manière efficace et efficiente tout en manipulant le stock de manière intelligente et raisonnée.

D'autres outils peuvent être mis en place comme le Kaizen, une philosophie visant à standardiser les processus et supprimer les gaspillages en questionnant simultanément les acteurs sur leurs modes opératoires.

Selon une étude menée par Crema et Verbano (2012), le management visuel de la performance (MVP) est l'outil le plus utilisé dans la démarche Lean (cf Graphique ci-dessous). Il permet d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'efficience, la coordination et la communication au sein des équipes de soins et administratives. Cette méthode est un levier de motivation, d'amélioration des compétences et permet de réduire l'anxiété des professionnels face au changement.



Figure n°3 : “Les outils du Lean Management” (Crema et Verbano, 2012).

Toutefois, certains chercheurs évoquent aussi les difficultés rencontrées lors de l'utilisation de cet outil. Il a été analysé que la méthode MVP a tendance à se concentrer sur des effets à court terme ne permettant pas d'établir une stratégie viable.

De plus, le manque d'implication des professionnels dû aux différents conflits d'intérêts peut constituer un frein important à la démarche (Robinson et al. 2012) et la méthode s'avérerait très optimiste et ne permettrait pas d'identifier les risques quant à la variabilité des comportements humains (Crema et verbano, 2012).

### 3.2.2 L'utilisation des outils Lean sur le long terme

Selon Waelli et David (2018) les outils de gestion évoqués s'avèrent efficaces et pertinents si un certain nombre de principes sont intégrés par l'établissement et que celui-ci les maintient dans le temps.

Tout d'abord, les outils de gestion ne produisent pas mécaniquement les changements de comportements nécessaires à l'amélioration des organisations, leur impact sur la qualité dépend du contexte d'implémentation. Les managers de proximité jouent le rôle d'interface entre les pratiques cliniques et les exigences des politiques publiques. Ainsi, ils se doivent d'adapter les outils et de les « traduire » en langage clinique.

Les auteurs précisent que “ l'implémentation des outils est particulièrement difficile dans le contexte hospitalier en raison notamment de la forte autonomie des différents groupes professionnels.” Ainsi, les contraintes spécifiques de l'activité doivent être identifiées en amont afin d'obtenir les bénéfices souhaités.

Par ailleurs, la démarche Lean suppose une application des outils de gestion et une implication des professionnels sur le long terme. C'est le principe de l'amélioration continue des activités. Le système n'est pas isolé et statique. Des problématiques peuvent survenir à tout moment. Il faut donc les traiter en proposant de nouvelles idées durables dans le temps, à réévaluer de façon régulière pour vérifier leur efficacité.

Comme l'indiquent Savage et al.(2010) “ l'amélioration continue est décrite comme des efforts combinés et incessant de tous - pour apporter des changements qui conduiront à une meilleure qualité de vie pour le patient, une meilleure performance et un meilleur développement professionnel”.

L'enjeu est de garder une dynamique perpétuelle du changement et faire perdurer un état d'esprit Lean pour gagner en performance."Une fois qu'une équipe développe un état d'esprit Lean, l'amélioration continue devient le ciment qui maintient tout ensemble"

La mise en œuvre de la méthodologie Lean grâce à l'application de ces outils a connu des résultats satisfaisants en Angleterre. Selon Radnor (2012), Le Centre de Traitement contre le Cancer en Ecosse aurait réduit son délai d'attente pour le premier rendez-vous passant de 23 à 12 jours et en améliorant le temps du parcours patient de 48%.

En outre, au sein du Centre Médical de Nebraska, l'aménagement des locaux entre le laboratoire et le service de soins a permis de réduire le personnel de 4 ETP permettant de les rediriger vers des tâches de soins critiques.

Enfin, les outils participent pleinement à la démarche en s'inscrivant de par leurs intérêts dans les trois axes fondamentaux que prône cette méthodologie : l'axe managérial, organisationnel et culturel. Ainsi, il est important d'utiliser les bons outils dans les circonstances appropriées pour provoquer l'adhésion des professionnels sur le long terme.

## **Conclusion**

Malgré un grand nombre de recherches, l'approche du Lean Management au sein des établissements de santé en est encore à ses balbutiements et se heurte à un manque d'éléments opérationnels nécessaires à la bonne application du dispositif. Les cas d'échecs relatés dans la littérature restent faibles, en raison peut-être d'un biais de publication (D'Andreamatteo et al., 2015)

Parmi les facteurs de succès rapportés dans la littérature, nous retenons le développement des compétences, l'importance du leadership, l'engagement et la participation du personnel, l'instauration d'un environnement favorable à l'apprentissage et une autonomisation des opérationnels (Hasle, 2014). Les critiques, quant à elles, portent essentiellement sur les modalités d'application souvent réduites aux outils (Larman & Vodde, 2010) au détriment de l'approche systémique promouvant les compétences du terrain (Ballé & Beauvallet, 2020).

Il est ainsi pertinent d'établir, à partir des outils développés au sein d'établissements publics et privés, une proposition de mise en place et des recommandations associées sur l'appropriation de la philosophie en établissement de santé.

## **PARTIE II- ELABORATION DE LA MÉTHODE LEAN AU SEIN DES FONCTIONS SUPPORT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

### **Introduction**

L'application du Lean hospitalier s'oriente principalement vers les processus de soins : service de chirurgie, bloc opératoire ou urgences. Cette démarche a également été mise en œuvre au sein de pharmacies hospitalières, laboratoires ou encore en radiologie. Jusqu'à présent très peu de recherches portent sur l'application du Lean au sein des fonctions support d'un établissement de santé.

Selon les études menées, l'application du Lean Management a fourni des résultats intéressants sur certains indicateurs tels que le temps d'attente moyen des patients, la durée moyenne d'hospitalisation, le nombre d'événements indésirables.

Cependant à l'échelle globale d'un établissement les résultats sont moins évidents. Il n'existe pour l'instant que très peu de résultats pouvant s'appliquer de manière généralisée.

Comme l'indiquent Burgess et Radnor (2013), "ces observations sont notamment dues au fait de la nouveauté du phénomène mais également par le manque d'application de cette philosophie notamment au sein de fonctions support de l'établissement."

Le manque de résultats portant sur l'application du Lean Management dans les services administratifs a motivé l'objet de cette étude au sein de deux établissements aux méthodologies et structures distinctes.

Ainsi, il convient dans cette partie d'évoquer les différentes étapes d'application de cette méthodologie et les problématiques rencontrées.

## **I. Le contexte**

### **1.1. Méthodologie d'élaboration**

#### **1.1.1. Le recueil d'informations**

Afin de recenser les données les plus pertinentes possible et conformes aux réalités du terrain, les résultats recueillis dans cette étude sont répertoriés à travers :

- Une enquête qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs afin d'identifier et de percevoir les mécanismes et les points de vue de chacun à l'aide de questions ouvertes et en s'adaptant aux discussions des acteurs interrogés.
- Des observations quotidiennes
- Des photographies réalisées sur le terrain lors de réunions et d'échange entre les professionnels

Ce recueil a été effectué tout au long de la réalisation de cette étude.

#### **1.1.2. Les entretiens et méthode utilisée**

L'enquête qualitative a été réalisée aux côtés d'un panel de professionnels afin de valider les hypothèses évoquées dans la revue de littérature.

Le choix des entretiens semi-directifs ont permis aux acteurs interrogés de s'exprimer librement et d'apporter des pistes de réflexion supplémentaires permettant d'analyser leurs conceptions dans leur globalité.

Les entretiens ont été programmés afin de prévoir le temps nécessaire au bon déroulement des rencontres.

De manière générale, les entretiens ont été effectués sur le lieu de travail des acteurs dans un espace « neutre » permettant de remettre en question les schémas de pensées des audités.

Enfin, le contexte de l'étude a été préalablement explicité en omettant de définir les hypothèses retenues afin de ne pas induire les réponses des acteurs. Leur consentement a été recensé et l'anonymisation des données a été effectuée. (Cf. Annexe n°1 : Formulaire de consentement).

### 1.1.3. La sélection de l'échantillon

L'échantillon ne doit pas être forcément représentatif, il ne s'agit pas d'une recherche statistique. Cependant, il doit être le plus diversifié possible pour tenter de prendre en compte des visions variées sur le thème étudié.

L'échantillon retenu s'est construit autour de trois prérequis :

- Les professionnels ont vu leur pratiques évoluer avec la mise en place du Lean Management
- Les professionnels détiennent des fonctions différentes au sein de l'établissement
- Les professionnels ont des postes d'ancienneté différents

Ceci permet d'obtenir un échantillon diversifié faisant apparaître les impacts et enseignements du Lean sur chaque qualification.

Les professionnels auditionnés ont été les suivants : Directeur, Directeur adjoint, Directeur Administratif et Financier, Responsable Administratif, Responsable des secrétariats médicaux, Responsable Projets, Secrétaires.

Au total, 13 acteurs ont été interrogés permettant d'établir un échantillon satisfaisant. Ces acteurs confirmeront ou infirmeront les différentes hypothèses de départ abordées précédemment.

### 1.1.4. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est constitué de questions ouvertes. Le but est de laisser le professionnel interrogé s'exprimer au maximum sur son expérience.

Les questions sont posées de manière chronologique et classées en huit thèmes distincts. Ces thèmes reprennent la méthodologie Lean pas à pas en y incluant les hypothèses de départ. L'ordre des questions a une importance dans le suivi de l'entretien. Cela permet d'analyser l'appropriation de la philosophie Lean dans l'établissement. Le guide d'entretien est un support sur lequel s'appuie l'investigateur pour aborder tous les thèmes prévus. Il permet un échange fluide entre l'investigateur et le professionnel.

L'entretien est rythmé par différentes techniques permettant une collecte pertinente des données. Des questions de relance ou des reformulations permettent de fournir des précisions nécessaires à l'étude.

En effet, les reformulations et relances permettent de résumer les propos et de s'assurer que l'interviewer a bien interprété ce que lui a transmis son interlocuteur.

Enfin, les relances pour approfondissement permettent à l'auditeur de questionner le professionnel sur un élément évoqué qui s'avère intéressant pour l'étude. Cela permet ainsi d'enrichir le sujet à l'aide de questions ouvertes. (Cf. Annexes n°2 à n°12 : Retranscription des entretiens semi directifs, Lean Management)

Les huit thèmes abordés sont les suivants :

- **La performance au sein des établissements de santé**

S'agissant de ce thème, il est particulièrement crucial d'identifier les leviers de performance les plus pertinents au sein d'un établissement de santé. Ces derniers pourront être différents selon la position du professionnel au sein de la structure.

- **L'implication de la gouvernance et des professionnels dans une démarche comme le Lean**

L'intérêt de ce thème porte sur l'identification des différents principes managériaux et de leadership permettant de fédérer et inclure les professionnels parfois réticents dans la démarche afin de valider les hypothèses de départ.

- **La méthodologie "Lean" et son application**

Les questions posées permettent d'identifier le niveau de maturité de la démarche Lean au sein de chaque établissement et d'en tirer des enseignements. Par ailleurs, cette méthodologie se met en œuvre par étape :

- Le contexte et diagnostic de la démarche : cette étape permet de connaître les raisons pour lesquelles les établissements ont initié la démarche.
- Mesurer et analyser : mesurer et analyser pour apporter des preuves et montrer la nécessité de faire évoluer les organisations.

- Définir les nouveaux processus : les professionnels sont interrogés sur la phase d'élaboration et de mise en place des nouvelles organisations.
- Mise en œuvre du plan d'actions: identifier les actions pertinentes à mettre en œuvre pour réduire les gaspillages et communiquer sur ces actions.
- Monitorer la démarche : les professionnels sont questionnés sur l'intérêt et la pertinence des indicateurs de suivi sur le long terme.
- Les résultats perçus : le personnel impliqué est interrogé sur l'apport de cette méthodologie au sein de leur service : bénéfices, limites ...

- **La démarche d'amélioration continue**

La démarche Lean s'intègre pleinement dans la théorie des petits pas. Ainsi, il s'agit d'identifier les pratiques des professionnels permettant d'accompagner le changement durablement.

#### 1.1.5. La collecte de données

Les entretiens ont tous été enregistrés après accord de l'interviewé puis retranscrits dans leur intégralité.

Cette retranscription a été renforcée par une prise de note le jour de la rencontre afin d'identifier les ressentis et points de vue personnels de chaque professionnel.

L'enquêteur a adopté une posture active d'écoute et de soutien tout en veillant à ne pas influencer les propos.

#### 1.1.6. La réalisation des entretiens

L'échantillon sélectionné susceptible d'apporter des réponses à la thématique étudiée se compose de 12 professionnels occupant différentes fonctions.

|   | <b>Profession</b>                                       | <b>Ancienneté<br/>dans le poste</b> | <b>Lieu<br/>d'exercice</b>              | <b>Statut de<br/>l'établissement</b> | <b>Durée de<br/>l'entretien</b> |
|---|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| A | Directrice                                              | 4 ans                               | Clinique<br>Clémentville                | Privé<br>commercial                  | 40 minutes                      |
| B | Directrice<br>adjointe                                  | 3 ans                               | Clinique<br>Clémentville                | Privé<br>commercial                  | 1h10                            |
| C | Responsable<br>Service<br>Administratif                 | 8 ans                               | Clinique<br>Clémentville                | Privé<br>commercial                  | 1h15                            |
| D | Secrétaire<br>service<br>ambulatoire                    | 12 ans                              | Clinique<br>Clémentville                | Privé<br>commercial                  | 40 minutes                      |
| E | Responsable<br>Projet                                   | 6 ans                               | Clinique<br>Clémentville                | Privé<br>commercial                  | 50 minutes                      |
| G | Responsable<br>secrétariat<br>administratif             | 4 ans                               | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif                | 40 min                          |
| H | Responsable<br>secrétariat<br>médical                   | 2 ans                               | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif                | 40 min                          |
| I | Secrétaire<br>Médicale<br>oncologie                     | 8 ans                               | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif                | 40 min                          |
| J | Secrétaire<br>médicale<br>Oncologie et<br>radiothérapie | 15 ans                              | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif                | 40 min                          |

|   |                                                             |               |                                         |                       |        |
|---|-------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------|-----------------------|--------|
| K | Secrétaire<br>médicale<br>Radiothérapie                     | 5 ans         | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif | 40 min |
| L | Secrétaire<br>administrative<br>hospitalisation<br>complète | 6 ans         | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif | 40 min |
| M | Secrétaire<br>administrative<br>UCAA                        | 2 ans et demi | Clinique<br>Mutualiste de<br>l'Estuaire | Privé non<br>lucratif | 40 min |

#### 1.1.7 L'analyse des données

Une fois les entretiens réalisés, les données récoltées ont été retranscrites puis analysées afin d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses évoquées au sein des articles de recherche.

Comme évoqué précédemment, le contenu de l'entretien porte sur des questions posées selon des thématiques définies (performance, leadership, plan d'actions, indicateurs etc...).

Le souhait était de catégoriser les informations récoltées pour en effectuer une analyse et aboutir à des résultats précis selon les différents points de vue des professionnels.

Parmi ces contributions théoriques, il est pertinent d'utiliser une méthode d'analyse a posteriori en utilisant la théorie de l'attention flottante élaborée par Freud. Ce dernier conseille de maintenir une attention "uniformément suspendue" afin de ne pas omettre des thématiques qui n'auraient pas été analysées dans un traitement a priori (Kastrup<sup>7</sup>, 2019).

Grâce à l'analyse à postériori, l'attention est "consciente et volontairement concentrée" précise Freud (Kastrup, 2019). A la suite de ce traitement, des nœuds de thématiques ont pu être identifiés :

- Les leviers de la performance organisationnelle

<sup>7</sup> KASTRUP V. (2019). Le fonctionnement de l'attente dans le travail du cartographe. *Multitudes*, 75, 125-134.

- L'adoption du leadership
- Le rôle de la gouvernance
- L'implication active des professionnels
- La démarche opérationnelle
- La conduite du changement
- L'amélioration continue
- L'impact du Lean sur la qualité de vie au travail
- ...

## **1.2. Etude du cas d'application de la méthodologie Lean**

### **1.2.1. Présentation des établissements concernés**

#### **1.2.1.1. Présentation de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire, groupe HOSPI GRAND OUEST**

La Clinique Mutualiste de l'Estuaire est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) MCO-SMR appartenant au groupe Hospi Grand Ouest (HGO). 240 lits et places sont disponibles au sein de cette structure. Elle regroupe environ 600 salariés et est reconnue sur le territoire pour sa spécialité en cancérologie.

Suite à la profonde réforme du système hospitalier français visant à mutualiser les réseaux de soins des établissements privés, publics mais aussi avec les médecins libéraux, la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire a été construite. Site géographique de 93 000 m<sup>2</sup>, cet établissement regroupe le centre hospitalier de Saint-Nazaire et la Clinique Mutualiste de l'Estuaire dans le cadre d'un partenariat public/privé. Les activités médicales et chirurgicales ont été réparties entre les deux institutions ; chacune conservant son identité et ses spécificités. Plusieurs fonctions logistiques et des plateaux techniques sont mutualisés (bloc opératoire, anesthésie, pharmacie...), concourant à l'efficacité de l'offre de soins. Pour autant les équipes de professionnels entre les deux établissements sont distinctes ce qui nécessite une coordination entre les deux structures. C'est notamment le cas pour les fonctions supports.

#### 1.2.1.2. Présentation de la Clinique Clémentville, groupe OC SANTÉ

La Clinique Clémentville est un établissement privé à but lucratif, situé dans le centre-ville de Montpellier. L'établissement MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dispose du premier pôle de cancérologie privé de Montpellier ainsi que d'une maternité de type 2A. L'établissement regroupe 300 salariés et fait partie du groupe Oc Santé, groupe familial et indépendant reconnu en Occitanie.

Les contraintes architecturales ont amené l'établissement à réaliser une certaine rénovation (bloc obstétrical, ambulatoire, Hôpital de Jour) permettant à l'établissement de connaître une hausse significative de son activité. L'activité ambulatoire y est également importante, connaissant une hausse de 12% par trimestre.

Enclavé dans le centre-ville, l'établissement n'a d'autres choix que d'optimiser ses parcours de soins et ses processus pour le bien-être du patient et du professionnel.

Le choix s'est porté sur l'analyse de ces deux établissements différents étant donné leur statut et leur fonctionnement afin d'avoir une connaissance plus approfondie et différenciée d'un phénomène en combinant différents points de vue.

#### 1.2.2. Le positionnement des établissements face à la méthodologie Lean

La méthodologie Lean n'est pas une démarche connue et utilisée à la Clinique Mutualiste de l'Estuaire. Pourtant, les projets se succèdent et laissent pour certains d'entre eux ressortir des insatisfactions de la part des professionnels médicaux et non médicaux : réorganisation capacitaire, mise en place du parcours soins de support en oncologie....

L'organisation des secrétariats médicaux et administratifs de la clinique a été revue il y a cinq/six années, pour répondre à certains besoins. Aujourd'hui, ceux-ci ont évolué dans tous les services et de nouvelles missions ont été confiées aux secrétaires : augmentation du nombre de médecins, arrivée de nouveaux logiciels...

L'organisation composée de plus de 60 secrétaires réparties en 9 secrétariats a donc nécessité d'être révisée afin d'obtenir satisfaction et performance de ce service pour répondre aux besoins et attentes des patients.

La Clinique Clémentville connaît un positionnement similaire. Grandement influencé par la pandémie de covid-19, l'établissement connaît depuis peu, une augmentation de sa file active vers le virage ambulatoire. Cette conversion de séjour se traduit par une baisse d'environ 14% des hospitalisations par mois face à une augmentation de 20% des séjours en ambulatoire. Ces modifications de prise en charge impliquent de grandes réorganisations : changement de pratiques des chirurgiens, un accompagnement post-opératoire qualitatif ainsi qu'une prise en charge administrative adaptée.

Cette démarche ne répond pas seulement à une augmentation de l'activité. En effet, l'établissement souhaite moderniser sa prise en charge tout en se démarquant de ses concurrents, nombreux sur le territoire.

S'ajoute à cela une augmentation brutale de l'activité de chimiothérapie.

Ainsi, l'enjeu stratégique se poste sur la modélisation des parcours patients afin de fluidifier la prise en charge, délivrer une information pertinente et anticiper son admission (administrative et soignante).

### 1.2.3. Méthodologie et projets pilotes

La Clinique Mutualiste de l'Estuaire a souhaité, grâce à l'expérience vécue par l'un des directeurs de l'établissement dans le milieu industriel, initier la démarche Lean, méthodologie jugée propice et utile pour la réorganisation de ce service support et ainsi permettre le bon fonctionnement de celui-ci.

Ainsi, la réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs est le projet pilote dans la mise en place du Lean au sein de l'établissement. L'objectif fixé est l'adéquation de l'organisation des secrétariats administratifs et médicaux aux besoins des médecins et patients.

La clinique Clémentville, quant à elle, n'a pas entrepris de démarche Lean. En effet, ne connaissant pas cette méthodologie, elle a souhaité mettre en œuvre la gestion de projet telle qu'elle la connaît. Pour autant, cette méthode y ressemble fortement. Une organisation des flux des services administratifs a été entreprise. L'objectif est d'améliorer les pratiques des professionnels, tout en centralisant les intérêts divergents des professionnels vers une amélioration de la prise en charge.

Pour les directions de ces établissements, il est essentiel de traduire leur vision stratégique par des actions tangibles sur le terrain.

D'un côté, la Clinique Mutualiste de l'Estuaire souhaite réorganiser les équipes à travers une réorganisation physique, l'apport d'outils pratiques et/ou digitaux pour améliorer leurs conditions de travail et fluidifier le parcours de prise en charge du patient.

D'autre part, la clinique Clémentville a pris la décision de digitaliser ses parcours patients en intégrant un Portail Patient à sa démarche. Cet outil permet au patient d'être acteur de sa prise en charge en anticipant son admission et en réduisant son temps d'attente le jour de son intervention. Du point de vue des secrétaires, l'outil permet une réduction des tâches répétitives (scanner les documents administratifs le jour de l'intervention) afin de se concentrer sur les cas complexes. Enfin, en réduisant le temps d'attente et en améliorant la communication de l'information pertinente vis-à-vis du patient, les secrétaires sont moins confrontées au stress et à l'anxiété.

Face à ce constat commun de souffrance des équipes et de dérive sur les tâches confiées, les deux établissements ont entrepris des travaux d'optimisation, de performance des organisations au sein des services supports pour faciliter à la fois le travail des secrétaires mais également garantir une prise en charge qualitative du patient.

#### 1.2.4. Une vision multidimensionnelle de la performance

Dans le domaine de la santé, la rationalisation recherchée au niveau macroéconomique se traduit par la mise en place et le déploiement d'outils de gestion.

La performance organisationnelle est complexe et multidimensionnelle. Les conceptions sont différentes selon la position et la fonction de l'individu au sein même de l'organisation. Néanmoins, ils convergent tous vers un objectif commun : l'amélioration de la pertinence et de la performance des résultats permettant le bon fonctionnement de la structure.

Plusieurs perceptions peuvent être identifiées :

Au niveau de la gouvernance, la Directrice adjointe de la Clinique Clémentville indique que la performance « repose sur la recherche d'une qualité de soins ou la réalisation de postes de travail avec les moyens matériels justement adaptés ». Si les moyens de sont pas

efficacement alloués, cela crée l'effet inverse : une sous-performance ou l'identification de besoins inutiles.

Quant à la directrice de l'établissement, la perception est similaire : « Pour moi, la performance au sein d'un établissement de santé c'est trois choses : la qualité des soins, l'équilibre économique et des conditions de travail correctes pour les professionnels ».

D'après les responsables des secrétariats de la CLME, la performance se définit comme "la volonté de trouver une organisation optimale et satisfaisante pour les professionnels tout en garantissant une prise en charge adaptée et qualitative du patient". "C'est proposer la meilleure prise en charge au meilleur coût". La responsable administrative de Clémentville conçoit la performance comme « un dossier patient exhaustif et qualitatif : contenant des données exhaustives, complètes et justes, une optimisation du temps d'attente des patients et un accueil adapté à son état ».

Quant aux secrétaires administratives, elles considèrent la performance comme " un poste adapté et un travail correctement effectué"

Ainsi, le personnel des établissements s'accordent pour définir la performance comme un moyen de :

- Garantir la qualité des soins avec des exigences grandissantes de la part des patients
- Concevoir un accompagnement patient pertinent et personnalisé : transmission d'une information pertinente et adaptée au moment de prise en charge des patients. La directrice adjointe la clinique Clémentville fait état d'une "perte d'information lorsque les informations données le jour des consultations sont trop conséquentes ". Les secrétaires de la CLME font le même constat. " Les patients ne retiennent pas tout le jour J, ils nous questionnent à plusieurs reprises" Ainsi, "l'outil vise à délivrer l'information au patient au bon moment (lorsqu'il est prêt à recevoir l'information) et au bon format (adapté à ses connaissances et son état)".
- Permettre l'épanouissement professionnel avec des missions, tâches adaptées à leur poste, moyens alloués en fonction des contraintes financières et organisationnelles de chacun des établissements.

Les membres interrogés s'accordent pour dire qu'ils accorderaient sur une échelle de 1 à 10 la note de 7 à 8/10 sur la prise en compte de la performance dans les décisions prises.

Selon la gouvernance des deux établissements, l'enjeu réside dans l'accentuation du « virage ambulatoire » et “l'augmentation de l'activité toujours plus croissante sur le territoire.”

En poursuivant ces différents projets, les établissements recherchent une amélioration de la performance, une optimisation des processus administratifs, une fluidification des parcours patient, la réduction du temps d'attente et d'énergie, une amélioration de l'ergonomie, le renforcement de l'information adaptée donnée au sein des services support ainsi que la satisfaction du patient.

Roland Cash<sup>8</sup> et Jean De Kervasdoué (2018) préconisent “d'agir sur les opinions et sur les pratiques des professionnels”.

## **II. Accompagner le changement avec une méthodologie**

Un certain nombre de pré requis sont nécessaires pour une mise en œuvre efficace des projets au sein des établissements.

### **2.1. En amont de la mise en place du projet**

#### **2.1.1. Le rôle de la gouvernance**

La mise en place du Lean nécessite un fort investissement des cadres dirigeants. C'est sur initiative de la direction et notamment de la direction financière et administrative, que le projet a démarré avec le soutien d'une consultante externe début d'année 2022.

Le rôle de la gouvernance est fondamental dans la conduite de projet Lean et consiste à :

- Soutenir le projet sur la durée

La direction de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire soutient le projet en communiquant régulièrement les avancées des projets auprès des équipes médicales, administratives, et soignantes. La gouvernance souhaite montrer rapidement les atouts et bénéfices de la mise en place de cette méthodologie.

---

<sup>8</sup> CASH R. et KERVASDOUE J. (2018) *La coûteuse inégalité des soins*. Eds Economica, Paris, Collection Economie de la santé.

La clinique Clémentville, quant à elle, communique auprès de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) afin d'engager les professionnels de santé dans la démarche.

La mise en œuvre de ces projets repose sur l'accueil des professionnels à cette démarche. Pour ce faire, des communications à travers le journal interne de la clinique ont été réalisées. De plus, la direction a convié les professionnels concernés par le projet afin de leur présenter la démarche en détail et leur exposer les bienfaits du développement de cet outil.

- Être impliqué dans le projet

La direction et notamment les cadres directement concernés (responsables des secrétariats) participent aux différents groupes de travail, réunions avec les professionnels. La direction doit se positionner au même niveau que les équipes. Dans ce contexte, les barrières entre administratif et soignant n'existent plus.

- Montrer l'exemple et être auprès des professionnels sur le terrain

Les cadres impliqués dans la démarche doivent comprendre les problématiques que peuvent rencontrer les équipes.

Ceci se caractérise par la présence régulière de la direction de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire sur le plateau de consultations, auprès des secrétaires et des médecins pour analyser et trouver les solutions les plus adaptées.

En ce qui concerne la clinique Clémentville, la responsable administrative a fait le choix de placer son bureau au sein de l'équipe administrative, lui permettant de visualiser les pratiques de travail tout en se rendant disponible pour ses équipes : "Je ne concevais pas l'idée de donner des directives en ne percevant pas clairement leurs habitudes de travail. Le fait d'être au sein de l'équipe me rend crédible et instaure un vrai climat de confiance".

Cette pratique du "gemba" qui consiste à faire émerger les dysfonctionnements par le terrain est récurrent dans la méthode Lean. Cela permet à la fois que les cadres se rendent visibles par les employés mais également que les secrétaires se sentent soutenues et considérées.

Même si l'ensemble de la direction de la clinique ne s'implique pas de la même manière ou ne se sent pas concernée par la mise en place de la démarche Lean, l'engagement du directeur de l'établissement a été nécessaire pour rendre le projet légitime et accepté par les professionnels impliqués.

#### 2.1.2. Un leadership approprié

Le climat social, économique et politique des établissements de santé connaît de nombreux bouleversements. De ce fait, pour toute gouvernance d'un établissement, mettre en place un projet et garantir son fonctionnement est un enjeu important.

Pour s'assurer d'une appropriation satisfaisante, l'utilisation pertinente du leadership au service de la démarche de pertinence et de performance est incontournable.

- Engagement mutuel et vision commune

Dans le cadre de l'optimisation du parcours patient et du processus administratif dans l'établissement, l'utilisation d'une vision commune et transparente est indéniablement nécessaire. Selon la Mme H directrice adjointe « il s'agit de porter le projet et de l'inclure dans le projet d'établissement afin d'en faire un projet structurant ». Le symbolisme étant important dans la démarche, inscrire le projet dans les objectifs de l'établissement le rend crédible et concret.

C'est également ce que notent les responsables des secrétariats “ Les projets sur lesquels nous travaillons s'inscrivent pleinement dans les objectifs fixés dans le projet d'établissement mais également dans la démarche de préparation à la certification HAS”

La direction de chaque établissement a ainsi adopté un leadership transformationnel à travers l'engagement mutuel des secrétaires, médecins pour un objectif commun : la prise en charge qualitative et optimale du patient.

L'un des directeurs précise qu'il est crucial « d'avoir des responsables qui aient une posture de leader, ils doivent insuffler une vision à travers les équipes ».

- Un management de terrain

Alain Heroux (Dubé, 2017), préconise l'adoption d'un leadership authentique, proche des équipes qui permettra de les fédérer autour d'un but commun.

La responsable administrative préconise l'adoption d'un leadership basé sur les expériences passées : « J'ai eu beaucoup de mal à prendre mes distances avec l'équipe. Cela m'a été reproché de nombreuses fois. Je pense qu'il faut trouver un juste milieu en adoptant un leadership qui accompagne les équipes vers le changement tout en ne se laissant pas envahir. J'ai été à leur place, je connais le métier et je les comprends plus facilement ».

De plus, d'après la responsable des secrétariats médicaux, « le fait d'être au quotidien près des équipes facilite la communication, les échanges sont constructifs et collaboratifs ». Madame F précise également « Je suis quelqu'un pour le terrain et proche des équipes. »

Ce management de terrain est un management participatif qui permet de « gagner du temps et d'apporter un vrai regard sur les éventuels aménagements à venir. On est plus pertinent et crédible ».

- Diluer les ambiguïtés de rôle

Entreprendre des chantiers de réorganisation implique un changement de pratique et de modes de travail.

Il est probable que certaines ambiguïtés de rôle se développent à travers le changement. Il est donc indispensable que les porteurs de projets accompagnent et diluent ces ambiguïtés.

Kahn et al. (1964) déclinent l'ambiguïté de rôle comme « le degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation ».

Ces dysfonctionnements doivent être éliminés afin de ne pas compromettre la dynamique du projet et le climat de confiance associé.

« Nous connaissons une discordance entre le travail de terrain réellement effectué et ce qui est perçu par les équipes et la communauté médicale. La transparence de la performance pose ici ses limites : le souci de préserver les équipes et le corps médical face à une charge

de travail souvent lourde, et ne pas mettre en avant les différentes difficultés d'optimisation et de mesures entreprises à cet égard » souligne la directrice adjointe.

Pour ce faire, il est nécessaire de se doter de compétences comportementales tout en faisant preuve d'intelligence situationnelle

Tout d'abord, « il faut rester flexible et tolérant » précise la responsable projet.

Lorsqu'un climat de confiance est instauré, il est pertinent de donner des directives claires et des objectifs « atteignables et réalistes » précise la responsable administrative. Ces objectifs seront davantage intégrés et adoptés s'ils sont accompagnés d'une communication transparente et une écoute active des remontées du terrain.

Ce mode de fonctionnement permettrait « une hausse de confiance pour que les changements soient mieux perçus ». Yvon Brunelle (2009) nomme ce mode de fonctionnement comme étant un « établissement magnet » permettant souplesse et rapidité.

Une fois les missions clairement définies, il est indispensable de monitorer la bonne appropriation des actions correctrices en repérant les individus marqués par l'incertitude (difficultés à présenter la valeur ajoutée des actions réalisées, tâches évasives etc...).

Enfin, sur le plan stratégique "l'empowerment" des équipes et l'autonomie des acteurs permet de renforcer ce climat de confiance et de droit à l'erreur afin de trouver un équilibre pérenne entre les défis et la performance.

- Agir par petites touches pour accentuer le champs des possibles

La philosophie Lean ne vise pas à travailler davantage mais plutôt à travailler « différemment » afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience au profit du professionnel et du patient (Bouville et Trempe, 2015).

Sur le terrain, les professionnels audités préconisent de mettre en œuvre des changements par petites touches afin d'accompagner les équipes et d'établir des bases solides du projet de réorganisation.

« Dans la réorganisation d'un parcours, il n'y a souvent peu d'actions phare mais plutôt des actions simples et efficaces qui vont soulager les équipes. » indique la directrice.

Ainsi, le projet est le fruit d'une relation longue et co-construite avec les acteurs du terrain permettant d'avancer ensemble vers un but commun. "C'est avant tout un travail pluridisciplinaire" indique la responsable des secrétariats administratifs.

Cet aspect managérial constitue un levier de performance en accompagnant le changement de perception des salariés : « cela permet parfois de déplacer le standard de ce qui est faisable ou non par les équipes. En évoluant par étapes successives, nous avons réussi aujourd'hui à augmenter notre passage de 74 à 100 patients par jour tout en étant fluide. Avant, cela semblait impensable pour les équipes (tant soignantes que administratives) » témoigne la directrice de l'établissement. Le constat est le même à la Clinique Mutualiste de l'Estuaire. L'une des secrétaires indique " nous arrivons à nous donner des objectifs en terme de frappe de courriers que nous n'arrivions pas à atteindre il y a quelques semaines"

### 2.1.3. Impliquer les professionnels et enseigner la démarche choisie

Depuis de nombreuses années, les secrétariats rencontrent des difficultés de fonctionnement. Des changements, de nouvelles organisations ont été testées, pour autant l'insatisfaction des professionnels reste présente.

Remobiliser les équipes sur un tel projet considéré comme non satisfaisant est un défi nécessaire. Beaucoup de réticences sont perçues par les différents acteurs non seulement car les professionnels ont une vision d'échec mais également car les professionnels peuvent percevoir l'approche Lean comme "une intensification du travail, une réduction des moyens et de personnel" (Bouville et Trempe, 2015). En effet, comme l'indique une secrétaire " ne connaissant pas la méthodologie, j'étais très mitigée sur la mise en place de ce projet et ces effets". Sur l'ensemble des secrétaires interrogées, aucune n'avait connaissance de la méthodologie Lean avant sa mise en œuvre.

L'enjeu se porte ici sur l'accompagnement des professionnels vers l'établissement d'une relation de confiance et de transparence. C'est pour cette raison que la direction de la Clinique Mutualiste de l'estuaire a souhaité faire appel à une consultante extérieure, expérimentée dans la démarche Lean, pour aider à la mise en place de la méthodologie au sein de la structure.

De plus, il est plus facile de faire accepter le changement dès lors qu'un prestataire extérieur, n'ayant aucun lien direct avec la direction de l'établissement intervient. D'après la consultante Lean " Ce qui est le plus satisfaisant c'est de voir des professionnels au départ très fermés sur la démarche et peu à peu convaincus par son efficacité"

Son intervention à la clinique a débuté par une formation auprès de d'un ensemble d'acteurs impliqués dans cette réorganisation : médecins et secrétaires de chaque service, administratifs...

Cette formation d'une durée de trois heures est répartie entre théorie et pratique. Dans un premier temps, les fondements de la méthodologie, les prérequis, atouts, bénéfices et esprit de la démarche ont été enseignés aux professionnels. Ensuite, les équipes ont été mises en situation d'exercice afin de mettre en pratique les éléments évoqués et se rendre compte de l'impact de la démarche sur une situation donnée.

Cette formation s'est avérée essentielle pour obtenir la confiance et l'envie de retravailler sur ce projet.

**" Faire mieux pour Faire plus" : telle est la devise du Lean Management**

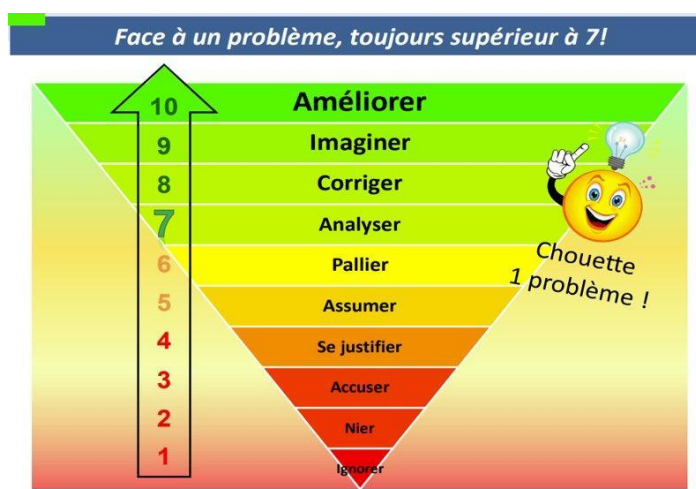


Figure n°4 : "Faire mieux pour faire plus" (Clinique Mutualiste de l'Estuaire, 2022)

Concernant la clinique Clémentville, lors de la mise en place du projet, certaines secrétaires ont émis des réserves quant à la mise en place du portail patient et leurs pratiques actuelles.

La résistance au changement se manifeste dans l'établissement par plusieurs biais :

- La conservation des comportements antérieurs
- L'éloignement du professionnel vis-à-vis de la direction de l'établissement ou du responsable projet.
- La dissuasion de l'utilisation de l'outil vis-à-vis des autres professionnels

En effet, la directrice adjointe témoigne « Il a y eu un effet contreproductif au début car les secrétaires ne voulaient pas changer leurs habitudes : il faut adopter une conduite du changement et embarquer les cabinets externes et internes pour ainsi gagner du temps. »

La responsable administrative précise également que « les équipes ne se sentent pas engagées, elles ne sont pas impliquées. Certaines le sont mais sont rapidement découragées par les autres ».

Il est à noter que la seule information des responsables projets quant à la mise en place de ce dispositif n'est pas suffisante. Il est utile de comprendre les difficultés et de ne pas imposer la solution (Minvielle et al, 2018).

Pour se faire, les pilotes de projet ont pris le temps de montrer les bénéfices que permet cet outil. Anticiper le dossier patient leur permettrait par exemple de réduire les erreurs liées l'identitovigilance, de réduire l'état de stress du patient et une meilleure communication si le patient détient les informations clés de son parcours en amont, détenir plus de temps pour accompagner les patients complexes, d'améliorer la qualité de vie au travail en détenant davantage de temps pour des projets ou autres améliorations.

Par ailleurs, la finalisation de l'accompagnement des équipes au changement réside dans la formation individuelle dispensée afin que chacune puisse se familiariser à l'outil et en faire sa propre expérience. Les formations ont été réalisées à toutes les secrétaires afin que chacune se sentent impliquées dans le projet.

Durant les formations individuelles, les secrétaires sont formées aux fonctions telles que la présentation des objectifs du portail patient (centraliser les documents administratifs, effectuer une prise en charge sécurisée et de qualité des patients avec un support unique d'information, les modalités d'appairage du patient, les différentes méthodes d'admission, la gestion des alertes.

Les formations individuelles permettent d'identifier les lacunes de certaines collaboratrices afin d'adapter l'accompagnement et identifier des leviers de progression personnalisés.

#### 2.1.4. Organisation des équipes projet

Pour assurer le bon déroulement et fonctionnement du projet, une équipe projet se constitue et regroupe l'ensemble des acteurs intervenant directement ou indirectement dans la nouvelle organisation. Cette équipe projet est représentée par le pilote du projet, le leader à l'initiative de celui-ci.

- L'équipe projet de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire

L'équipe projet de la clinique se structure ainsi :

La démarche de réorganisation de secrétariats médicaux et administratifs a été initiée par la directrice administrative et financière ayant pour responsabilité ces services avec accord du directeur général. Elle se positionne ainsi comme le leader et pilote de ce projet.

Elle est accompagnée des membres du comité de direction (CODIR) : directeur, RRH, responsable technique, responsable informatique... Leur rôle est d'arbitrer, prendre des décisions unilatérales ou conjointes selon les sujets : coût financier, ressources humaines, éventuels blocages rencontrés. Cependant, un manque d'intérêt et de soutien pour certains d'entre eux peut être relevé sans cependant que des blocages aient été mis.

Les responsables des secrétariats administratifs et médicaux sont chargés d'assurer le déploiement des décisions prises, sur le terrain. Ils sont accompagnés des référents formés au lean : médecins référents, secrétaires, cadres administratifs ....

Plus largement, les équipes médicales et non médicales sont toutes concernées par la mise en place du projet selon leur service. Ils participent donc tous au déploiement de la démarche.

Enfin, la consultante extérieure est le garant de la méthode et est le facilitateur du déploiement de la démarche. Elle accompagne l'ensemble des équipes sur le terrain et vérifie l'appropriation des méthodes et outils enseignés.

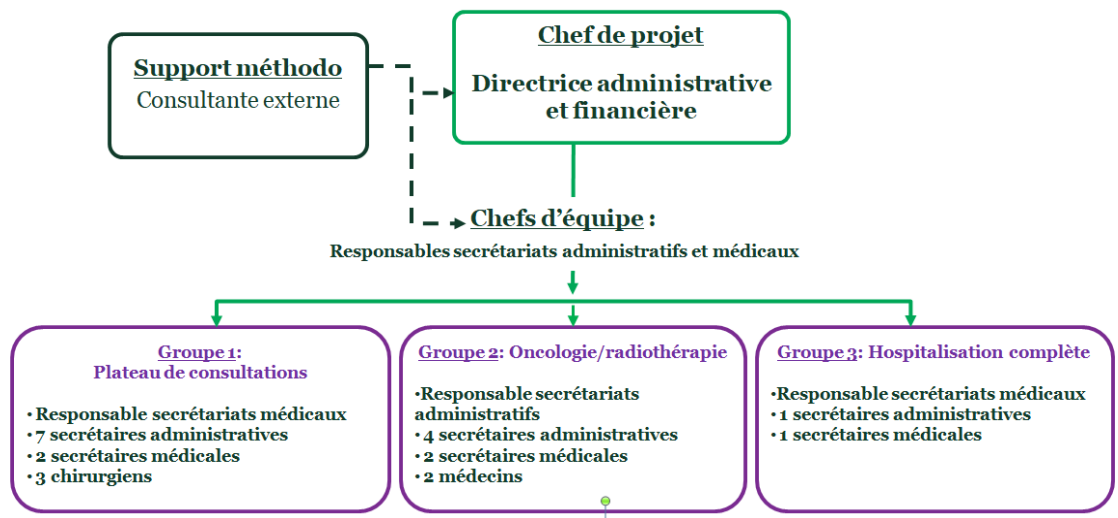


Figure n°5 : “Equipe Projet” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

- L’équipe projet de la Clinique Clémentville

Il a été convenu avec l’équipe que le projet concernerait en priorité les services d’ambulatoire et Hôpital de Jour de la clinique.

Il est à noter que l’équipe projet est largement soutenue et influencée par la direction de l’établissement. L’équipe projet est donc restreinte. Elle était constituée de différents acteurs pluridisciplinaires et complémentaires.

Tout d’abord, la responsable projet Groupe était leader de cette équipe. Forte de connaissances sur l’optimisation des processus à travers les systèmes d’information, la responsable projet était leader de l’équipe.

La présence de la responsable projet Groupe était le facilitateur de la démarche car la nouveauté était apportée par un acteur neutre dans la structure. De plus, elle comporte un bon sens de la communication et de l’écoute active.

La rédaction des exigences était néanmoins soutenue par la directrice adjointe. L’équipe projet était également composée de la responsable informatique et responsable administrative en tant que support opérationnel.

Enfin, il est regrettable que les secrétaires ne soient pas confiées à l'équipe projet. En effet, elles portent la démarche auprès des patients et influencent directement le déroulement des activités opérationnelles.

## **2.2. La mise en place d'une démarche de gestion de projet au sein des fonctions support des établissements de santé**

### **2.2.1. La réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs à la clinique Mutualiste de l'Estuaire**

A la Clinique Mutualiste de l'Estuaire, la réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs a été impulsée par la direction financière et administrative.

La démarche Lean a été initiée et appréhendée en trois étapes distinctes présentées ci-dessous:



**Figure n°6 :** “ *Les 3 étapes de la démarche Lean*” (Clinique Mutualiste de l'Estuaire, 2022)

Comme indiqué précédemment, les professionnels ont tout d'abord été formés à la démarche Lean par la consultante extérieure.

Ensuite, trois groupes de travail pluridisciplinaires ont été formés par spécialité :

- Groupe 1 : secrétariats présents sur le plateau de consultations : chirurgie générale et digestive, urologie et hépato gastro entérologie et secrétariat d'anesthésie
- Groupe 2 : secrétariats d'oncologie et de radiothérapie
- Groupe 3: secrétariats d'hospitalisation complète : services médecine, SMR...

Ces groupes se réunissent régulièrement et ont pour mission de :

- Analyser les parcours en profondeur et d'identifier les gaspillages, dépenses inutiles.
- Définir les besoins et processus cibles
- Identifier les projets prioritaires
- Participer à la mise en oeuvre du plan d'actions

Les équipes ont également été formées au Management Visuel Participatif (MVP), outil Lean permettant de suivre au quotidien l'activité des secrétariats et faire remonter les problèmes rencontrés.

#### 2.2.1.1 Comprendre les processus et les définir

L'analyse approfondie des processus aussi appelée APP se caractérise par la description pas à pas des tâches de chaque profession par spécialité à l'aide d'outils simples : 1 post it est égal à une action.

Chaque corps de métier vient décrire son organisation, ses contraintes et ses points forts tout au long du parcours patient : de l'admission du patient jusqu'à sa sortie. Cette étape est cruciale dans la démarche Lean. C'est elle qui met en évidence tous les gaspillages et dépenses inutiles à réduire, supprimer pour optimiser et gagner en performance. Tout ceci a été effectué en équipe dans une ambiance collaborative et bienveillante.

L'une des secrétaires indique “ nous sommes au courant de l'ampleur des tâches et missions que nous effectuons, pour autant de les voir sur papier nous permet de réaliser le travail fait quotidiennement”.

Comme le montre le schéma ci-dessous, il est intéressant de noter que chaque personne à sa propre vision sur l'organisation en place.

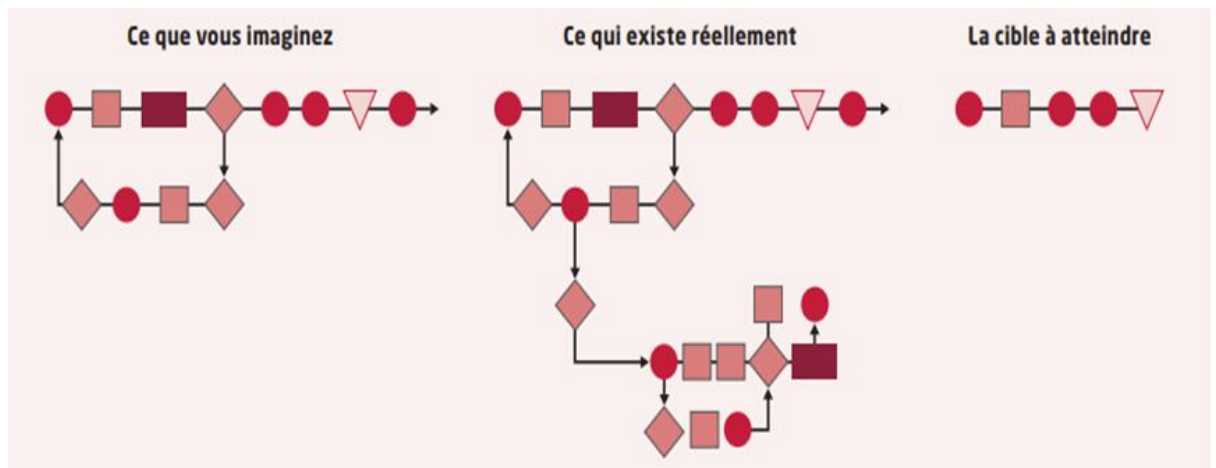


Figure n°7 : “Modélisation processus ” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

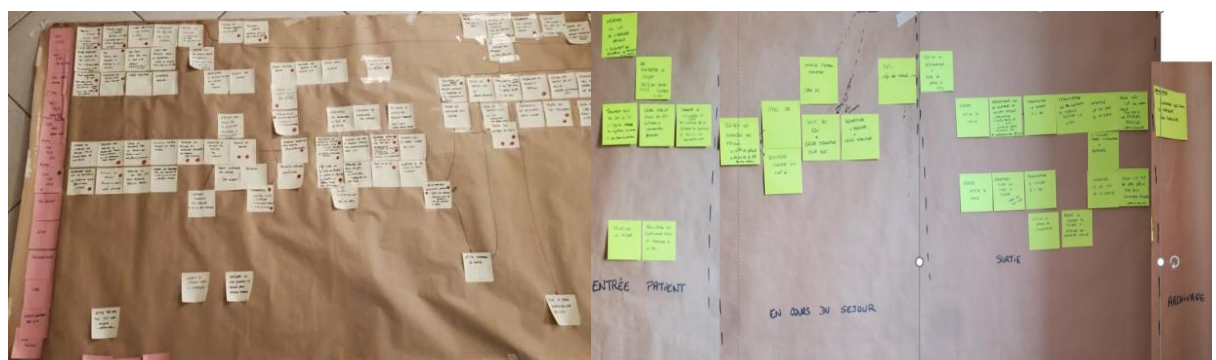


Figure n°8 : “Parcours avant et après la suppression des dépenses inutiles” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

L’analyse a tout d’abord été réalisée par groupe de travail. A chaque tâche effectuée, une analyse de celle-ci a été réalisée afin de vérifier son usage, son efficacité et ses bienfaits. Toute tâche non appropriée est considérée comme un point bloquant ou point rouge pour l’organisation en vigueur.

Chaque difficulté rencontrée source de gaspillage a été répertoriée dans un fichier Excel. Elles ont ensuite été classées par catégorie afin d’identifier des thèmes communs. L’objectif est de faciliter la lecture, d’en faire une synthèse et d’identifier les sujets prioritaires à traiter par spécialité et plus largement sur l’ensemble des secrétariats.

L’analyse approfondie des processus des secrétariats d’oncologie et de radiothérapie a mis en évidence 43 points bloquants. Comme le montre le graphique ci-dessous, la rédaction

des comptes-rendus d'hospitalisation et ordonnances sont facteurs de nombreux obstacles pour les secrétaires.

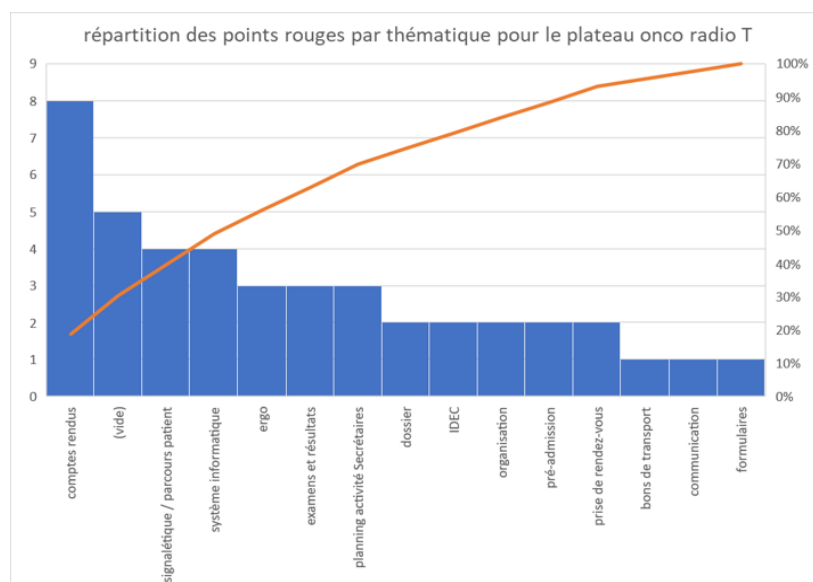


Figure n°9 : “Répartition des points rouges par thématique - Plateau oncologie” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Plus largement, les gaspillages ou dépenses inutiles répertoriés ci-dessous sont au nombre de 187 tous secrétariats confondus.

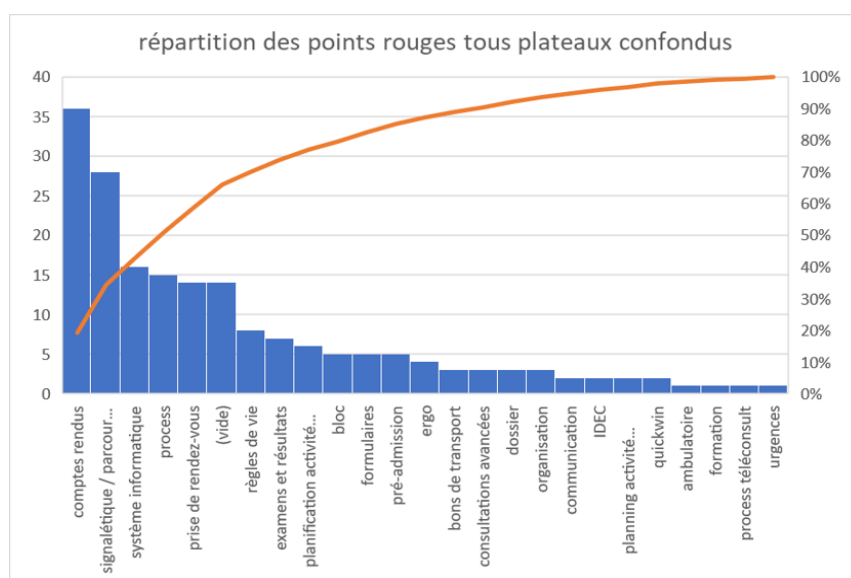


Figure n°10 : “Répartition des points rouges tous plateaux confondus” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022).

Comme le montre le graphique ci-dessus, l'analyse de chaque processus a permis de mettre en évidence le "TOP" gaspillages de temps, d'énergie, et difficultés ergonomiques physiques et mentales que rencontrent les secrétaires médicales et administratives.

- La rédaction des comptes rendus d'hospitalisation, opératoires, lettres de sortie et ordonnances

Tout d'abord, la rédaction des comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus opératoires et lettres de sortie représentent le plus de difficultés pour l'ensemble des secrétaires de la clinique.

En effet, comme l'indique l'une des secrétaires du service de radiothérapie, "Les praticiens ont tous des pratiques différentes, ils ne sont pas homogènes sur la transmission des comptes rendus : parfois écrites, parfois orales. Ceci nous impacte au quotidien"

D'autres affirment, "Nous devons faire face à de nombreux problèmes de manipulation du dictaphone de la part de médecins. Il manque régulièrement des informations (date de naissance, pas de fin de compte-rendu). Les informations sont souvent inaudibles".

De plus, "de nombreuses interruptions sont liées au vocabulaire différent d'une spécialité à l'autre, les courriers sont plus ou moins longs selon les spécialités, les antécédents des patients sont également difficiles à récupérer pour certains praticiens". Ces constats sont globalement les mêmes dans tous les autres services de l'établissement.

Concernant les ordonnances, de nombreux chirurgiens délèguent cette tâche aux secrétaires médicales. Or, d'après l'article 76 du code de déontologie médicale,<sup>9</sup> tout praticien a une obligation de rédiger ses propres ordonnances. Il existe derrière une responsabilité juridique importante. " Nous rédigeons des ordonnances avec un vocabulaire que nous ne maîtrisons pas" "Nous pouvons à tout moment faire des erreurs de prescriptions".

---

<sup>9</sup> Article R.4127-76 Code Déontologie Médicale

- La signalétique des parcours patient

Ensuite, la signalétique des parcours patient est aussi une thématique qui a été largement abordée lors des différentes rencontres. 29 points bloquants ont été relevés sur ce sujet.

Comme l'indiquent les médecins, "Les patients s'orientent difficilement, il n'y a pas de logique des flux sur le plateau de consultations".

Les secrétaires ont également noté " Il existe un réel problème d'aiguillage des patients, les patients arrivent au premier étage sans passer par l'administration. Ils sont perdus. Nous passons beaucoup de temps à réorienter les patients dans les bons services."

- Organisation du plateau de consultations

Avec une augmentation de l'activité croissante et l'arrivée de nouveaux praticiens, l'espace se fait de plus en plus restreint et les organisations de travail diffèrent. C'est notamment le cas du secrétariat urologie et gastro-entérologie mutualisé jusqu'à présent. Les deux spécialités sont confrontées à des difficultés d'organisation physiques importantes provoquant des conditions de travail compliquées et une ambiance délétère.

- "Les règles de vie"

Enfin, les règles de bon fonctionnement de l'organisation entre les médecins et secrétaires n'ont pas été définies et formalisées. Ainsi, elles ne sont pas standardisées et respectées provoquant des irritants permanents.

"Nous n'avons pas de réponse des médecins sur les entrées à organiser le week-end",  
"Nous avons des difficultés à programmer des rendez-vous avec les familles". "Les médecins considèrent qu'ils font notre travail"

Tous ces éléments ont été relevés grâce à cette analyse approfondie. Pour l'ensemble des acteurs, cette étape s'est avérée importante et a permis de comprendre les difficultés que chacun rencontre, d'identifier les dérives présentes depuis de nombreuses années, de reconsidérer le travail de chacun.

### 2.2.1.2 Analyser et mesurer

Le changement nécessite d’être prouvé pour être accepté. En effet, les organisations de nos établissements évoluent rapidement et les changements peuvent engendrer des écarts qui ne sont pas forcément identifiés et acceptés. Il est ainsi pertinent de les argumenter à partir de données chiffrées.

Grâce à l’analyse approfondie des processus, 33 points bloquants ont été notés sur la rédaction des comptes rendus, ordonnances et lettres de liaison de sortie. Ils provoquent une perte de temps considérable dans les tâches que doivent effectuer les secrétaires.

Ainsi, pour aller plus loin et comme le montre le schéma ci-dessous, une analyse chiffrée, par bâtonnage, a été élaborée directement sur le terrain par les secrétaires pour identifier les principales causes de cette perte de temps.

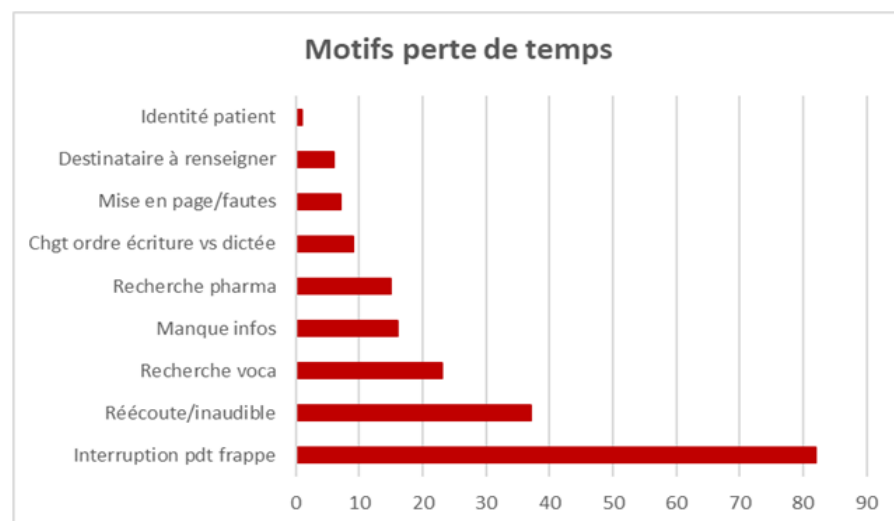


Figure n°11 : “*Motifs des pertes de temps*” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Celle-ci montre que les nombreuses interruptions pendant la frappe et la ré-écoute du dictaphone retardent considérablement le travail des secrétaires. La recherche de vocabulaire, le manque d’informations, la recherche d’informations sur les logiciels sont également des raisons qui expliquent ces retards. Le temps réel de frappe est deux fois plus important que le temps théorique nécessaire.

Tous ces éléments viennent confirmer les notions évoquées précédemment.

Par ailleurs, l'état des lieux montre également une nécessité de réorganiser le plateau de consultation et notamment le secrétariat d'urologie et d'hépatogastro-entérologie. Grâce à des données chiffrées, les résultats exposent une évolution importante de l'activité venant confirmer les propos tenus : un volume de consultations multiplié par 2, un volume de séjours en unité ambulatoire multiplié par 3,5 et un volume d'appels entrants multiplié par 2,5 sur les pôles uro/gastro et digestif.

|                            |                               | 2020       | 2021       | 2022       |              |
|----------------------------|-------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| <b>Pôle<br/>Dig/Vasc</b>   | <b>ETP Sec med</b>            | <b>4,7</b> | <b>5,8</b> | <b>5,8</b> |              |
|                            | Volume <b>Consultations</b>   | 8 903      | 10 289     | 11 513     |              |
|                            | Volume <b>séjours UCA</b>     | 1 077      | 1 168      | 1 224      |              |
|                            | Volume <b>appels entrants</b> | 16 623     | 17 568     | 16 346     |              |
|                            | Taux abandon appel            | 2%         | 1%         | 1%         |              |
| <b>Pôle<br/>Uro/Gastro</b> | <b>ETP Sec med</b>            | <b>7,4</b> | <b>6,8</b> | <b>7,4</b> |              |
|                            | Volume <b>Consultations</b>   | 18 559     | 22 040     | 23 859     | <b>X 2</b>   |
|                            | Volume <b>séjours UCA</b>     | 3 073      | 4 228      | 4 300      | <b>X 3,5</b> |
|                            | Volume <b>appels entrants</b> | 34 716     | 43 438     | 41 034     | <b>X 2,5</b> |
|                            | Taux abandon appel            | 6%         | 13%        | 21%        |              |

Figure n°12 : “Résultats d’activité” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Ainsi, ces études de terrain permettent de mettre en évidence et d’argumenter sur la nécessité d’agir et de trouver des solutions pour améliorer les conditions de travail des secrétaires. Les échanges avec les médecins se sont avérés plus faciles et coopératifs avec ces éléments de preuve.

#### 2.2.1.3 Améliorer les processus et innover

Une fois les états des lieux effectués, les sujets ont été priorisés. Chaque groupe de travail a identifié deux sujets primordiaux pour leur secteur nécessitant du temps, une équipe projet bien définie et ayant un coût plus ou moins important. L’objectif est de travailler sur chaque sujet et de les dupliquer si possible au sein des autres secrétariats.

Les sujets priorités par les groupes de travail sont les suivants :

| Les 2 priorités en<br>Oncologie & Radiothérapie                                                                                                                                       | Les 2 priorités sur le plateau de<br>consultations et anesthésie                                                                                       | Les 2 priorités en<br>hospitalisation complète                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Réception &amp; classement des résultats d'analyses et d'imageries</li><li>• Parcours d'intégration et de formation des secrétaires</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Organisation des pôles, parcours patient et signalétique</li><li>• Prise de RDV entrants et sortants</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Rédaction des lettres de sortie</li><li>• Ordonnances de sortie</li></ul> |

Un ensemble de petites actions appelées “Quick Wins” ont également été répertoriées. Ces mesures simples à mettre en place ont un fort retentissement dans l'organisation garantissant un bénéfice facile car vite obtenu.

Elles sont menées en parallèle des projets plus imposants et sont vouées à faciliter le quotidien des secrétaires. A titre d'exemple, le secrétariat d'oncologie a mis en place un trombinoscope de service, un glossaire contenant le vocabulaire spécifique, un annuaire adapté au service. Un mode opératoire pour l'utilisation du dictaphone a également été réalisé ...

Comme l'indique une secrétaire “ce sont des petites actions qui vont nous faciliter grandement notre quotidien”.

#### Elaboration des micro-processus cibles

Des micro-processus cibles ont alors été élaborés pour chaque projet avec l'ensemble des acteurs concernés. Le but est de repenser, de supprimer les tâches inutiles, non appropriées, consommatrices de temps et d'énergie et de réviser les flux des patients. Ceci ayant pour objectif de standardiser les pratiques des professionnels parfois très diversifiées qui engendrent des ambiguïtés de rôles conséquentes.

Les processus organisationnels sont ainsi optimisés, performants et favorisent les conditions de travail des secrétaires, conditions définies collégialement entre tous les acteurs concernés.

A titre d'illustration, le processus cible pour la rédaction des lettres de sorties a été défini selon les modalités suivantes :



Figure n°13 : “Processus cible” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Les médecins ont pour obligation de remettre à la sortie du patient une lettre de liaison de sortie à J0. Grâce à l’implication de médecins et de secrétaires, ces professionnels ont défini le processus standard que devront respecter l’ensemble des professionnels.

Deux possibilités ont été définies :

- Rédiger par leurs soins la lettre de sortie
- Dicter la lettre via un dictaphone puis rédaction par la secrétaire.

Les secrétaires sont ainsi en mesure de connaître les modalités de fonctionnement et peuvent s’adapter facilement aux pratiques médicales.

#### 2.2.1.4 Déploiement du plan d’actions et suivi

Une fois les micro-processus cibles définis, les professionnels ont fait part de leurs besoins et attentes (scanner, ordinateurs, matériels, fournitures...) favorisant l’ergonomie et la prévention des risques auxquels le personnel peut être confronté.

Pour assurer le déploiement des projets et nouvelles organisations un plan d’actions détaillé étape par étape a été formalisé avec des pilotes identifiés et des échéances à tenir.

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Création d'un poste dédié UCAA au 1<sup>er</sup> étage</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Fiche de poste UCAA validée → ouverture du poste</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | <b>T1 2023</b> |
| <b>Dédier les équipes Uro/Gastro</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Définir les plannings des équipes urologie et gastro entérologie</li> <li>Affecter les secrétaires à chaque pôle</li> </ul>                                                                                                                     | <b>T1 2023</b> |
| <b>Parcours patient &amp; signalétique 1<sup>ère</sup> étape</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation du patient à partir de l'accueil central</li> <li>Faciliter la compréhension et le fonctionnement du GAP</li> <li>Faciliter l'orientation des patients vers les salles d'attente et après les consultations</li> </ul>              | <b>T1 2023</b> |
| <b>Référents par pôle à renforcer</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Référent matériel et informatique</li> <li>Référent intégration &amp; formation</li> <li>Référent planning</li> </ul>                                                                                                                           | <b>T2 2023</b> |
| <b>Parcours patient &amp; signalétique 2<sup>ème</sup> étape</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Remise à plat des besoins de chacun et réaffectation des bureaux de <u>consults</u> et salles d'examens</li> <li>Création d'un espace de secrétariat supplémentaire pour séparer physiquement l'urologie &amp; la gastro entérologie</li> </ul> | <b>T4 2023</b> |

Figure n°14 : “Plan d’actions” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Le plan d’actions ci-dessus est une synthèse des actions à mener sur l’année 2023 sur l’ensemble des projets

Par ailleurs, afin de suivre de manière régulière ces plans d’actions, la méthodologie Lean propose un outil propre à cette démarche que la clinique a souhaité mettre en pratique : le format A3.

Cet outil Lean est un document d’une page, qui reflète les résultats et l’avancée du projet en cours.

Il précise :

- Les informations générales sur le projet : la fonction du pilote et sponsor du projet, le site et secteur du projet, l’avancée du projet
- Le contexte
- La description du problème à résoudre
- Les objectifs du projet
- La situation de départ
- La situation attendue
- Le plan d’actions et planning
- L’équipe projet

- La mesure de la performance à partir des indicateurs mis en place
- Le retour d'expérience

(Cf. Annexe n°13: A3 du projet réorganisation du plateau de consultations et signalétique patient).

Tous les A3 formalisés à partir de chaque projet forment la feuille de route de la réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs. Une rencontre mensuelle est organisée afin de vérifier la bonne avancée des projets.

D'après les responsables des secrétariats " ces A3 nous permettent de suivre régulièrement les avancées de nos projets en cours. Ceci nous permet de prioriser les sujets en fonction des éventuels retards, ou points bloquants." Elles continuent " C'est satisfaisant et motivant de voir les sujets qui avancent".

#### 2.2.2. La digitalisation du parcours patient à la Clinique Clémentville

L'optimisation des fonctions supports tels les secrétariats peuvent s'effectuer à travers la réorganisation physique mais peut également s'effectuer à travers la digitalisation des processus. C'est ce qu'a souhaité impulser la Clinique Clémentville en donnant la possibilité d'anticipation la pré admission via une solution digitale innovante.

##### 2.2.2.1 Comprendre le processus et le définir

Le parcours de préadmission est la source principale de perte de temps pour les équipes administratives et de mécontentement pour le patient.

En effet, à ce jour, la responsable administrative précise que les équipes administratives contrôlent plus de 4 fois le dossier patient avant son arrivée. Les documents nécessaires étant les suivants :

- Carte Nationale d'Identité
- Coordonnées
- Attestation de sécurité sociale
- Mutuelle / AME (Aide Médicale d'Etat)
- Consentement
- Directives Anticipées

- Désignation de la personne de confiance et la personne à prévenir

Ces informations permettent d'anticiper la venue du patient afin de constituer son dossier administratif en amont de son intervention.

En effet, la Clinique Clémentville disposant de dix salles opératoires, les patients se présentent simultanément le jour de leur intervention et les files d'attente peuvent être conséquentes. En anticipant le dossier administratif, ce temps de constituer de dossier peut être crucial tant pour la secrétaire que pour la bonne tenue du planning opératoire.

En informatisant la constitution de ses dossiers, les temps de contrôle et d'appel au patient peuvent être grandement optimisés.

De plus, un second axe de réflexion concerne le post-opératoire. A ce jour, dans une logique d'optimisation, les appels post-opératoires sont réalisés par la secrétaire du service afin de ne pas sortir le soignant du soin.

La charge de travail étant répercutée sur la secrétaire, un dispositif doit être développé afin d'optimiser les appels pour les patients ne disposant pas de complications et ainsi sécuriser le parcours de soins pour les patients complexes.

#### 2.2.2.2 Analyser et Mesurer

La bonne adhésion au changement et à la réorganisation réside dans la bonne temporalité des actions de déploiement. En effet, un projet d'optimisation déployé trop tôt peut constituer un frein à la bonne appropriation des outils par les équipes concernées.

Pour se faire, le choix des actions à déployer ainsi que la manière dont le déploiement est organisé est entièrement consacré à l'équipe projet.

D'une part, il est crucial pour l'équipe projet de comprendre l'environnement de travail des secrétaires. L'analyse de l'environnement est effectuée à travers différentes méthodes :

- “La voix du patient”

Un audit a été réalisé en Hôpital de Jour et en Ambulatoire afin d'identifier les temps d'attente des patients dans leur parcours. Ce levier d'analyse constitue un axe d'amélioration majeur. Il permet à l'établissement de prioriser ses axes de réflexion.

S'agissant de la Clinique Clémentville, les objectifs déployés à la suite de ce questionnaire sont les suivants : amélioration de la pertinence de l'information donnée ainsi que la réduction du temps d'attente.

“Lorsqu'un patient est convoqué à 7h et que son intervention débute à 13h, le parcours du patient n'est pas optimisé : temps d'attente prolongé, les secrétaires faisant face à une charge de travail hétérogène dans la journée, un manque d'information et du stress pour le patient” témoigne la responsable projet. “Nous devons réagir”.

- “La voix de l'établissement”

Une analyse des processus de travail des secrétaires a été conduite afin d'identifier les actions “à faible valeur” ou inutiles. Cette analyse consiste à déterminer les besoins de l'établissement sur le projet. Dans le cadre de la clinique Clémentville, cet axe se résume principalement à l'amélioration du processus de pré-admission ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

A la suite de ces études, l'identification des gaspillages relatifs aux parcours ont pu être identifiés ainsi que l'identification des dysfonctionnements relatifs au processus. Les données quantitatives ont pu mettre en évidence la pertinence de ces actions. A titre d'illustration, un audit réalisé en juin 2022 mettait en évidence un temps d'attente moyen en ambulatoire de 40 minutes avec une durée moyenne de préadmission de 15 minutes.

#### 2.2.2.3 Améliorer le processus et innover

Afin de fluidifier les parcours patients, il était nécessaire, en plus d'identifier les dysfonctionnements sur le terrain, de cartographier les processus afin de pouvoir les moduler librement et d'en identifier les gaspillages.

Ce processus a été réalisé sur Excel permettant au pilote, la responsable projet, d'y avoir accès au siège du Groupe.

La cartographie était divisée en 3 parties : le parcours pré-opératoire, l'intervention et le parcours post-opératoire. L'équipe projet a décidé de concentrer ses efforts sur le parcours ambulatoire afin d'adapter la solution en Hôpital de Jour dans un second temps.

Sur la base de la cartographie, les documents nécessaires tout au long du parcours patient ont été ajoutés afin de retranscrire l'admission du patient.

La réalisation de la cartographie a permis au participant de comprendre clairement l'entièreté du processus (et non seulement les étapes le concernant) mais également d'aider les pilotes à prioriser les tâches à entreprendre.

A partir de la cartographie, un second processus a été réalisé afin d'identifier les étapes créatrices de valeur pour le patient. La valeur s'entend ici par la sécurisation de sa prise en charge ou sa satisfaction. Les acteurs se sont accordés sur le fait que la non-valeur ajoutée devrait être réduite voire supprimée.

Le groupe a concentré ses efforts sur :

- Le parcours de pré-admission (administratif) : c'est-à-dire anticiper le dossier administratif du patient en veillant à la sécurité des données transmises.
- L'arrivée du patient le jour de son intervention : réduction des files d'attente, et orientation dans l'établissement.
- Le parcours post-opératoire : veiller à un retour à domicile sécurisé, à une traçabilité exhaustive mais également à une facture acquittée transmise rapidement au patient. (Cf : Annexe n°14 : Modélisation du parcours patient ambulatoire - Clinique Clémentville)

L'étape clé de ce projet consiste à transformer le processus administratif actuel en processus futur amélioré.

Pour ce faire, différentes étapes ont été adoptées :

Tout d'abord un travail sur la standardisation des étapes d'admission a été mené afin de réduire l'asymétrie d'information entre les secrétaires et ainsi homogénéiser les pratiques.

Une fois l'étape de la standardisation réalisée, les étapes de pré admission ont été configurées dans le Portail Patient afin d'être programmé.

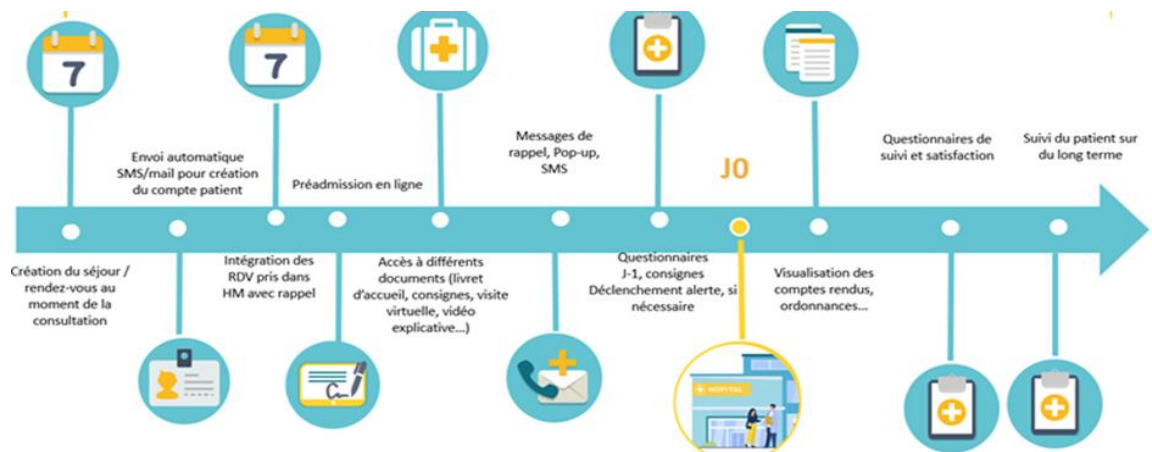


Figure n°15 : “Processus du patient en Ambulatoire” (Clinique Clémentville, 2022)

L’étape de la programmation a été réalisée aux côtés des secrétaires afin que ces dernières puissent s’approprier l’outil et le nouveau processus. De plus, elles ont pu clairement identifier les étapes clés du parcours du point de vue du patient et du point de vue administratif afin de mieux comprendre le processus.

Pour ce faire, ces dernières ont établi, sur la base du parcours patient optimisé, un parcours “administratif” intégrant toutes les étapes clés nécessaires à la prise en charge des malades.

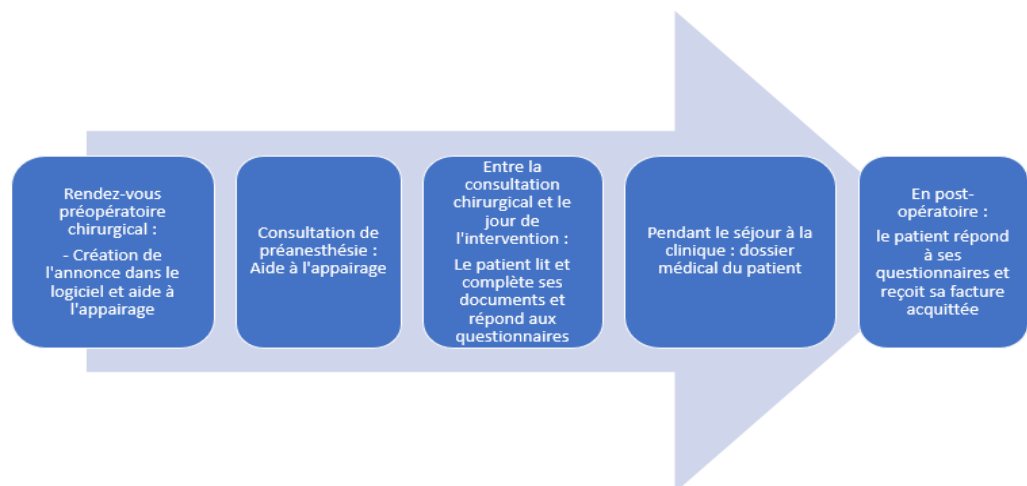


Figure n°16 : “Modélisation du parcours administratif en ambulatoire” (Clinique Clémentville, 2022)

La seconde étape consistait à sélectionner un chirurgien pilote afin que ses patients puissent utiliser le portail et ainsi identifier les dysfonctionnements possibles.

La phase de test étant nécessaire avant l'adoption définitive, un chirurgien sénologue de la clinique s'est porté volontaire : il y entendait une plus-value pour le patient ainsi qu'un gain de temps pour sa secrétaire.

Ce parcours test permet ainsi de crédibiliser la démarche et de sécuriser les parcours avant un déploiement grand public.

Dès les premiers essais, certaines activités ont pu être optimisées davantage afin d'améliorer la pertinence du parcours et la réduction du temps d'attente. A titre d'illustration, le fonctionnement de la nouvelle organisation a permis d'identifier que le formulaire de désignation de personne de confiance était demandé à deux reprises. Les modifications concernant l'organisation de l'information a pu être rétablies : le portail numérique recense la personne de confiance et l'intègre directement dans le dossier du patient.

#### 2.2.2.4 Déploiement du plan d'actions et suivi

Le portail patient étant un projet long terme dont les effets définitifs ne se feront ressentir que dans quelques années, un plan d'action structuré et une vision stratégique doit être adopté.

En effet, le fait de « penser à l'envers » (Fortineau, 2015), de faire émerger les idées du terrain obligerait les équipes à réagir rapidement afin de valider ou invalider les solutions préconisées (Fortineau 2015).

« Lorsque j'identifie des tâches dans le processus qui pourraient être améliorées ou supprimées, je présente rapidement les actions correctrices aux équipes. A la base de ce constat, nous révisons ensemble le processus afin d'identifier les actions correctrices complémentaires ensemble. » « A chaque étape, nous nous demandons si cela est réellement nécessaire » précise la responsable administrative. Au-delà du fait d'échanger, cela nous permet d'identifier les pratiques différentes et de réduire les écarts ».

« Lorsque la décision est collégiale, les améliorations s'effectuent sans aucun dysfonctionnement » précise Mme F.

Ce mode de fonctionnement permet de gagner en « liberté d'expression » et en « confiance » vis-à-vis de son personnel indique la responsable administrative.

Une fois les actions validées, un plan d'action est réalisé par l'équipe projet puis validé par la direction de l'établissement afin de donner une ligne directrice et un sens commun à tous les professionnels impliqués dans le projet (responsables informatiques, secrétaires, direction, département juridique...).

Enfin, un suivi hebdomadaire puis mensuel est instauré pour monitorer les pratiques et adapter les actions en continue.

« Le premier objectif étant de sécuriser la prise en charge tout réduisant le temps d'attente. Lorsque ce point est maîtrisé, le second objectif est d'augmenter le taux d'appairage tout en corrigeant les erreurs identifiées au premier déploiement » témoigne la responsable du projet.

#### 2.2.2.5. Présentation de l'outil numérique

Afin de répondre à ces problématiques et de rendre l'expérience patient fluide, sécurisée et de qualité, la direction de la Clinique a finalement opté pour la solution Exolis.

Cette dernière vise à digitaliser le parcours du patient afin de le rendre plus autonome dans sa prise en charge. A travers une application, le patient peut déposer ses documents administratifs de pré admission directement en ligne et répondre à ses questionnaires pré et post-opératoire.

Cet outil a pour objectif d'anticiper l'admission du patient et de fluidifier les files d'attente aux bureaux administratifs mais également de réduire considérablement les erreurs administratives dues au turnover important que connaît la structure.

Soucieux d'optimiser leurs parcours et de garantir une prise en charge optimale, la clinique Clémentville a développé la solution en décembre 2022 en support de la réorganisation des parcours.



**Figure n°17** : “Modélisation de l’application Portail Patient” (Clinique Clémentville, 2022)

Au-delà du fait de gagner du temps pour le patient, cet outil vise à standardiser les techniques des secrétaires afin de délivrer un même niveau d’accueil et de prestation au patient.

Pour ce faire, des processus ont été rédigés en support de cet outil afin d’accompagner les professionnels dans leurs nouvelles pratiques.

## **2.3. En aval de la mise en œuvre**

### **2.3.1. Poursuivre la démarche d'amélioration continue**

La méthodologie Lean Management s'inscrit dans une démarche d’amélioration continue des organisations et théorie des petits pas aujourd’hui nécessaire pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Une fois le projet mis en place, le service doit assurer son suivi mais également le faire progresser au vu des évolutions des pratiques professionnelles, de l’augmentation de l’activité, des contraintes architecturales...

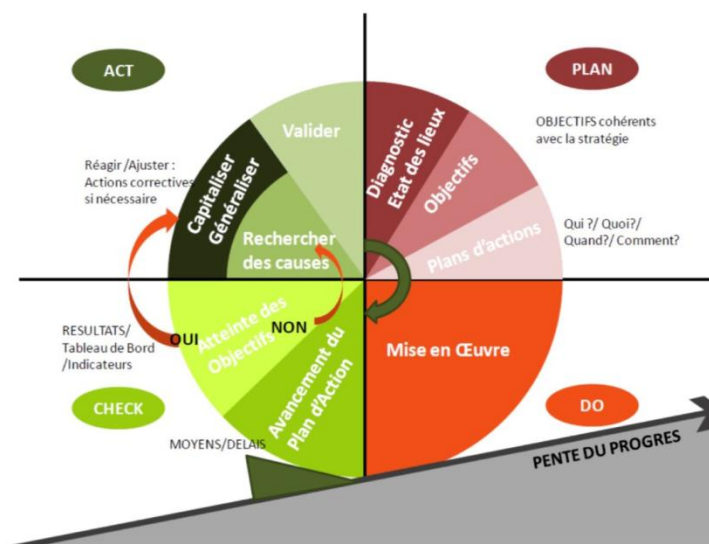


Figure n°18 : “Roue de Deming” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Pour permettre la supervision et l’amélioration continue des activités de chaque secrétariat, chaque secteur médical et administratif a été formé au Management Visuel Participatif (MVP).

Tous les jours, chaque équipe se retrouve 5 minutes pour faire le point sur l’activité, les difficultés rencontrées, les projets en cours. Ce point est animé par la responsable des secrétariats.

Pour cela, les équipes ont tout d’abord été formées à l’utilisation de cet outil visuel : objectifs, déroulé de ce temps d’échange, règles de fonctionnement, livrables, participants

...

| RITUEL POINT 5' ONCOLOGIE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| <b>POP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Date 19/10/22 | Révision : 1 |
| Rédacteur :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |              |
| <b>Objectifs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anticiper la charge et organiser les équipes pour respecter les délais (frappe, programmation, scan documents)</li> <li>✓ Améliorer la qualité de service</li> <li>✓ Remonter les points bloquants et les traiter (proposer des solutions)</li> <li>✓ Communiquer sur l'avancement du projet global APP (A3 + Quick wins)</li> <li>✓ Piloter les actions</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |              |
| <b>Déroulement :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Suivi des activités et respect des délais               <ol style="list-style-type: none"> <li>Frappe</li> <li>Programmation</li> <li>scan</li> </ol> </li> <li>Suivi de la qualité du parcours patient (nb de patients ré-orientés)</li> <li>Décision sur la prise d'action</li> <li>Pilotage du plan d'action</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |              |
| <b>Points d'attention :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Respect des horaires (début et fin),<br/><input type="checkbox"/> définir un maître du temps</li> <li><input type="checkbox"/> Ecoute active, pas de discussion en parallèle</li> <li><input type="checkbox"/> Téléphone coupé</li> <li><input type="checkbox"/> Etat d'esprit (&gt;7)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |              |
| <b>Tous les jours</b><br><b>De 13h55 à 14h00</b><br><b>Lieu : plateau oncologie</b><br><b>Durée : 5 minutes</b><br><b>Pilote : Sandrine</b><br><b>Participants :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>toutes les sec médicales- présentes sur plateau onco + standard + prog</li> <li>1 médecin en consultation</li> <li>Cadre HDJ</li> </ul> <b>Données nécessaires :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateurs complétés</li> <li>Infos projet APP</li> <li>Réunion préparée par tous les participants (faits marquants, avancement des actions, problèmes identifiés...)</li> </ul> <b>Livrables :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Actions définies avec pilote et délai</li> <li>Points à remonter au point 15</li> </ul> |               |              |

Figure n°19 : “Rituel Point 5 Oncologie” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Ensuite, chaque secrétariat a défini collectivement les indicateurs pertinents à suivre au quotidien au vu des difficultés rencontrées. A titre d'exemple, les secrétaires médicales du service d'oncologie suivent les activités et les délais de frappe, de programmation et scan ...

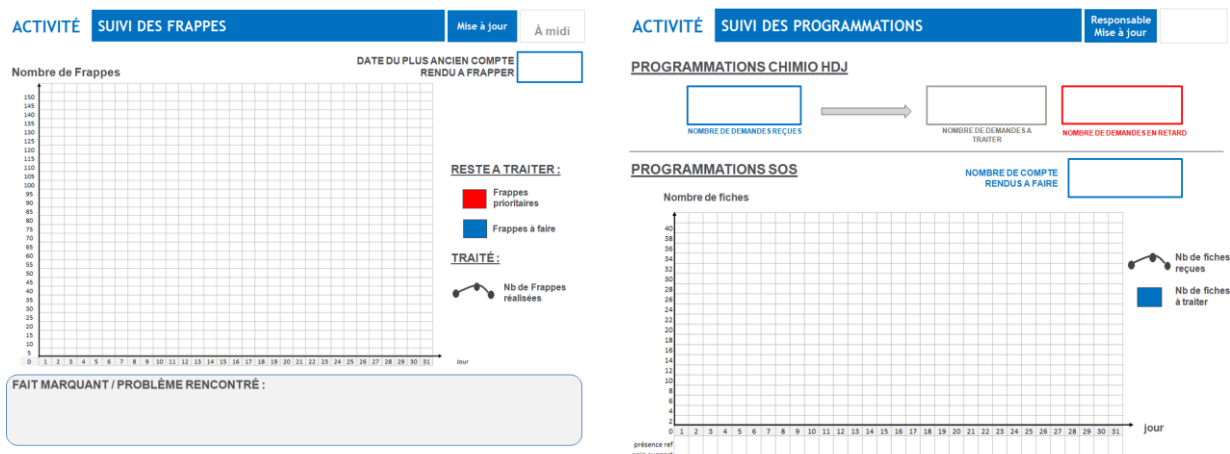


Figure n°20 : “ Indicateurs Lean” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2022)

Ces indicateurs sont affichés dans un lieu fixe défini par l'équipe sur le lieu de travail et son rempli tous les matins. Un planning des actions à mener chaque jour est également mis à leur disposition. Les équipes sont aussi tenues informées des projets Lean en cours sur les autres secrétariats.

Depuis sa mise en place, ce rituel est très apprécié des équipes. Il a permis de créer un lieu d'échange et de partage renforçant la communication et la cohésion au sein même de l'équipe. D'après les secrétaires interrogées “ Ce rituel nous permet de communiquer, résoudre les problèmes rapidement ensemble et s'entraider si certaines d'entre nous sont en difficultés.” “Les MVP est devenu une routine quotidienne que nous apprécions”

Ce contexte permet de faire grandir le collectif et les individus avec un questionnement et un apprentissage permanent sur les pratiques. Ils se sentent responsables et autonomes dans leur fonction.

D'après les professionnels, il a permis de rendre visible de manière transparente et simple les informations permettant de prendre des décisions ensemble pour résoudre les points de

blocage et irritants, identifier les impacts des décisions, partager les succès et voir les axes de progression pour avancer vers un objectif commun.

Une vigilance est toutefois à noter sur la nécessité d'organiser ce point quotidiennement. En effet, une rupture peut occasionner démotivation, déception des équipes. C'est le constat fait par l'un secrétariat formé. En effet, par manque de place et de locaux disponibles, le rituel ne peut avoir lieu provoquant des déceptions. L'une des secrétaires de ce service indique " Je trouve dommage que cela ne puisse se mettre en place, toute l'équipe était motivée, aujourd'hui nous avons du mal à y croire et je pense qu'il y a un manque de motivation de la part de notre responsable"

### 2.3.2. Accompagner le changement

- Communiquer en continue auprès des professionnels

A la Clinique Mutualiste de l'Estuaire comme à la clinique Clémentville, l'accompagnement au changement se manifeste par une communication régulière et continue auprès des équipes à tous les niveaux de l'organisation. Elle est appréciée des équipes et permet de s'assurer de la transparence de l'information, de rassurer sur la conduite des projets, de montrer l'efficacité et apporter des preuves auprès des professionnels, avoir des témoignages et avis des professionnels. C'est avant tout un travail d'équipe.

Au sein même des établissements, chaque étape de mise en place du projet a été communiquée aux différentes instances : comité de direction, réunion managériale, commission médicale de l'établissement (CME) réunion d'équipe des secrétariats, comité social et économique (CSE) pour consultation et avis.

Les journaux internes sont utilisés pour tenir informés le personnel de l'avancée du projet et les inclure dans la démarche. "Cela permet de faire adhérer le personnel au projet et de créer un effet réseau où les salariés pourront convaincre les autres collaborateurs" précise la responsable projet.



Figure n°21 : “Communication des projets” (Clinique Clémentville et Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2023)

De plus, les projets de cette envergure constituent un levier d’attractivité et de fidélisation du personnel. Pour ce faire, les deux établissements ont communiqué en externe avec une diffusion sur les réseaux sociaux de type LinkedIn.

#### La clinique Clémentville est établissement pilote du groupe Oc Santé sur le projet portail patient Exolis, espace patient « Mon Oc Santé ».

Le lancement a eu lieu le X sur un circuit pilote à savoir le parcours sénologie ambulatoire pour les patientes du Dr X.

##### Les objectifs du recours au portail patient sont :

- Anticiper et fluidifier la prise en charge du patient pré et post hospitalisation.
- Echanger de manière sécurisée avec le patient.
- Avoir un support unique d’information pour le patient :
  - rappeler des informations déjà données.
  - centraliser les documents d’information et documents à compléter.
  - maîtriser les informations délivrées aux patients .
- Avoir un outil moderne, simple pour les patients et les professionnels (connexion sur smartphone, tablette, ordinateur).
- Diminuer le recours aux supports papiers.

##### Un lancement réussi

- Déjà 46% de patients se sont connectés à leur espace personnel « Mon Oc Santé ».
- Une équipe administrative formée à aider les patients à réaliser leur première connexion, à réaliser leur suivi pré et post hospitalisation via Exolis.

##### Pour la suite

- Un déploiement de projet pas à pas:
  - phase 1 (en cours): travail sur l’amélioration de l’outil pour le parcours pilote
  - phase 2 : élargissement graduel du périmètre aux autres circuits ambulatoires puis d’hospitalisation et de consultation.

**Bravo aux professionnels pour ce démarrage et merci à chacun pour son implication dans le déploiement de ce projet novateur !**



**Oc Santé** | CLINIQUE CLÉMENTVILLE | 25, rue de Clémentville  
Médecine, Chirurgie, Obstétrique | 34070 MONTPELLIER

Figure n°22 : “Communication interne projet d’optimisation” (Clinique Clémentville, 2023)

- Accompagner et former les professionnels

Cette nouvelle méthodologie demande un accompagnement et une formation des équipes sur le long terme. Les deux établissements accordent une importance particulière à la formation et l'accompagnement du personnel à intervalle régulier.

En effet, grâce à l'intervention de la consultante Lean, la clinique Mutualiste de l'Estuaire dispose d'un accompagnement mensuel sur la mise en place des projets sous forme d'une revue des A3 et des "Quick Wins".

Elle effectue également lors de sa venue des audits "MVP" appelés "Coaching MVP". En effet, elle vérifie via une grille de compétences l'appropriation et le bon fonctionnement des rituels de cinq minutes.

Par ailleurs, les responsables des secrétariats sont également auprès des professionnels (secrétaires et médecins) pour les accompagner dans le changement de leurs pratiques. C'est le cas par exemple pour leur expliquer le fonctionnement et l'utilisation d'une boîte mail mise en place pour la réception des examens et résultats biologiques que reçoivent les médecins.

Quant à la clinique Clémentville, la responsable Projets Groupe se rend régulièrement au sein de l'établissement afin de s'assurer du bon déploiement de ce nouvel outil.

Ainsi, leurs postures en tant qu'observateur leur permet d'apporter aux équipes des feedbacks, de leur donner des conseils d'amélioration et apporter leur soutien dans les changements opérés.

Pour la clinique Clémentville comme la clinique Mutualiste de l'Estuaire, l'enjeu réside dans l'appropriation d'une vision commune, la familiarisation des outils permettant d'instaurer un climat de confiance.

## **PARTIE III-RÉSULTATS ET DISCUSSION**

### **I. Les résultats**

Le Lean Management, philosophie axée sur l'optimisation et la performance des processus a permis de mettre en évidence des résultats à la fois quantitatifs et qualitatifs au sein de ces deux établissements.

Cette démarche s'articule autour de trois axes sur lesquels il est important d'apprécier les résultats.

#### **1.1 Le point de vue culturel**

La culture de l'établissement joue un rôle essentiel dans la satisfaction des employés, leur réussite et le développement d'une marque employeur remarquée.

Les projets entrepris au sein des deux établissements ont permis à leur échelle d'adopter une culture du changement et une évolution de paradigme. L'utilisation des démarches entreprises de par les outils et la volonté de la gouvernance, a permis d'adopter un positionnement différent de celui connu jusqu'à présent. En effet, les établissements souhaitent progressivement remplacer le management hiérarchique par un management participatif et collaboratif qui aujourd'hui répond aux évolutions sociales et sociétales. (valorisation, reconnaissance des professionnels...)

De manière globale, les méthodologies ont été accueillies positivement par les professionnels et ont conduit à la structuration des processus. A la CLME, la participation et l'implication de ces derniers à toutes les étapes de la démarche ont donné sens et ont conditionné l'adhésion des acteurs concernés.

L'émergence des idées des professionnels de terrain s'est avérée positive et pertinente tant dans l'activité produite que dans la satisfaction professionnelle et personnelle générée. Elle a initié une réelle culture de l'expression.

Par ailleurs, l'accompagnement et le soutien de la consultante externe à la CLME a facilité le changement et amené une culture innovante pour l'établissement de santé. Ceci a permis

d'écarter certaines méfiances et interrogations de la part des professionnels vis-à-vis du projet mené.

Enfin, le développement d'une culture axée sur l'optimisation, la performance s'avère toutefois complexe à mettre en œuvre pour les managers de terrain. Outre la difficulté de trouver du temps et l'énergie nécessaire au développement de cette culture de la valeur ajoutée, il s'avère difficile pour les managers de dépasser les fonctions opérationnelles et d'instaurer une réelle philosophie orientée vers la performance qualitative, organisationnelle et financière.

## **1.2. Le point de vue managérial**

D'un point de vue managérial, le déploiement de ces méthodologies a pour objectif de mener à terme les projets en y apportant des bénéfices visibles pour l'ensemble des acteurs de terrain.

### **1.2.1. Impliquer, collaborer et communiquer**

D'après les éléments évoqués précédemment, les deux méthodologies s'accordent sur la volonté de mettre en place un management participatif et collaboratif au sein de chaque établissement.

En effet, avec la mise en place des outils Lean et notamment le déploiement du management visuel participatif dans tous les secrétariats, la Clinique Mutualiste de l'Estuaire favorise un management de terrain. Les responsables sont au plus proche de leurs équipes et les professionnels sont impliqués de façon pluridisciplinaire. Tout ceci facilite la communication, la cohésion, la transmission d'informations et la résolution de problèmes grâce notamment à des "Quicks Wins" menées rapidement. Depuis la mise en place de la méthodologie Lean, plus de 30% des Quicks Wins, identifiées dans le plan d'actions ont été réalisées à ce jour.

Si un certain nombre de points communs ont pu être constatés, pour autant des divergences sont également notables entre les deux structures étudiées. En premier lieu, les professionnels des deux établissements, de par leur statut, n'ont pas été impliqués de la même manière. En effet, les médecins de la CLME, salariés et volontaires, ont pleinement été impliqués dans l'intégralité du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la

démarche Lean. Quant aux praticiens libéraux de la clinique Clémentville, ceux-ci n'ont que très peu été associés à la démarche projet. Leur implication n'a été que consultative.

#### 1.2.2. Donner du sens au travail

Par ailleurs, les équipes retrouvent du sens dans leur travail. Comme l'indiquent les professionnels, les rencontres sont organisées avec un plan d'actions défini et structuré visible par tous. Les informations sont diffusées et claires pour l'ensemble des équipes. Les professionnels se sentent responsabilisés, valorisés et vont vers un objectif commun selon le projet en cours au sein du service. Il est ainsi observé une amélioration des conditions de travail et un apaisement des équipes.

En retravaillant le parcours de formation et d'intégration des nouvelles secrétaires en oncologie et radiothérapie à la CLME, ceci a permis de redonner du sens au travail des secrétaires, de donner envie de transmettre ses connaissances et compétences à travers la désignation de référents, de créer un environnement serein dans le service et de fidéliser les futurs professionnels.

#### 1.2.3. Points de vigilance

Par ailleurs, le Lean management est une démarche d'amélioration continue qui se construit et se porte par la gouvernance sur le long terme.

Le déploiement de la démarche Lean à la clinique est porté par la Directrice administrative et financière de l'établissement. Or celle-ci n'a que peu de soutien de la part du comité de direction. L'ensemble des responsables du CODIR ne se sentent, en effet, peu concernés par cette démarche malgré une volonté de les impliquer en leur proposant d'assister aux formations, groupes de travail. Ceci a engendré un retard dans la mise en place de certains projets sur le terrain. Ainsi, il est important de disposer non seulement de l'adhésion mais également de l'implication et motivation des membres du CODIR. C'est avant tout un projet institutionnel.

Par ailleurs, la méthodologie Lean peut paraître lourde, nécessite du temps et de l'énergie pour les acteurs impliqués. Pour autant, il est essentiel de la maintenir dans le temps pour en voir les bénéfices. En effet, il a été observé que si le projet n'est pas poursuivi sur une durée suffisamment importante, il risque d'être élué, envahi par le quotidien chargé des professionnels et à terme de périliter.

Enfin, les porteurs de la démarche Lean doivent être vigilants quant à la participation de tous. En effet, cette démarche est avant tout un travail d'équipe. Ainsi, les responsables des services doivent veiller à ce qu'il n'y ait pas de professionnels isolés, exclus de la démarche. En effet, certaines personnalités et appétences peuvent impacter l'implication de tous et provoquer le découragement et désengagement de certains professionnels.

### **1.3. Le point de vue organisationnel**

Le changement organisationnel s'entend par "un processus conduisant à une transformation, plus ou moins profonde, plus ou moins en adéquation aux intentions des acteurs initiateurs, de règles formelles mais aussi de comportements individuels et/ou collectifs caractérisant le fonctionnement socio-organisationnel". (Foudriat, 2013).

L'adoption du Lean Management au sein des structures de santé étudiées a permis d'analyser des résultats organisationnels visibles rapidement.

#### **1.3.1 Gain de temps et planification des interventions améliorée**

Tout d'abord, la réduction du temps d'attente est indéniablement le résultat le plus visible. A la Clinique Clémentville, la mise en place du portail patient s'est traduite par une réduction du temps d'attente d'environ 10 minutes passant de 32 minutes pour une préadmission non anticipée à 20 minutes en moyenne pour une entrée anticipée.

Ces réductions ont été identifiées grâce à des indicateurs de suivi permettant d'encourager le personnel administratif et les collaborateurs dans la démarche d'optimisation tout en leur donnant des objectifs précis et quantifiés. La transparence à travers la publication d'indicateurs permet de vérifier la « pérennité des changements » (Fortineau et al, 2015) et de crédibiliser la démarche.

Sur le long terme, la réduction d'attente entraîne une fluidification des flux patients et ainsi une meilleure optimisation de l'activité avec une planification du bloc opératoire améliorée.

| Date d'entrée | appel J-1     |                               |                                      |                           | Mouvement HM                   |                                 |                |                  |              |                 |
|---------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------|------------------|--------------|-----------------|
|               |               | patient<br>appairé<br>oui/non | documents<br>transmis<br>par portail | préadmission              | Arrivée service<br>ambulatoire | dossier par<br>la<br>secrétaire | PECH soignante | heure prévue blo | H départ blo | Temps d'attente |
| 22/06/2023    | 07h15         | oui                           | non                                  | Anticipée                 | 07:06:00                       | 07:12:00                        | 07:15:00       | 08h00            | 7h50         | 00:09:00        |
| 22/06/2023    | 11h00         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 10:36                          | 10:56                           | 11:05          | 11h50            | 11h28        | 00:29:00        |
| 19/06/2023    | non renseigné | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 09:15                          | 09:20                           | 09:37          | 10h30            | 10h15        | 00:22:00        |
| 19/06/2023    | 11h00         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 10:51                          | 11:01                           | 11:13          | 11h45            | 11h35        | 00:22:00        |
| 19/06/2023    | non renseigné | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 12:38                          | 12:49                           | 13:05          | 13h40            | 13h27        | 00:27:00        |
| 23/06/2023    | 12h15         | oui                           | non                                  | Non anticipée             | 13:34                          | 13:52                           | 14:02          | 14h00            | 14h05        | 00:28:00        |
| 23/06/2023    | 13h00         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 14:08                          | 14:28                           | 14:34          | 15h00            | 14h50        | 00:26:00        |
| 23/06/2023    | 13h15         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 14:20                          | 14:32                           | 14:40          | 15h10            | 15h00        | 00:20:00        |
| 23/06/2023    | 13h45         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 14:00                          | 14:20                           | 14:40          | 15h00            | 14h55        | 00:40:00        |
| 23/06/2023    | 14h15         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 08:04                          | 08:14                           | 08:20          | 9h00             | 8h40         | 00:16:00        |
| 23/06/2023    | 14h45         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 09:12                          | 09:32                           | 09:40          | 10h00            | 10h00        | 00:28:00        |
| 22/06/2023    | 09h00         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 08:45                          | 09:00                           | 09:03          | 09h50            | 09h34        | 00:18:00        |
| 22/06/2023    | 11h30         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 11:09                          | 11:16                           | 11:22          | 12h30            | 12h06        | 00:13:00        |
| 22/06/2023    | 12h00         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 12:48                          | 13:05                           | 13:12          | 15h00            | 13h58        | 00:24:00        |
| 22/06/2023    | 12h30         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 12:23                          | 12:33                           | 12:38          | 13h30            | 13h16        | 00:19:00        |
| 21/06/2023    | 07h15         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 07:20                          | 07:29                           | 07:45          | 8h10             | 08h02        | 00:25:00        |
| 21/06/2023    | 08h00         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 07:30                          | 07:58                           | 08:08          | 9h00             | 08h32        | 00:38:00        |
| 21/06/2023    | 09h30         | oui                           | non                                  | Anticipée                 | 08:45                          | 09:07                           | 09:13          | 09h30            | 9h20         | 00:28:00        |
| 21/06/2023    | 10h00         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 08:47                          | 08:59                           | 09:15          | 10h00            | 9h30         | 00:28:00        |
| 16/06/2023    | 12h15         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 11:42                          | 11:54                           | 12:09          | 13h30            | 13h10        | 00:27:00        |
| 16/06/2023    | 13h00         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 12:15                          | 12:59                           | 13:04          | 14h45            | 14h39        | 00:49:00        |
| 16/06/2023    | 13h30         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 12:43                          | 12:58                           | 12:56          | 14h00            | 13h57        | 00:13:00        |
| 12/06/2023    | 09h30         | oui                           | non                                  | Non anticipée             | 09:15                          | 09:59                           | 10:07          | 11h00            | 10h39        | 00:52:00        |
| 12/06/2023    | 07h15         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 06:45                          | 06:50                           | 06:58          | 7h15             | 07h10        | 00:13:00        |
| 12/06/2023    | 08h30         | non                           | non                                  | Non anticipée             | 08:27                          | 08:48                           | 08:52          | 9h30             | 09h16        | 00:25:00        |
| 12/06/2023    | 09h30         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 10:06                          | 10:16                           | 10:22          | 10h45            | 10h27        | 00:16:00        |
| 12/06/2023    | 10h00         | oui                           | oui                                  | Anticipée                 | 10:33                          | 10:45                           | 11:02          | 11h30            | 11h26        | 00:29:00        |
|               |               |                               |                                      | Admission anticipée :     |                                | 00:20:08                        |                |                  |              |                 |
|               |               |                               |                                      | Admission non anticipée : |                                | 00:32:00                        |                |                  |              |                 |

Figure n°22 : “Audit temps d’attente en service ambulatoire” (Clinique Clémentville, 2023)

Concernant la Clinique Mutualiste de l’Estuaire, la réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs a également été source d’un gain de temps non négligeable.

Les secrétaires et médecins gagnent un certain temps dans la consultation des examens et la préparation des dossiers médicaux grâce à la mise en place d’un outil numérique consultable par les professionnels concernés. La pertinence de l’organisation mise en place est à l’origine d’un gain du temps estimé en moyenne à 10 minutes.

Par ailleurs, le suivi régulier de l’indicateur de mesure du temps d’attente aux bureaux des admissions permet d’ajuster rapidement les ressources nécessaires selon les flux. Ceci facilite l’organisation des secrétaires qui assure une meilleure prise en charge du patient.

Enfin, la réorganisation physique des secrétariats et notamment ceux d’urologie et de gastro-entérologie a permis de réduire considérablement le temps d’attente téléphonique des patients souhaitant joindre l’établissement. En effet, pour le secrétariat d’urologie, 70 appels par jour étaient répertoriés avec 40 abandons constatés en 2022. Aujourd’hui, seuls 8 abandons sur 67 appels ont été relevés.

### 1.3.2 Ergonomie des postes de travail des professionnels

Selon un article publié le 11 septembre 2017, la HAS (2017) définit la qualité de vie au travail comme “l’ensemble des actions permettant de concilier l’amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé”. L’ergonomie des postes de travail joue un rôle essentiel dans le développement de la qualité de vie au travail.

En effet, la réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs a entraîné des résultats visibles rapidement d’un point de vue ergonomique (physique et mental) à travers la suppression de gestes répétitifs et sans valeur ajoutée.

Ceci se caractérise par des changements de bureau, l’acquisition de nouveaux matériels (scanner, imprimantes...), la réorganisation des locaux ou encore l’utilisation d’un logiciel unique. Ces actions, faciles à mettre en œuvre apportent satisfaction, améliorent les conditions de travail et favorisent une meilleure implication du personnel de façon générale.

### 1.3.3. Disposer de parcours patient fluides et correctement identifiés

Pour répondre aux problématiques rencontrées par les différents secrétariats à l’accueil central et sur le plateau de consultations, la clinique mutualiste a révisé et amélioré la signalétique en installant des totems informatifs, en prolongeant les “pas” au sol permettant aux patients de se situer plus facilement dans l’espace ou encore en inscrivant de manière lisible le nom des spécialités sur les banques d’accueil des secrétariats.

Après plusieurs semaines d’expérimentation, l’ensemble des secrétaires évoquent une diminution du nombre de patients égarés. Cela engendre une meilleure satisfaction des secrétaires et des patients (gain de temps, réduction du stress et de l’anxiété).

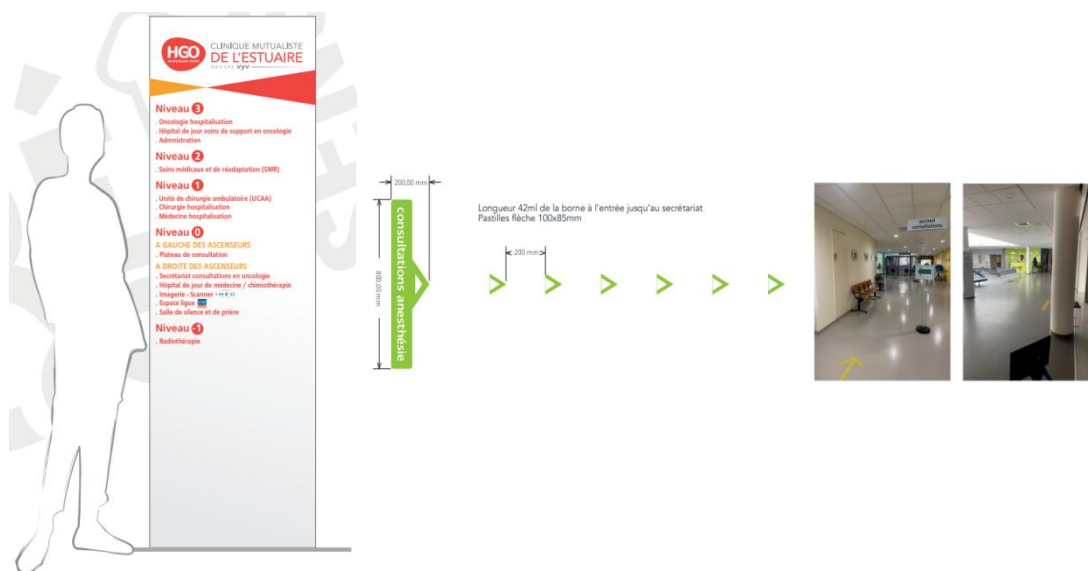


Figure n°23 : “Maquettes signalétique” (Clinique Mutualiste de l’Estuaire, 2023)

#### 1.3.4. Répondre aux enjeux sociétaux actuels à travers la protection de l’environnement

La pertinence et l’optimisation des processus à travers l’outil informatique permettent dans chacun des établissements étudiés :

- De réaliser une économie considérable de papier
- D’ancrer sa démarche RSE en fidélisant ses talents (65% des jeunes seraient prêts à renoncer à un poste si l’entreprise ne prend pas suffisamment en compte les enjeux environnementaux (AEF, 2022))
- De répondre aux critères impératifs de la certification
- De sécuriser la prise en charge des patients

#### 1.3.5 Harmonisation des pratiques et réponses aux réglementations

De par la réorganisation des secrétariats, les équipes suivent de manière quotidienne un certain nombre d’indicateurs et notamment ceux relatifs à la frappe de courriers. Ceci a permis de réévaluer et de réajuster les ressources en fonction des besoins identifiés.

Aujourd’hui, après la mise en place de la nouvelle organisation, une nette amélioration est notable avec des résultats positifs. En effet, avant la nouvelle organisation, le secrétariat

d'oncologie et de radiothérapie comptait plus de 600 frappes de courriers en attente. Depuis quelques semaines, il ne reste que moins d'une centaine de courriers à frapper.

La nouvelle organisation mise en place porte ses fruits, satisfait les médecins et répond aux obligations réglementaires.

#### 1.3.6 Sécurisation et qualité de la prise en charge

L'adoption de méthodes d'optimisation de la performance ont permis de constater des résultats notables en termes de prise en charge du patient.

Tout d'abord, la structuration des parcours de soins et l'anticipation de la préadmission ont entraîné un renforcement et une sécurisation de l'identitovigilance. Les secrétaires valident les documents administratifs au préalable diminuant ainsi les erreurs liées à la précipitation.

Par ailleurs, une information claire délivrée au patient a permis de réduire considérablement le taux de réadmission (moins 12% en 1 an et demi). Les consignes post opératoires étant accessibles facilement, le patient applique davantage les consignes données favorisant un meilleur rétablissement.

Enfin, il a été noté une nette amélioration de la relation secrétaire – patient. En effet, grâce aux nouvelles organisations, il a été constaté une baisse sensible de l'anxiété. Les professionnels sont moins pollués par des actions inutiles et répétitives leur permettant d'être plus disponibles pour les patients et favorisant ainsi la qualité de leur prise en charge.

#### 1.3.7 Des structures à deux vitesses

Suite à la mise en place de ces méthodologies, les établissements connaissent deux dynamiques distinctes au sein de leur structure. En effet, lors de l'initiation à la démarche Lean, il est conseillé de débiter par le service le plus approprié et apte aux changements que l'établissement souhaite opérer. De ce fait, l'ensemble des services de l'établissement ne sont pas concernés pouvant provoquer des discordances, questionnements, et décalages importants au sein des équipes et services.

#### **1.4. Le point de vue financier**

Être performant c'est également permettre à l'établissement de générer des gains financiers directs ou indirects.

En effet, la suppression des gaspillages dans les établissements permet une meilleure allocation des ressources sur les postes à l'origine d'une performance organisationnelle supérieure (par exemple la facturation), d'une meilleure qualité de vie au travail mais également de gains financiers.

Ces résultats et gains sont mis en évidence par le suivi quotidien de l'activité de l'établissement à travers différents indicateurs.

Dans le cadre du portail patient informatisé, il est pertinent d'identifier le taux d'appairage des patients en ambulatoire. Les patients appairés et autonomes sur l'application permettent aux secrétaires de consacrer du temps aux patients n'étant pas familier avec le numérique ou de consacrer davantage de temps sur des activités à valeur ajoutée. Certaines ressources ont par exemple été allouées sur le service de facturation en manque de personnel à ce jour. L'augmentation du taux d'appairage favorise également une fluidification de la file active, une préadmission anticipée le jour de son intervention, une facturation plus efficiente entraînant une prise en charge rapide de l'assurance maladie complémentaire sans avance de frais du patient. Les résultats sont donc multiples.

« J'effectue un suivi régulier du taux de complétude du dossier du patient. C'est le fil rouge de mes décisions et ce taux appuie les actions. » précise la responsable administrative.



**Figure n°24** : “Modélisation de l’ajustement des effectifs” (Clinique Clémentville, 2023)

|                                               | déc-22 | janv-23 | févr-23 | mars-23 | avr-23 | mai-23 |
|-----------------------------------------------|--------|---------|---------|---------|--------|--------|
| Nombre de patients suivis                     | 34     | 44      | 98      | 429     | 729    | 721    |
| Pourcentage de patients appairés              | 73,50% | 72,70%  | 55,10%  | 53,40%  | 46%    | 42,30% |
| Pourcentage de non appairés                   | 26,50% | 27,30%  | 44,90%  | 46,60%  | 54%    | 57,6%  |
| → Dont patients sans mail mais avec téléphone | 12%    | 4,50%   | 10,20%  | 12,10%  | 17%    | 20,80% |
| → Dont patients avec mail mais sans téléphone | 0%     | 0%      | 2%      | 0%      | 0,14%  | 0,14%  |
| → Dont patients avec mail et avec téléphone   | 14,70% | 22,30%  | 33,70%  | 34,50%  | 36,50% | 34,70% |
| → Dont patients sans mail et sans             | 0%     | 0%      | 1%      | 0%      | 0%     | 2,30%  |

Figure n°25 : “Tableau d’indicateurs Portail Patient” (Clinique Clémentville, 2023)

Le nombre de patients ayant la possibilité de réaliser leur préadmission en ligne a nettement augmenté ces six derniers mois du fait du développement de la plateforme. Le tableau ci-dessous montre que 721 patients sont éligibles à l’utilisation du portail patient en mai 2023 contre 34 en décembre 202.

De plus, malgré une diminution de la part des patients effectivement appairés, ce sont 42% des patients concernés qui réalisent leur préadmission de manière numérique en mai 2023. Ainsi, cela représente une diminution de la charge de travail des secrétaires qui, à ce jour, est très peu perceptible du fait de l’appropriation du logiciel. Pour autant, ces changements d’organisation continuent de montrer leurs bénéfices, ils constitueront probablement un gain financier sur le long terme.

Il est important de noter que la mise en place du portail n’est pas la seule variable de réussite de ce projet, l’utilisation de l’application par les patients constitue l’enjeu principal.

Enfin, il est nécessaire d’être attentif aux vigilances identifiées dans les tableaux d’indicateurs. Ils permettent de pérenniser la démarche et constituent un garde-fou quant aux volontés parfois divergentes des acteurs de l’établissement.

Concernant la Clinique Mutualiste de l’Estuaire, la mise en place de la démarche Lean engendre un coût pour l’établissement : intervention d’un cabinet de consulting, dépenses effectuées pour l’amélioration de la signalétique. L’établissement considère ses dépenses

comme étant utiles. Celles-ci ne seront pas nécessairement rentabilisées à court terme. Pour autant, les effets seront très certainement visibles à plus long terme.

## **II. Confrontation entre cadre théorique et mise en oeuvre**

A l'issue des projets menés dans le cadre de la recherche, certaines hypothèses formulées dans la revue de littérature peuvent être confirmées ou au contraire, nuancées.

### **2.1. Le changement culturel**

Tout d'abord, l'expérience vécue dans les deux établissements s'accorde pour préciser que la résistance aux changements existe et peut constituer un frein à la bonne adhésion et au bon déroulement des projets. Pour se faire, et comme indiqué dans la revue, il est indispensable de mettre en adéquation les valeurs de l'établissement avec le projet initié. La culture de la structure doit vivre à travers le projet. Dans le cadre des établissements étudiés, les valeurs mutualistes et d'expertise médicale ont pu soutenir la vision du projet sur le moyen terme.

La résistance au changement, elle, est incontournable. Elle est grandement influencée par la situation d'instabilité que connaît le secteur depuis ces dernières années. Il a été analysé que ces résistances peuvent compromettre l'ensemble d'un projet car l'effet de groupe est très présent dans la communauté administrative.

Concernant l'hypothèse de développement d'une culture du changement, il est apparu nécessaire de la cultiver à travers un management de proximité comme indiqué par les chercheurs. La position de contrôle du manager se transforme progressivement en soutien collaboratif. Il a été analysé l'importance fondamentale de positionner la secrétaire administrative comme experte dans son poste. L'adhésion au changement s'effectue vers un bouleversement des relations managériales. Au sein des établissements étudiés, les décisions prises unilatéralement ont connu un accueil défavorable. Il a été mis en évidence que les décisions pertinentes en termes de développement mais soumises unilatéralement sont peu performantes. Néanmoins, la culture du changement ne dépend pas seulement du mode de management mais également du climat social de l'établissement et de l'environnement de travail.

## **2.2. Une philosophie portée par la gouvernance**

L'utilisation du management transversal préconisé par les chercheurs est indéniablement nécessaire. La gouvernance se doit de superviser les projets de manière pluridisciplinaire et transversale.

Cependant, les résultats sur le terrain démontrent qu'il est parfois difficile pour la gouvernance d'établir un management de parcours plutôt qu'un management cloisonné par service. Cela s'explique notamment par le manque de maturité de la philosophie à ce jour.

L'utilisation du « Gemba » (signifiant se rendre sur le terrain) a démontré des résultats positifs. La présence de la gouvernance sur le terrain s'avère bénéfique pour les deux parties : pour la gouvernance d'apporter un soutien et une présence au personnel en agissant en tant que mentor mais également pour le personnel de se sentir écouté et d'exprimer les problématiques quotidiennes de terrain. Les résultats sont toutefois visibles s'il existe un suivi bienveillant. L'accompagnement des groupes de travail a été productif au sein des établissements étudiés. Néanmoins, il est nécessaire de prêter attention aux effets de groupe qui peuvent grandement impacter les prises de décision et mise en œuvre des projets.

En complément, la théorie des petits pas est régulièrement utilisée par les établissements pour progresser rapidement et durablement. Particulièrement appréciée pour sa facilité, elle n'aboutit à des résultats positifs que si les objectifs sont ambitieux mais réalisables. Des travaux d'optimisation en Hôpital de Jour à la Clinique Clémentville ont été compromis du fait d'objectifs trop importants décourageant les équipes et entraînant leur désengagement. En conséquence, les gouvernances des établissements considèrent la théorie des petits pas comme un moyen pertinent de structurer la démarche d'optimisation et de fonctionner par étapes.

Les chercheurs préconisent également l'implication de la communauté médicale. Néanmoins, il a été analysé que leur implication pouvait être limitée. Les deux gouvernances ont pris la décision de les consulter uniquement dans les décisions impactant leurs activités car les conflits d'intérêts pourraient compromettre ou retarder les projets entrepris.

Ces décisions ne compromettent pas l'utilisation d'une communication descendante périodique à visée générale afin d'informer sur l'avancée du processus et des impacts organisationnels afférents. La communication ascendante à travers l'émergence des idées du terrain n'a été observée seulement si la gouvernance adoptait une position active avec un management de proximité. La nouvelle politique managériale est encore précoce pour que le personnel soit quotidiennement force de proposition.

La pleine implication de la gouvernance préconisée par les professionnels constitue un prérequis à la démarche. La gestion de projet d'optimisation et de performance organisationnelle à travers les outils Lean permettent, en effet, de mobiliser les équipes. Cependant, il a été analysé que la gouvernance du projet doit être convaincue et accompagnatrice. A titre d'illustration, la responsable administrative de la Clinique Clémentville ne visualisait pas clairement les objectifs du portail patient. Ce manque de clarté a impacté l'adhésion du personnel administratif et a constitué un retard à l'apparition de résultats rapides.

Enfin, la formalisation d'un comité de pilotage recommandée par les chercheurs n'a pas été nécessaire dans la mise en place des projets Lean. Les cliniques ont enregistré des résultats satisfaisants sans pour autant que tous les outils Lean soient nécessaires et obligatoires au bon déroulement de la démarche. De ce fait, le comité de pilotage peut présenter des avantages mais ne constitue pas un prérequis indispensable.

### **2.3. Le Lean favorable à la Qualité de Vie au Travail**

Les outils Lean ne semblent être efficaces que si les acteurs sont responsabilisés et autonomes à travers la standardisation de certaines pratiques.

L'expérience vécue dans les établissements permet de préciser que l'affirmation doit être adaptée à chaque individu. Chaque professionnel détient un rapport au travail différent. Certaines secrétaires s'épanouissent davantage lorsqu'elles restent à distance de toutes prises de décisions et responsabilités. Certaines, au contraire, souhaitent faire évoluer leurs pratiques vers un cadre plus autonome. Il est de la responsabilité de la gouvernance d'adapter son management au personnel et d'identifier les secrétaires qui s'épanouiront dans un projet d'optimisation. Le sentiment d'appartenance étant particulièrement fort, le

personnel autonome portera la vision auprès des secrétaires réticentes et sera à même de transformer les problèmes en opportunités.

A titre d'illustration, les secrétaires du service ambulatoire ont permis de faire évoluer le formulaire de préadmission papier suite à l'arrivée du portail patient. Les secrétaires, de façon collégiale, ont demandé la rectification et ont ensuite proposé une nouvelle version. Par ailleurs, la responsable des secrétariats médicaux de la CLME indique un changement d'attitude des secrétaires. "Aujourd'hui, les secrétaires sont force de propositions, des propositions pertinentes et intéressantes". La responsabilisation des acteurs de terrain permet ainsi d'ancrer la démarche de pertinence au sein même des équipes.

Enfin, il a également été analysé que l'optimisation et l'ergonomie des postes de travail ont permis d'améliorer le bien-être du salarié dans la structure. Il s'agit non seulement d'un confort matériel mais également cognitif. Les actions menées ont été source d'amélioration des pratiques du personnel administratif. Outre le gain de temps constaté, ces décisions ont favorisé une diminution de la charge mentale du personnel administratif souvent exposé aux pressions et à l'anxiété des patients.

Néanmoins, il a été observé que le Lean peut s'avérer rapidement une contrainte pour le personnel non formé ou insuffisamment engagé dans la démarche. Ces outils deviennent, en effet, contre-productifs et cristallisent les efforts réalisés si la démarche d'inclusion de la gouvernance n'est pas totalement finalisée. Cela a été confirmé par l'expérience à la Clinique Clémentville où une partie du personnel administratif n'a pas été formée car elle n'était pas totalement concernée par le service ambulatoire. Il en résulte un réel risque contreproductif et une perception d'intensification du travail vis-à-vis du personnel non concerné.

## **2.4 L'appropriation des outils Lean**

L'existence de gaspillages a indiscutablement été identifiée au sein des établissements étudiés. Les plus récurrentes étaient les démarches administratives sans valeurs ajoutées ou la surproduction administrative. Ce constat se confronte aux impératifs réglementaires qui rendent les marges de manœuvre discutables. Les déplacements inutiles, évoqués par les chercheurs ont été également constatés sur le terrain. Ces gaspillages ont un impact direct

sur la qualité de prise en charge des patients et la qualité de vie au travail du personnel. Ainsi, il a été observé un fort engouement du personnel pour la réduction de ce gaspillage et les enjeux ont été clairement intégrés dans les deux établissements.

Pour se faire, la “Value Stream Map”, est un outil largement utilisé qui a démontré de nombreux avantages : clarté de perception des gaspillages, travail collaboratif et implication ludique. Par ailleurs, il a été observé que cet outil peut prendre diverses formes telles que le format papier mais que le format informatique Excel peut également présenter ses avantages d’accessibilité dans le cadre d’une démarche de Groupe.

Le “Gemba”, évoqué précédemment est un outil apprécié des établissements car il permet d’entretenir une visibilité entre les équipes et la gouvernance tout en restant à l’écoute des problématiques. Du point de vue de l’expérience vécue dans les établissements, cet outil est le garant de l’efficacité de la démarche.

Concernant le “Kaizen” et le fait d’apporter des améliorations quotidiennes dans la démarche d’optimisation, il peut être précisé que cet outil n’a été utilisé qu’au sein de la Clinique Mutualiste de l’Estuaire. Les impératifs privés ne permettent pas à la Clinique Clémentville d’adopter une telle rigueur dans la méthodologie. Il en résulte des outils propres à chaque secteur que les établissements doivent appréhender avant d’initier une démarche d’optimisation.

Les outils des “5S” et “5 pourquoi” n’ont pas été déployés au sein de la Clinique Mutualiste de l’Estuaire. Il n’est, à ce jour, pas possible d’en mesurer la pertinence. Ils pourront être utilisés si le projet le nécessite.

Quant au management visuel participatif (MVP), les recherches indiquent que ce serait l’outil le plus utilisé dans la démarche Lean. La Clinique Mutualiste de l’Estuaire a également mis en place ce dispositif. Il s’avère aujourd’hui efficace puisqu’il est utilisé quotidiennement dans l’ensemble des secrétariats de la clinique.

Enfin, il est nécessaire de préciser que l’analyse portée sur les établissements s’accorde sur le fait que ces outils ne peuvent s’appliquer méthodiquement. Il est nécessaire de les adapter au contexte afin de garantir leur efficacité.

## 2.5. Synthèse

A l'issue de l'analyse des différentes méthodologies utilisées dans les deux établissements étudiés, certaines hypothèses de la revue de littérature ont pu être confirmées à travers les pratiques quotidiennes.

Le tableau ci-dessous synthétise la concordance de ces hypothèses avec les pratiques identifiées sur le terrain.

| Procédure                   | Outils                          | Revue de littérature | Entretiens semi-dirigés | Résultats                                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Comprendre l'environnement  | Enquêtes / carte stratégique    |                      | X                       | Identification des besoins des professionnels et patients |
| Impliquer les dirigeants    | Réunions de service             | X                    | X                       | Acceptabilité du projet, crédibilité et soutien           |
|                             | Présence sur le terrain         | X                    | X                       |                                                           |
| Organiser l'équipe projet   | Réunions pluridisciplinaires    | X                    | X                       | Equipe transversale : pluralité des idées                 |
| Comprendre le/les processus | Observation du terrain ( GEMBA) | X                    | X                       | Réalité du terrain ( et non perçu par les équipes)        |
|                             | Cartographie processus          | X                    | X                       | Identification des activités sans valeur ajoutée          |
|                             | Cartographie chaîne             |                      | X                       |                                                           |

|                           |                                       |   |   |                                     |
|---------------------------|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
|                           | de valeur                             |   |   |                                     |
| Mesurer                   | Audit/ Analyse                        | X | X | Données qualitative et quantitative |
| Analyser                  | 5 pourquoi                            | X | X | Identification des causes           |
|                           | Identification des gaspillages (Ohno) | X |   |                                     |
| Améliorer                 | Méthode des 5S                        | X | X | Propositions d'amélioration         |
|                           | Standardisation processus             | X | X |                                     |
|                           | Management visuel de la performance   | X | X |                                     |
| Mettre en place           | Priorisation                          | X | X | Optimisation du parcours            |
|                           | Plan d'action                         |   | X |                                     |
|                           | Parcours test                         |   | X |                                     |
| Accompagner le changement | Formation / mise en pratique          |   | X | Adhésion du processus               |
|                           | Communication                         |   | X |                                     |
| Améliorer en continu      | Management Visuel                     | X | X | Processus optimisé en continu       |
|                           | Théorie des petits pas                | X | X |                                     |

### **III. Recommandations et propositions managériales**

Suite à cette étude, la direction d'un établissement sanitaire dispose de leviers divers et pluriels pour ancrer une démarche d'optimisation des processus et de performance au sein de sa structure.

D'une part, il est nécessaire pour les directions d'appréhender la démarche Lean avec prudence et flexibilité. En effet, les résultats évoqués démontrent que les mises en œuvre opérationnelles des projets diffèrent selon le climat social et le statut des établissements. Se pose donc la question de l'étiquette Lean . Le terme Lean doit être manipulé avec prudence car il peut être perçu négativement par certains professionnels. Il est notamment préconisé d'éviter d'utiliser la terminologie financière : productivité, rendement, gains financiers. Il est conseillé de recourir aux outils les plus appropriés afin de ne pas alourdir la méthodologie suffisamment structurée.

Pour l'équipe projet, il est recommandé d'adopter un management authentique et transformationnel en valorisant les équipes et en s'adaptant aux individualités. Le concept de résilience prend tout son sens lorsque le responsable ou pilote du projet sait accentuer ou freiner le changement selon les équipes concernées par celui-ci.

Les professionnels auront ce sentiment d'appartenance à un projet dès lors qu'ils se sentent sollicités, impliqués, reconnus et soutenus par la gouvernance. Tout ceci doit être organisé dans un cadre bienveillant, avec une équipe d'encadrement qui maintient un élan positif avec une dynamique proactive et des valeurs communes, partagées. Pour ce faire, il est conseillé d'organiser des moments de convivialité pour remercier les équipes du travail fourni.

Il est également important de formaliser par écrit les nouvelles pratiques et organisation, comme la charte des règles de conduite, l'organisation des flux ou parcours patients. En effet, ceci permet d'instaurer un cadre nécessaire pour le bon fonctionnement des organisations et de bénéficier de processus et parcours efficaces et performants. De plus, cela conduit à la réévaluation régulière des pratiques et inscrit l'établissement dans une réelle démarche d'amélioration continue.

Durant tout le projet, il est conseillé de communiquer régulièrement en interne et en externe des avancées de celui-ci. En effet, ceci met en valeur le travail fourni et montre les

résultats et bienfaits concrets. La communication doit être positive, motivante et attractive, axée sur des actions réalisées et challengeantes.

L'ancrage de la démarche Lean dans la durée est accentuée grâce à la participation de professionnels détenant un pouvoir de conviction. Ils diffusent les bienfaits et atouts de la démarche. Ainsi, il est important de s'entourer de professionnels qui prônent la démarche auprès de leurs collègues. Par ailleurs, il serait intéressant d'impliquer les représentants des usagers afin d'évaluer la satisfaction du patient.(expérience patient et qualité de la prise en charge)

Cette étude réalisée sur les services administratifs et fonctions support montrent à ce jour de belles avancées. Ainsi, il est important de stabiliser la démarche dans la durée avant de la déployer sur d'autres secteurs (les services de soins par exemple). Ceci permettra d'harmoniser les pratiques.

Plus globalement, les établissements ont intérêt à s'adapter aux évolutions sociétales. En effet, l'émergence des nouvelles technologies, des pratiques, du numérique est certes un changement parfois difficile à opérer avec des risques parfois importants. Pour autant, ceci amène performance des processus et des activités, satisfaction, bien-être au travail et motivation pour les professionnels.

#### **IV. Limites du Lean Management et de l'étude**

Au cours de cette étude, plusieurs limites ont pu être identifiées. Tout d'abord des limites liées à la méthodologie de recherche et son application mais également des limites intrinsèques du Lean Management dans les établissements dont les gestionnaires doivent avoir connaissance avant d'intégrer une démarche d'optimisation. L'accompagnement par des tiers, la formation préalable des équipes sont donc indispensables à la mise en œuvre d'une telle démarche.

##### **4.1 Limites méthodologiques de l'étude**

Pour cette étude, la méthode de recherche étant basée sur la qualité du discours des personnes interrogées, l'étude peut être confrontée à un échantillon restreint de la population et peut ainsi contenir des biais d'interprétation.

De plus, le manque de pluridisciplinarité des projets d'optimisation initiés dans les établissements ne permet pas d'établir avec certitude des résultats objectifs. Ainsi, il est nécessaire d'analyser le résultat de plusieurs projets similaires avant d'intégrer la démarche méthodologique dans un établissement sous peine de résultats insuffisants.

Les structures étudiées détiennent des statuts différents : un établissement privé à but lucratif et un ESPIC. Cette diversité représente une force de comparabilité pour la recherche. Néanmoins, les modes de fonctionnement et les objectifs poursuivis étant différents, les conclusions retenues peuvent être biaisées dans certains cas.

Enfin, concernant les personnes interrogées, il aurait été pertinent de connaître le ressenti des Directeurs Généraux afin de connaître davantage les motivations connexes (réputation, image de marque...) permettant d'initier ces projets.

#### **4.2 Limites du Lean Management en établissement sanitaire**

Les articles littéraires étudiés ont mis en exergue certaines limites concernant l'application du Lean Management en établissement sanitaire. A la suite des deux mises en pratique, il semble pertinent de réévaluer les limites observées.

En effet, avant le développement des projets, le personnel administratif n'avait pas connaissance du Lean Management. Néanmoins, après s'être documentés, des professionnels ont pu évoquer des ressentis négatifs : obsession de résultats chiffrés, licenciement, performance exacerbée etc... La connotation péjorative associée au Lean peut compromettre son adhésion avant même une application sur le terrain.

##### **4.2.1. La potentielle lourdeur de la méthodologie Lean**

« La démarche est parfois trop lourde, il faut que cela reste concret pour les équipes afin de les inclure rapidement dans la démarche » témoigne la directrice adjointe de la Clinique Clémentville. De plus, d'après la directrice financière et administrative de la Clinique Mutualiste de l'Estuaire “ il faut adapter la méthode selon le niveau d'appropriation du Lean par les équipes et ajuster le rythme de déploiement si nécessaire”

Ici se pose la limite du statut des établissements : les outils Lean ne peuvent être appréhendés de la même manière par un établissement à but lucratif que dans un ESPIC.

La méthodologie peu agile serait mal accueillie par la communauté médicale dans le secteur privé et leur implication ne serait que limitée.

Enfin, le manque de temps et d'accessibilité ne permet pas de diffuser le Lean dans tous les services. Le personnel administratif dispose d'une plage horaire encadrée, il est donc plus accessible de développer des projets avec des secrétaires présentes 4 jours par semaine. La diffusion des méthodes pour le personnel soignant semble complexe et difficile à mettre en œuvre.

Ces limites convergent vers un établissement à deux vitesses où des services détiennent une culture de l'optimisation face à des services dans l'urgence et le manque de temps. L'évolution hétérogène des pratiques peut ainsi créer des conflits et un manque de cohésion d'équipe perturbant ainsi la pérennité du Lean dans l'établissement.

#### 4.2.2. Robotiser le soin

Les spécificités du secteur hospitalier rendent l'application du Lean complexe.

Les outils doivent être utilisés pour faciliter la prise en charge sans que cela ne soit perçu comme un inconvénient pour le patient (stress, procédures supplémentaires, impact sur la qualité des soins...)

La standardisation du soin, lorsque celle-ci est poussée à son maximum peut créer un effet contreproductif par la perte de sens au travail. La crainte du changement et la perte de l'humain au centre des considérations peuvent grandement affecter le personnel et créer un conflit éthique. La méthodologie provenant du milieu industriel peut être perçue comme ayant des connotations péjoratives dans un secteur où l'humain et l'éthos sont essentiels.

Enfin, la limite de ces pratiques réside également dans le fait de garder un volet humain et de ne pas basculer dans une relation digitale qui ferait perdre la pertinence et la portée du projet.

#### 4.2.3. Le manque de clarté des outils

L'implémentation des outils sur le terrain peut manquer de clarté et de compréhension pour les professionnels mais également pour la gouvernance s'ils ne sont pas abordés et expliqués correctement. En effet, les établissements n'ayant pas recours à des aides

extérieures (telles que des consultants) peuvent manquer d'indications et de structure pour déployer cette démarche.

Radnor et al (2012) évoque ainsi “une démarche non pérenne liée à l'approche orientée outil et à un manque d'appropriation au sein du management “. Une démarche qui peut représenter des failles dans un secteur prônant l'humain...

#### 4.2.4. Une culture dont les résultats s'apprécient sur le long terme

L'instabilité des gouvernances ne permet pas de pérenniser la démarche sur le long terme. Les changements de direction peuvent compromettre les résultats et les objectifs peuvent prendre du temps à se diffuser dans les structures. Le manque de recul sur certaines pratiques constitue, en outre, un autre frein occultant les bienfaits éventuels.

#### 4.2.5. Des croyances devant être nuancées

La nécessité d'écouter le terrain et d'établir des projets avec des objectifs raisonnés et raisonnables permettent un développement serein des projets d'optimisation.

Néanmoins, cette réalité doit être nuancée, certains établissements sont ancrés dans la hiérarchie et le changement de paradigme peut être brutal pour le personnel administratif. Il peut être complexe de faire comprendre aux salariés leur nouvelle liberté quant à la prise de décision.

Par ailleurs, la méthodologie de Lean Management peut présenter des effets opposés aux souhaits ou idées émises par les équipes terrain. En effet, la vision du terrain peut dans certaines situations être opposée aux objectifs d'optimisation attendus par la direction. Toute la difficulté réside alors dans la conduite du changement pour aider les équipes à se remettre en question, à adopter de nouvelles pratiques. La confrontation des idées par l'échange et l'écoute est importante, comme prendre conseil auprès de professionnels d'une structure extérieure par exemple. Il est nécessaire de confirmer le bien-fondé de ces remarques et prendre du recul afin de ne pas être confronté à un biais cognitif.

## **V. Intérêt professionnel et personnel de l'étude**

D'un point de vue professionnel, ce mémoire nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances théoriques et pratiques sur le management de projet et les questions actuelles de pertinence et d'optimisation de processus et plus particulièrement sur la méthodologie "Lean Management"

Outre le fait de confronter nos hypothèses aux réalités du terrain, ce mémoire nous a permis d'acquérir une méthodologie de recherche et de mise en œuvre de projet, de prendre des décisions collégialement et d'intégrer une gestion du temps appropriée.

Des capacités de patience, de persévérance et d'adaptation ont également pu être développées. Ce travail étant le fruit d'une réflexion collaborative, nous avons dû apprendre à travailler ensemble à distance, confronter nos idées et nos expériences parfois opposées. Nous avons ainsi appris que les réflexions différentes contribuaient grandement au développement d'idées constructives.

Par ailleurs, au-delà de l'aspect théorique, ce mémoire nous a permis de s'intégrer pleinement dans les enjeux des établissements, de rencontrer des professionnels expérimentés et de renforcer notre appétence pour les métiers de direction.

Sur le plan personnel, travailler et réaliser cette étude a été un réel plaisir. Pleinement intégrées dans la mise en place de ces projets, c'était pour nous une opportunité intéressante de mener une étude sur une thématique encore peu développée au sein des fonctions support des établissements de santé. Nous estimons que les problématiques d'optimisation de parcours et de performance sont des sujets actuels. La gestion de projet, dans les dynamiques actuelles, constitue un vrai défi.

## **CONCLUSION**

Pour conclure, l'utilisation du Lean Management dans les établissements étudiés s'intègre pleinement dans le contexte de reprise d'activité que connaît le secteur à la suite de la pandémie COVID 19. L'approche par l'optimisation des processus d'activité permet une rationalisation des modes de gestion et constitue un levier de développement et de reconnaissance pour les établissements. Cependant, l'approche Lean ne peut s'exercer au dépend des impératifs réglementaires dont sont tenus les établissements comme la traçabilité ou l'identitovigilance.

La vision multidimensionnelle de la performance organisationnelle permet aux établissements de prioriser et de hiérarchiser les projets selon la stratégie globale de la structure. Il sera de la responsabilité de la gouvernance de porter l'approche du Lean Management en fonction des valeurs et de la culture managériale de l'établissement.

D'un point de vue managérial, les expériences vécues montrent que la démarche du Lean Management doit s'inscrire dans une approche de conduite du changement global en tenant compte des spécificités de l'établissement, du climat social, de son statut, de l'implication de la CME... mais également en tenant compte des rapports humains très présent dans le secteur sanitaire et son rapport à la vulnérabilité.

Le Lean Management, pour être efficace, implique aux équipes un changement culturel pour évoluer vers une logique de pertinence des processus et de performance. Pour mettre en place ce changement, il est nécessaire de travailler sur la responsabilisation des professionnels, le développement des compétences individuelles et collectives, valoriser et reconnaître le travail en équipe pour satisfaire et créer un état de bien-être au travail.

Par ailleurs, il est crucial pour la gouvernance d'accompagner individuellement et collectivement l'ensemble des équipes afin de montrer l'intérêt à la fois technologique, organisationnel de s'inscrire dans une démarche de Lean management.

D'un point de vue méthodologique, il n'y a pas d'approche "type". Chaque établissement doit trouver la façon et les outils les plus appropriés pour répondre aux objectifs qu'il s'est fixés. Le Lean Management apporte structure et méthode. Les premiers résultats perceptibles à moyen terme sont dans l'ensemble positifs (gain de temps, suppression du

glissement de tâches..) mais ne pourront se confirmer sur le long terme qu'avec le maintien d'une démarche d'amélioration continue.

Pour aller plus loin, ne serait-il pas pertinent d'intégrer l'approche du Lean Management au sein même des orientations stratégiques des groupes de santé ou établissements ? En effet, cette approche englobe et touche un grand nombre de dimensions comme la culture d'entreprise, le type de management, l'organisation générale, la standardisation des processus, l'implication du personnel, le gain de performance économique... Ainsi, le Lean Management ne peut-il pas devenir le système d'amélioration continue des établissements de santé ?

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Articles :**

AKMAL A. et al. (2020). Lean thinking in healthcare: findings from a systematic literature network and bibliometric analysis. *Health Policy*, 124, 615-627.

ANDREAMATTEO L. et al. (2015). Lean in Healthcare: a comprehensive review. *Health Policy*, 3-27.

BADETS P. et al. (2015). Kaizen en contexte Lean : la santé des opérateurs mise à mal. *Projectics*, 30, 11-22.

BICHESCU B. et al. (2019). Supply chain information governance : toward a conceptual framework. *The International Journal of Logistics Management*, 30, 506-526.

BRUNELLE Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *Pratiques et organisation des soins*, 40, 39-48.

BURGESS N. et RADNOR Z. (2013). Evaluating Lean in Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26, 220-235.

CHATAIN C. et al. (2020). Le Lean management et la satisfaction au travail à l'hôpital : étude dans un centre hospitalo-universitaire français. *Journal de Gestion et d'économie de la santé*, 1, 37-57.

CREMA M. et VERBANO C. (2021). Simulation modelling and Lean Management in healthcare : first evidences and research agenda. *Total Quality Management*, 32, 448-466.

DE SOUZA L. et PIDD M. (2011). Exploring the barriers to Lean health care implementation. *Public Money and Management*, 31, 59-66.

DUBE I. (2017). L'ère des leaders modernes est arrivée. *La presse*, 1.

ERIKSSON H. et al. (2006). Similarities and differences between TQM, six sigma and Lean. *The TQM Journal*, 18, 282-296.

- FOROPON C. et LANDRY S. (2014). Le déploiement du Lean à l'hôpital Saint-Boniface : l'importance du leadership transformationnel. *Gestion*, 39, 107-115.
- FORTINEAU et al. (2015). Analyse des potentialités et des limites du Lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière. *Qualita*, 1-9.
- GODINHO M. et BARCO C. (2015). A framework for choosing among different Lean-based improvement programs. *The international Journal of Advanced Manufacturing Technology*, 81, 183-197.
- GREVIN A. (2012). Quand la performance pilote le management : les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de Gestion et d'Economie Médicale*, 30, 469-490.
- HASLE P. (2014). Lean production : an evaluation of the possibilities for an employee supportive Lean practice. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 24, 40-53.
- HENRIQUE D. et al. (2021). A framework to assess sustaining continuous improvement in Lean healthcare. *International Journal of Production Research*, 2886-2903.
- HINES P. et al. (2006). Towards Lean product lifecycle management. *Journal of manufacturing technology management*, 17, 866-887.
- KAHN R. et al. (1964). Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. *American Sociological Review*, 30, 620-665.
- KASTRUP V. (2019). Le fonctionnement de l'attente dans le travail du cartographe. *Multitudes*, 75, 125-134.
- KINDER T. et BURGOYNE T. (2013). Information Processing and the Challenges Facing Lean Healthcare. *Financial Accountability and Management*, 29, 271-290.
- KRAFCIK J. (1988). Triumph of the Lean Production System. *Sloan Management Review*, 42-52.
- MAHMOUD Z. et HALGAND A. (2018). L'industrialisation des blocs opératoires : Lean Management et réification. *Management et Avenir Santé*, 3.

- MAZZOCATO P. et al. (2018). System-wide Lean implementation in health care : a multiple case study. *Health Services Management Research*, 31, 156-159.
- ORAZI D. et al. (2013). Le leadership du secteur public : nouvelles perspectives pour la recherche et la pratique. *Revue Internationale des sciences administratives*, 79, 521-541.
- PAPADOPOULOS T. (2012). Continuous innovation through Lean thinking in healthcare: the role of dynamic actor associations. *International Journal of Technology Management*, 60, 267-275.
- POKSINSKA B. et al. (2013). The daily work of Lean leaders : lessons from manufacturing and healthcare. *Total Quality Management*, 887-897.
- RADNOR Z. et al. (2012). Lean in healthcare : the unfilled promise ?. *Social Science and Medicine*. 74, 364-371.
- ROBINSON S. et al. (2012). SimLean : Utilising simulation in the implementation of Lean in healthcare. *European Journal of Operational Research*, 219, 188-197.
- ROEMELING O. et al. (2017). Impact of Lean interventions on time buffer reduction in a hospital setting. *International Journal of Production Research*, 55, 4802-4815.
- SAVAGE C. et al. (2010). Lean Thinking in Health care : a realist review of the literature. *Quality and Safety in Healthcare*, 19, 376-382.
- SETIJONO D. et al. (2010). Decision support system and the adoption of Lean in a swedish emergency ward balancing supply and demand towards improved value stream. *International Journal of Lean Six Sigma*, 1, 15.
- SUGIMORI Y. et al. (1977). Toyota production system and Kanban system materialization of just-in-time and respect-for-human system. *International Journal of Production research*, 15, 553-564.
- VAN ELP B. et al. (2021). Lean leadership: towards continuous improvement capability in healthcare. *Health Services Management Research*, 1-9.
- WOMACK et al. (1990). The machine that changed the world. *International Journal of Human Factors in Manufacturing*, 4-3, 341-343.

### **Ouvrages :**

- BALLE M. et BEAUVALLET G. (2020). *Le Management Lean*. Eds Pearson, Paris, Collection Village Mondial.
- BOUVILLE G. et TREMPE C. (2015). *La mise en place du Lean management : un bouleversement de l'univers hospitalier ?* Eds Dunod, Paris, Collection Guides Santé Social.
- CASH R. et KERVASDOUE J. (2018) *La coûteuse inégalité des soins*. Eds Economica, Paris, Collection Economie de la santé.
- FERMON B. et GRANDJEAN P. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Eds Dunod, Paris, Collection Guides Santé Social.
- FOUDRIAT M. (2013). *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux*. Eds Presses de l'EHESP, Paris, Collection Politiques et interventions sociales.
- LARMAN C. et VODDE B. (2010). *Practices for scaling Lean and agile development*. Eds Addison-Wesley, London.
- MINVIELLE et al. (2018). *Manager une organisation de santé : l'apport des sciences de gestion*. Eds Presses EHESP, Paris, Collection Recherche Santé Social.
- NORTHHOUSE P. (2015). *Leadership: theory and practice*. Eds SAGE, Londres.
- OHNO T. (1988). *Toyota Production System*. Eds Taylor and Francis, New York.
- PICHIERE P. (2015). *La pyramide de Maslow : Comprendre et Classifier les besoins humains*. Eds 50 minutes, Paris.
- WOMACK J. et JONES D. (2009). *Système Lean : Penser l'entreprise au plus juste*. Eds Pearson, Paris, Collection Management en action.

### **Thèses et rapports :**

COLOMBO F. (2017), « *Lutter contre le gaspillage et intégrer les nouvelles technologies* », OCDE.

### **Discours :**

MACRON E. (2020). *Lutte contre l'épidémie de covid-19, l'engagement des personnels soignants et la protection des personnes vulnérables* [Discours à la Sorbonne]. Paris, France.

### **Sites internet :**

Haute Autorité de Santé. (2017). *Qualité de Vie au Travail*. Accessible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail](https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail)

Haute Autorité de Santé. (2018). *Pertinence des soins – Les professionnels en actions*. HAS. Accessible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action#:~:text=Pour%20la%20HAS%2C%20la%20pertinence%2C%20c%E2%80%99est%20donner%20%C2%AB,colloque%20organis%C3%A9%20en%20novembre%20dernier%20par%20la%20HAS.](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974225/fr/pertinence-des-soins-les-professionnels-en-action#:~:text=Pour%20la%20HAS%2C%20la%20pertinence%2C%20c%E2%80%99est%20donner%20%C2%AB,colloque%20organis%C3%A9%20en%20novembre%20dernier%20par%20la%20HAS.)

HospiGrandOuest. (2023). *Clinique Mutualiste de l'Estuaire*. Accessible sur : <https://www.clinique-mutualiste-estuaire.fr/>

AEF (2022). *65 % des jeunes prêts à renoncer à postuler dans une entreprise qui ne prend pas assez en compte l'environnement*. Accessible sur : [65 % des jeunes prêts à renoncer à postuler dans une entreprise qui... \(aefinfo.fr\)](https://www.aefinfo.fr/)

OC SANTE. (2023). *Clinique Clémentville*. Accessible sur : <https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-clementville/>

Revue hospitalière de France. (2015) *Mesurer la performance dans les établissements de demain*. Accessible sur : <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/567/REFLEXIONS-HOSPITALIERES/Mesurer-la-performance-dans-les-etablissements-de-demain>

**Chapitre ou passage d'un ouvrage :**

VAIVRE A. (2017). *Leadership et système de santé : une visée impossible*. Dans: Réinventer le leadership (sous la direction de Yves Le Bihan), Eds EMS, Paris, Collection Académie des Sciences de Management de Paris.

WAELLI M. et DAVID J. (2018). Mettre en œuvre des outils de gestion dans les organisations de santé. Dans : Manager une organisation de santé (sous la direction d'Etienne Minvielle, Karine Gallopel, Jean-Marie Januel), *L'apport des sciences de gestion*, Eds Presses de l'EHESP, Collection Recherche, Santé, Social.

## **ANNEXES**

**Annexe n°1** : Formulaire de consentement à l'entretien

**Annexes n°2 à n°12** : Retranscription des entretiens semi-directifs

**Annexe n°13** : Exemple A3 projet réorganisation des secrétariats - Clinique Mutualiste de l'Estuaire

**Annexe n°14** : Modélisation du Parcours Patient - Clinique Clémentville

## Annexe n°1 : Consentement à l'entretien



### Fiche de consentement

Dans le cadre du Master 2 Management de Organisations de Santé, les étudiants doivent recueillir des informations relatives à leur projet d'étude.

Vous trouverez ci-dessous un **formulaire de consentement libre et éclairé pour la participation à l'étude**. La participation à l'étude n'est pas obligatoire mais votre participation sera utile pour recueillir des informations nécessaires à la recherche.

#### **ENGAGEMENT DES ETUDIANTS :**

FRERET Jeanne et JOUVE-VLLARD Thais, s'engagent à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

#### **CONSENTEMENT DU PARTICIPANT :**

Je, \_\_\_\_\_, |  
Confirme avoir été informé, au sujet du projet relatif à l'application du Lean Management au sein des établissements sanitaires.

J'ai bien compris les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer à tout moment, sans avoir à me justifier, ni encourir aucune responsabilité.

Au cours de cette étude, j'accepte que soient recueillies des données. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'accepte que les données recueillies et/ou enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif par les membres du groupe de recherche. Les résultats statistiques de la recherche me seront communiqués à ma demande.

#### **J'ACCEPTÉ DONC LIBREMENT DE PARTICIPER A CETTE RECHERCHE :**

| <b>Participant(e) :</b> | <b>Etudiant :</b>                             |
|-------------------------|-----------------------------------------------|
| Nom :                   | Noms :<br>FRERET Jeanne – JOUVE-VILLARD Thais |
| Date :                  | Date :                                        |
| Signature :             | Signatures :                                  |

## **Annexe n°2 : Retranscription de l'entretien de Madame C.**

### **Eléments généraux**

- Etablissement : Clinique Clémentville
- Fonction(s) occupée(s) : Directrice
- Noms et ancienneté dans l'établissement : C., 4 ans d'ancienneté.

### **• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Thaïs : Selon vous, qu'est-ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

C : Pour moi, la performance au sein d'un établissement de santé c'est 3 choses : la qualité des soins, l'équilibre économique et des conditions de travail correctes pour les professionnels

**Thaïs : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

C: Je dirai 8.

### **• La méthodologie du « Lean Management »**

**Thaïs : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

C : Oui

**Thaïs : Si oui, comment pouvez-vous la définir ?**

**Définition : Une activité Lean est une activité débarrassée d'un maximum d'opérations inutiles (dépendance ajoutée) qui peuvent alourdir et rendre moins performante une organisation : les patients ne reçoivent pas les bons soins, les résultats peuvent être obtenus en dépensant moins, trop de ressources sont détournées de la production de soins....**

C : C'est une méthode de management basée sur les remontées de terrain avec la conviction que ce sont les utilisateurs qui sont les plus pertinents sur la chasse aux gaspillages et sur la théorie des petits pas.

**Thaïs : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

C : Oui : la théorie des petits pas est régulièrement utilisée car j'ai la conviction que les projets émergent par petites touches.

**Thaïs : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé ?**

L'application du lean pourrait être utile lorsque nous effectuons la chasse au gaspillage : sur la mise en place du réassort de la pharmacie en médecine. Nous avons essayé de travailler avec les professionnels de terrain. Pour ce projet, il s'agit de la responsable du service ainsi qu'une IDE qui ont déployé cette méthode de gestion des stocks.

**Thaïs : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

Je dirai 5 car il est nécessaire de garder en tête la pertinence de ces idées. Cependant, il ne faut pas en faire un outil dogmatique.

**Thaïs : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

- Fluidification des flux patients OUI
- Fluidification de l'information OUI
- Réduction du temps d'attente OUI
- Sécurisation de la prise en charge
- Amélioration de la qualité de vie au travail OUI
- Autres ...

**Thaïs : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

C : Au sein de la Clinique, il n'y a pas d'application concrète du Lean Management car la méthodologie est très lourde. Cependant, nous nous inspirons de l'état d'esprit très fréquemment avec la nécessité d'écouter le terrain et d'établir les projets étape par étape avec des objectifs raisonnés et raisonnables.

**• Pilotage de la démarche : leadership**

**Thaïs : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

C: Le leadership impacte indéniablement la performance, il est crucial d'avoir des responsables qui aient une posture de leader, ils doivent insuffler une vision à travers leurs équipes

- La direction de l'établissement : 8
- La communauté médicale : 5
- La commission sociale et économique (CSE) : non concerné
- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 6

**Thaïs : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

C: Je dirai 9/10.

**Thaïs : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

Non pas de comité dédié car le Lean n'est pas mis en place dans l'établissement.

**Thaïs : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

C: Nous pouvons prendre l'exemple de l'optimisation du parcours en chimiothérapie. Nous avons connu une augmentation du nombre de chimiothérapies en moyenne quotidiennes qui nous a obligé à mener une réflexion sur les flux saturés.

Notre premier diagnostic porte sur les temps d'attente afin d'identifier les étapes problématiques du parcours. Cet audit a été réalisé sur plusieurs jours et cela nous a permis d'identifier les temps d'attente de chaque étape et de concentrer nos efforts sur les axes à améliorer en priorité.

Le premier axe de réflexion porte sur la constitution des poches de chimiothérapies et l'optimisation de celles-ci. Cependant, nous faisons face à une grande réticence de la part des salariés. Les équipes voient dans leurs habitudes une forme de sécurité.

Le Lean est une méthodologie peu agile. De plus, elle comporte certaines limites : est ce qu'il s'agit toujours des personnes du terrain qui détiennent les meilleures idées ? Parfois les secrétaires sont ancrées dans leurs habitudes et elles n'apportent pas toujours un œil neuf sur le sujet. Il est parfois plus pertinent de demander l'avis de personnes extérieures ou d'autres services.

Néanmoins, la théorie des petits pas reste très intéressante. Mises bout à bout, les actions, mêmes infimes peuvent faire gagner du temps. Dans la réorganisation d'un parcours, il n'y a souvent peu d'action phare mais plutôt des actions simples et efficaces qui vont soulager les équipes. Par ailleurs, cela permet parfois de déplacer le standard de ce qui est faisable ou non par les équipes. En évoluant par étapes successives, nous avons réussi aujourd'hui à augmenter notre passage de 74 à 100 par jour tout en étant fluide. Avant, cela semblait impensable pour les équipes (tant soignantes que administratives).

Souvent, les ressources organisationnelles sont plus efficaces que les dispositions architecturales. Par exemple : Modifier les horaires de pause des professionnels, Sensibiliser les professionnels à diffuser les actes tout au long de la journée plutôt que sur 5 heures. Anticiper certains actes afin de préparer les dispositifs en amont : standardisation des pratiques. Cela permet sécurité et qualité.

- **Diagnostic**

**Thais : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

C: Les éléments déclencheurs sont récurrents : insatisfaction patient, impact QVT secrétaires.

- **Indicateurs de suivi**

**Thais : Quels indicateurs sont déjà suivis au sein de votre établissement en matière de performance ?  
Selon quelle régularité ? Comment ont-ils été élaborés ?**

C: En matière de performance, il est pertinent de suivre le nombre de patients admis mais également le climat social. La performance ne peut s'apprécier qu'à travers un facteur, elle est multidimensionnelle.

### **Annexe n°3 : Retranscription de l'entretien de Madame D.**

#### **Eléments généraux**

- Etablissement : Clinique Clémentville
- Fonction(s) occupée(s) : Adjointe de direction
- Noms et ancienneté dans l'établissement : D, 3 ans d'ancienneté.

#### **• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Thais : Selon vous, qu'est-ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

D : Pour moi, la performance au sein de l'établissement signifie la recherche d'efficience, que ce soit en service soins et en services transversaux et administratifs. L'efficience repose sur la recherche d'une qualité de soins ou la réalisation de postes de travail avec les moyens matériels justement adaptés « ni de trop ni pas assez ». Si les ressources ne sont pas efficacement allouées, cela crée de la sous performance ou des besoins inutiles. La qualité et la sécurité des soins est une obligation.

L'optimisation du matériel et le calibrage des ressources humaines et au vu du contexte dans lequel se trouvent les établissements de santé : le climat social de travail de façon très macro-économique.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

D: Au sein de la direction : en termes de gestion de la ressource, nous sommes plutôt performants : que ce soit le matériel ou les ressources humaines. Je dirai 8 car il y a toujours de la progression. A ce jour, les Ressources Humaines sont adaptées aux besoins de prise en charge du patient.

Dans les marges de progression identifiées : nous souhaitons accentuer le virage ambulatoire, on vient de créer un poste en ambulatoire suites aux problématiques au bloc opératoire.

Par ailleurs, nous avons récemment recruté une IDE volante en ambulatoire qui permet aux soignants d'être détachés des tâches annexes réalisées en dehors des soins (par exemple le réassort pharmacie)

En service de chimiothérapie, nous connaissons une croissance des patients de 5 à 6 % qui se réitère de mois en mois, au niveau du matériel, nous devons accentuer nos efforts sur une optimisation des locaux : revoir le circuit des poches de chimiothérapie et être dans l'anticipation (standardisation des poches et réfection de la ZAC) .

Au niveau des coûts, nous sommes plutôt bien, assez performants. Cependant, sur l'aspect du climat social, on a une discordance entre le travail de recherche effectif et ce qui est perçu par les équipes et la communauté médicale. La transparence de la performance pose ici ses limites : le souci de préserver les équipes et le corps

médical, on ne met pas assez les difficultés de recrutement et toutes les mesures compensatrices en avant pour rester en poste (demande d'accords, revalorisation salariales).

• **La méthodologie du « Lean Management »**

**Thais : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

D : Non

**Thais : Si oui, comment pouvez-vous la définir ?**

**Définition : Une activité Lean est une activité débarrassée d'un maximum d'opérations inutiles (dépendance ajoutée) qui peuvent alourdir et rendre moins performante une organisation : les patients ne reçoivent pas les bons soins, les résultats peuvent être obtenus en dépensant moins, trop de ressources sont détournées de la production de soins....**

**Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

D : Être dans une démarche de Lean management permet de donner une ligne de conduite plus claire aux collaborateurs.

Pour parler du secrétariat, on demande aux secrétaires via 3 emplacements avec plusieurs outils la même information, avec le même résultat (logiciel métier, Excel).

Si je peux vous donner un cas concret : les plannings en Ressources Humaines : planning papier, reporté vers Excel alors que le bureau RH dispose d'un logiciel « Octime » de gestion de planning qui pourrait être l'outil principal : cela évite la perte de temps et des erreurs. Il devient l'outil de travail 2. Si un seul logiciel était utilisé, il n'y aurait pas de ressaisie, moins de risque d'erreur humaine et de perte de temps : diminue le stress, rassure la personne et crée à nouveau un cercle vertueux.

Pour le portail patient : il a eu un effet contreproductif au début car les secrétaires ne voulaient pas changer leurs habitudes : il faut adopter une conduite du changement et embarquer les cabinets externes et internes et ensuite on gagne du temps. On ne cherche pas à réagir, on cherche à anticiper le dossier administratif. Si on va au bout de notre projet : on n'a pas de secrétaire qui appelle des patients (1 ETP) et la majorité de l'opérateur sera gérée par l'application tout en laissant un personnel administratif pour répondre aux questions et surtout pour ne pas déshumaniser le soin.

A terme, le 3<sup>ème</sup> ETP en ambulatoire sera alloué à la facturation.

**Thais : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

D : Oui à travers le changement de logiciel, exilis, bloc le changement de la personne qui s'occupe de la mission AS).

**This : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé ?**

D : Le portail patient est un projet de la Direction des Ressources Humaines, et de la direction de l'établissement en interne. Pour la réorganisation administrative du bloc opératoire, il s'agit de la direction de l'établissement pour donner suite aux remontées du terrain.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

D: 3-4 car les éléments sont déjà en place.

**Thais : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

D :

- Fluidification des flux patients : oui un enjeu important avec le virage ambulatoire et service HDJ pour les temps d'attente
- Fluidification de l'information : Oui, il s'agit d'un des premiers objectifs du portail patient : donner et cibler l'information clé qu'on veut que le patient retienne.
- Réduction du temps d'attente : Oui
- Sécurisation de la prise en charge : Oui : en essayant de faciliter les outils de travail et les procédures pour ne pas créer de confusion.
- Amélioration de la qualité de vie au travail : Oui, vital aujourd'hui.

**Thais : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

D : Par la direction un accueil favorable, le projet a démarré il y a 6 ans mais les éditeurs n'étaient pas assez matures et la direction a toujours été favorable (fluidification des flux, temps d'attente, sécurisation de la prise en charge, information pertinente).

Par les salariés un accueil favorable également, une attente des secrétaires pour fluidifier le parcours de soins et accompagner les patients complexes. Aujourd'hui il nous faut encore progresser sur le nombre de parcours inclus pour voir l'effet bénéfique et pour que les équipes se sentent déchargées de leurs missions répétitives.

Pour les soignants, ce fut un accueil favorable également. Ils ne sont que très peu impactés car cela concerne majoritairement les administratifs mais les questionnaires de pré et post opératoire sont maintenant gérés par les administratifs.

• **Pilotage de la démarche : leadership**

**Thais : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

D : Majoritairement la direction de l'établissement (Directrice, Directrice Adjointe et Directrice des soins).

**Thais : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

D :

- La direction de l'établissement : 10

- La communauté médicale : l'objectif est qu'ils ne soient pas impactés : implication modérée : c'est un choix d'établissement

- La commission sociale et économique (CSE) : seulement informé

- Le personnel directement impliqué dans la démarche oui

**Thais : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

D : Le leadership détient une place très importante et essentielle dans la démarche car des projets de cette envergure impactent la sphère administrative et soignante. On demande au patient d'être acteur de sa prise en charge, on y inclut les cabinets médicaux. Il s'agit de porter le projet et de l'inclure dans le projet d'établissement car il s'agit d'un projet structurant.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

D : Je dirai 8.

**Thais : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

D : Oui un comité de pilotage informatique pas Lean proprement parlé. Cela demande un accompagnement du service informatique sur la partie métier et technique.

**Thais : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

D : Non pas vraiment, car la démarche est lourde. Le projet est assez structurant, il faut que cela reste concret pour les équipes.

## • Diagnostic

**Thais : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

D : Une réelle volonté de fluidifier nos parcours, de responsabiliser le patient et de se moderniser.

**Thais : Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes s'est-elle révélée utile ? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie ?**

D : La réponse au niveau du Groupe est qu'il y avait besoin de se moderniser et besoin pour les établissements de gagner du temps en sécurisant le parcours de soins.

Le pôle des systèmes d'information a mis en concurrence plusieurs éditeurs et a visionné plusieurs démonstrations. De plus, les responsables ont pu auditer la mise en place de ces plateformes dans d'autres établissements concurrents. Les directions ont ensuite voté.

Nous avons mis en place des points mensuels pour l'interface patient et pour les équipes, pour identifier les possibilités techniques et pour réaliser les interfaçages entre les logiciels déjà existants pour sécuriser la remontée d'information.

## • Plan d'actions

**Thais : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions ? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement ?**

D : Un plan d'action a été réalisé par établissement. Il a été réalisé par les directions d'établissement en collaboration avec les managers concernés. Ensuite, le groupe a validé ce dernier.

Ensuite, un plan de communication a été établi afin de communiquer les informations de manière claire et appropriée aux personnes concernées (équipes, patients, professionnels).

Le premier objectif fut de revoir nos circuits patients existants et de les réviser. Ensuite, les activités sans valeur ajoutée ont été supprimées. Une remise en question sur les pratiques actuelles a été effectuée.

Le premier circuit a été déployé avec des personnes pilotes : un anesthésiste, un chirurgien et des IDE. Ensuite, l'objectif est de déployer tous les parcours ambulatoires.

A la suite de cela, un suivi hebdomadaire puis mensuel a été instauré pour monitorer les pratiques et les adapter en conséquence, petit à petit.

Le premier objectif étant de sécuriser la prise en charge, lorsque ce point était maîtrisé, le second objectif était d'augmenter le taux d'appairage tout en corrigeant les erreurs identifiées suite au premier déploiement.

Enfin, une campagne de communication interne et externe fut nécessaire pour accompagner le projet et faciliter l'adhésion des acteurs.

**Thais : Qui sont les personnes/commissions/ pôles/ services responsables de le porter et de le faire aboutir?**

D : Service SI, direction, service administratif et médecins pilote.

**Thais : Quelles priorités vous êtes-vous données pour les six prochains mois ? Les deux prochaines années ?**

D: Il s'agit d'augmenter le taux d'appariage (60% environ) et réaliser les actions prévues dans notre plan d'action. Par ailleurs, nous souhaitons améliorer notre parcours en post-opératoire où nous connaissons des difficultés (questionnaires, facturation...)

**Thais : Selon quel calendrier votre plan d'actions s'échelonne-t-il ?**

D: Tout va dépendre de la version 2 ce qui va conditionner le déploiement des hospitalisations. L'objectif retenu est la fin du déploiement sur l'ensemble des parcours pour fin 2024, avant la certification de l'établissement.

**Thais : Quelle communication est-faite ou envisagée en interne et en externe au sujet de la démarche « Lean Management » de votre établissement ?**

D : En interne : nous avons mis en place des réunions de travail et une présentation du dispositif avec les secrétaires, ensuite un travail avec les secrétaires sur l'identification du parcours et des optimisations possibles. Ensuite une présentation aux équipes de soins et à la CME fut nécessaire.

A la fin du premier déploiement, les avancées et les premiers résultats ont été communiqués à travers le journal interne de l'établissement.

• **Indicateurs de suivi**

**Thais : Quels indicateurs sont déjà suivis au sein de votre établissement en matière de performance ? Selon quelle régularité ? Comment ont-ils été élaborés ?**

D : Les indicateurs sont les suivants : Taux appariage, taux d'utilisation, nombre de parcours inscrit dans le portail, nombre de patients non appairables, ils constituent les patients dont nous devons accompagner avec les secrétaires.

**Thais : Avez-vous décidé de nouveaux indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance à l'occasion de la mise en place du Lean management?**

D: Les modalités de suivi sont les suivants : Les questionnaires complétés et non complétés : objectif sur les statistiques, avoir une remontée clicksense (automatique), le suivi de l'activité au mois, le côté financier : on va regarder le nombre de relance impayés diminués

Objectivement, il faudrait que je ne remplace pas les ETP partant à la retraite, il faut diminuer le nombre d'ETP ou qu'ils soient remplacés sur d'autres postes.

Nous avons une vision long terme avec des objectifs sur 2 ans.

• **Outils d'amélioration de la démarche « Lean management »**

**Thais: Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?**

D : Les demandes de bilan biologiques : nous avons réalisé une réunion avec les responsables du laboratoire pour revoir nos circuits : recueil des demandes des responsables et harmonisation des circuits pour faire en sorte que le laboratoire fonctionne sans surconsommation. Nous pouvons évoquer les consommables ou les DMI au bloc opératoire.

**Thais: Quels outils informatiques actuellement en place dans votre établissement contribuent selon vous à améliorer ou encourager la démarche ?**

D : Les outils sont divers et complémentaires : SI, logiciels, pilotage QlickView : permet de croiser l'information avec l'activité mensuelle.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Thais : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

D : La limite de ces pratiques réside dans le fait de positionner le curseur de manière équilibrée sur le volet humain et la solution digitale.

Il faut que ces outils soient utilisés pour faciliter la prise en charge et pas que cela génère une source de stress supplémentaire pour le patient.

#### **Annexe n°4 : Retranscription de l'entretien de Madame F.**

##### **• Eléments généraux**

- Etablissement : Clinique Clémentville
- Fonction(s) occupée(s) : Responsable administrative
- Noms et ancienneté dans l'établissement : F, 8 ans.

##### **• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Thais : Selon vous, qu'est-ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

F : Pour moi la performance c'est un dossier patient exhaustif et qualitatif : les données sont exhaustives, complètes et justes, optimisation du temps d'attente des patients, Accueil patient : être le plus fluide possible quelle que soit l'étape administrative du patient. Préopératoire ou en pré-admission. Réduire ce temps d'attente et être précis, avoir un niveau de réponse précis. Surtout la qualité et le niveau de réponse.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

F : Pour les Équipes administratives : 4 : les équipes ne se sentent pas engagées, elles ne sont pas impliquées. Mais je souhaite majorer vers 6 car sur les 27 personnes : certaines ont une réelle conscience professionnelle.

On observe que parfois le discours est donné mais les actions ne sont pas effectives.

Actuellement, il y a un grand enjeu sur la qualité de l'accueil du patient : je présente le projet comme étant un avantage qualitatif en termes de prise en charge mais j'axe également sur leur qualité de travail : elles se concentreront sur des tâches moins répétitives. Pour ce faire, il faut améliorer ce temps donné (qu'on perd) sur des activités sans valeurs ajoutées (répondre à un patient de manière adaptée afin qu'il intègre toutes les informations concernant son parcours).

##### **• La méthodologie du « Lean Management »**

**Thais : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

F : Non je ne connais pas ce type de management.

**Thais : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

F : Pour moi, il s'agit de la mise en place du Portail patient afin d'optimiser les différents parcours patients.

Il faut donner les mots clés de la compréhension au patient. Pour le portail patient, les patients qui y amèment on y gagne plus de temps (les patients en autonomie). Cela permet de dégager plus de temps pour les patients qui nécessitent un accompagnement personnalisé. On optimise le temps et l'énergie.

On se fatigue moins, cela joue positivement sur l'équipe. On note déjà une plus-value perçue sur toute l'équipe. On gagne en qualité c'est certain.

**Thais: Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

F : Oui je pense que ces concepts ont déjà été utilisés.

**Thais: Si oui, dans quel cas ?**

F : Je peux évoquer le planning sur octime...Je réalise qu'en fait dans ma démarche naturelle : j'œuvre tous les jours pour éradiquer les éléments inutiles de la prise en charge : le contrôle du contrôle. Si le contrôle est toujours contrôlé, cela perd de la valeur et les actions ne sont pas réalisées avec autant de concentration car les secrétaires savent que leurs actions vont être contrôlées.

Facturation, contrôle, on contrôle avant l'entrée du patient le dossier (identité, coordonnées...), on le contrôle à l'entrée en préadmission avant l'entrée physique du patient, à la sortie du patient et à la facturation = tout le monde le fait pour le faire, 5 points de contrôle, et on s'aperçoit qu'il y a toujours les mêmes erreurs : impayés car la mutuelle n'est pas dans le dossier du patient.

Avec le portail patient, tous les documents sont déposés par le patient en autonomie. Cela laisse plus de temps aux secrétaires de contacter les patients qui ont des difficultés à s'appairer et les accompagner dans la démarche.

A ce jour, les activités inutiles sont une source d'insatisfaction pour les professionnels et les patients : cela perturbe leur qualité de vie au travail et retarde la prise en charge.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

F : Je dirai 10/10.

**Thais : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

F :

- Fluidification des flux patients
- Fluidification de l'information
- Réduction du temps d'attente

- Sécurisation de la prise en charge
- Amélioration de la qualité de vie au travail

**Thais : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

F : Par les salariés, l'accueil a été plutôt mitigé, les secrétaires ont des habitudes ancrées qu'il faut savoir modifier. Cela prend du temps mais il faut les accompagner et leur démontrer le réel avantage de l'outil.

**• Pilotage de la démarche : leadership**

**Thais : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

F :

- La direction de l'établissement : je dirai 8
- La communauté médicale : 5
- La commission sociale et économique (CSE) : 5
- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 8

**Thais : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

F : Elle est très importante. J'ai eu beaucoup de mal à prendre mes distances avec l'équipe. Cela m'a été reproché de nombreuses fois. Je pense qu'il faut trouver un juste milieu en adoptant un leadership facilitant en accompagnant les équipes vers le changement tout en ne se laissant pas envahir.

Je suis quelqu'un pour le terrain et proche des équipes.

Je ne peux pas passer mon temps à comprendre pourquoi on me dit les choses. Il faut garder la réalité et être quelqu'un de terrain. Cela permet de gagner du temps et d'apporter un vrai regard sur les éventuels aménagements à venir. On est plus pertinent et crédible.

Sur le plan stratégique, cela permet de donner des objectifs atteignables et adaptés.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

F : Je dirai 9. On est plus crédible. Si je suis constamment assise à ma chaise, je ne peux pas connaître les difficultés des équipes.

On n'est pas obligé d'être d'accord, on échange et on discute. Le personnel adhère plus. Il faut des rapports cordiaux maintenant, je me dis qu'il y a un beau travail.

Il m'a fallu des années pour optimiser certains processus (les équipes sortaient de lourds dossiers (RPS) alors qu'ils y avaient accès informatiquement.

#### • Diagnostic

**Thais : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

F : Je constate des faiblesses au niveau de l'accueil en ambulatoire : nous avons décidé de recruter une deuxième secrétaire car la secrétaire était en tension, il y a un côté psychologique à ne pas négliger.

C'est en se rendant sur le terrain et en pratiquant ses fonctions que j'ai vu cela. On ne prétendait pas avoir raison, mais on voulait expérimenter avec une seconde secrétaire et cela a marché. Tout n'est pas figé on peut revenir en arrière mais il y a un aspect psychologique important.

**Thais : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

F : La base de la réflexion vient des idées sur terrain. Je dis à mes équipes que si elles identifient des actions à supprimer ou à améliorer : sentez-vous libre car cela peut-être une nouvelle façon de voir les choses. Votre œil est le plus objectif. Chacun peut apporter des petites choses.

Par exemple, lors du protocole de chimiothérapie, une fois le traitement réalisé, la note des administrations doit être conservée. Pendant longtemps, elles scannent le document et l'archivent. Cependant, au bout d'un certain temps, certaines secrétaires m'ont fait remonter ce problème. Nous avons pris l'initiative de détruire le document après l'avoir scanné. C'est une perte de temps que nous avons gagné. Cela représente environ 3H de temps en un mois.

Au-delà de l'aspect « QVT », cet archivage incessant entraîne indéniablement des RPS. Il faut donc être vigilant.

#### • Plan d'actions

**Thais : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions ? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement ?**

F: Ma méthode est assez simple : lorsque je suis en service, j'identifie des actions qui pourraient être améliorées ou supprimées. Je présente mes actions correctrices aux équipes. Parfois les équipes n'adhèrent pas. En effet, elles ont parfois des actions mécaniques et refusent de changer, il y a parfois des refus mais si c'est le cas, nous revoyons le processus ensemble et nous mettons à plat le chemin pour effectuer l'action. A chaque étape nous nous demandons si cela est réellement nécessaire.

Personnellement, en amont, je définis mes objectifs afin de les exposer clairement aux équipes. Il faut porter le projet.

A partir de ce moment, c'est généralement une décision collégiale et les améliorations s'effectuent tout seul.

Je pense que ce mode de fonctionnement a permis de gagner la liberté d'expression des secrétaires, c'est très important qu'elles puissent se livrer à moi sur les améliorations à apporter, c'est une forme de confiance.

- **Indicateurs de suivi**

**Thais : Quels indicateurs sont déjà suivis au sein de votre établissement en matière de performance ? Selon quelle régularité ? Comment ont-ils été élaborés ?**

F : Il faut être prudent, parfois on perd du temps à vouloir en gagner. En effet, les secrétaires ont parfois une activité mécanique. Cela constitue leur fil conducteur, c'est leur sécurité. Et le changement n'est pas facile pour tout le monde, certains cultivent cette sécurité. Il faut alors adapter son discours à chaque secrétaire.

Concernant les indicateurs, j'effectue un suivi régulier du taux de complétude du dossier du patient. C'est le fil rouge de mes décisions et ce taux appuie mes actions.

Tout l'enjeu est de faciliter la complétude de ce dossier. Cela va permettre une réduction du taux d'attente, une fluidification de la file active et un levier de satisfaction sur l'expérience patient.

Cependant, il faut avouer qu'aujourd'hui il est difficile d'inciter les secrétaires au bon comportement sur le long terme. Les motivations extrinsèques ne peuvent être durables. C'est pourquoi il faut gagner un incitatif et une certaine dynamique.

L'enjeu actuel réside dans l'engagement des équipes. Il faut créer une vision long terme et intégrer une certaine modernisation de nos pratiques.

C'est une réelle force d'avoir accès à des outils numériques dans notre prise en charge. Il s'agit d'une réelle opportunité de dynamiser les actions tout en abandonnant nos schémas de pensée initiaux.

## **Annexe n°5 : Retranscription de l'entretien de Madame E.**

### **• Eléments généraux**

- Etablissement : Clinique Clémentville
- Fonction(s) occupée(s) : Responsable projet Groupe
- Noms et ancienneté dans l'établissement : E, 6 ans.

### **• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Thais : Selon vous, qu'est-ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

E : Pour moi, la performance s'applique sur plusieurs volets. En termes financiers, cela peut se rapporter à l'optimisation des ressources.

Sur le plan des projets, cela signifie allouer les ressources les plus pertinentes possibles afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels et sécuriser la prise en charge patient.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

E: A mon niveau et à l'échelle du groupe, je dirai 8. C'est très important mais il ne faut pas heurter la qualité des soins.

### **• La méthodologie du « Lean Management »**

**Thais : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

E : Oui il s'agit d'une méthodologie prisee dans la gestion de projet.

**Thais : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

E : Pour moi, l'utilisation du Lean Management serait un outil support à la performance organisationnelle. En supprimant les activités à faible valeurs, l'établissement détient une marge de manœuvre supplémentaire pour réduire le délai d'attente, mieux informer le patient ou optimiser le parcours de soins.

**Thais : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

E : Au sein des établissements du groupe, cette méthodologie a déjà été mise en place sur certains projets.

**Thais : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé ?**

E : Il me semble que le projet d'optimisation des poches de chimiothérapie pourrait s'apparenter à du lean. En effet, les poches de chimiothérapie peuvent s'administrer par deux modes : administrées intégralement dans l'établissement ou avec un diffuseur.

A la suite d'un état des lieux, nous nous sommes aperçus que la quasi-totalité des médecins prescrivent les chimiothérapies avec diffuseur.

Au-delà du coût supplémentaire que cela engendre, les complications étaient plus importantes. Un travail collaboratif a été entrepris pour modéliser et reconfigurer le parcours de chimiothérapie afin que les patients avec des chimiothérapies administrées intégralement dans l'établissement n'attendent que très peu.

Pour ce faire, il fallait revoir la disposition des bureaux d'entrée, optimiser la salle d'attente, effectuer un parcours « circuit long » et « circuit court » afin de réduire le temps d'attente. Enfin, un travail d'information a été déployé pour délivrer au patient l'information et la pertinence de son traitement.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

E: J'attribue la note de 10 car cet outil peut être novateur et fédérateur.

**Thais : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

E :

- Fluidification des flux patients
- Fluidification de l'information
- Réduction du temps d'attente
- Sécurisation de la prise en charge
- Amélioration de la qualité de vie au travail

**Thais : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

E : La direction est souvent porteuse du projet. Elle récence les problématiques du terrain et décide de porter la démarche. Pour les salariés, l'enjeu réside dans l'information et la communication avec les équipes. Un certain nombre de projets ont été déployés de manière peu efficace car les principaux intéressés n'étaient pas informés et consultés lors de la mise en place de la démarche.

• **Pilotage de la démarche : leadership**

**Thais : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

E : Je dirai que le projet est porté par la direction car elle informe et déploie largement. Cependant, ce sont les collaborateurs du terrain qui conditionnent la pérennité de la démarche. Ils la font vivre et ils en analysent les dysfonctionnements.

**Thais : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

E :

- La direction de l'établissement : j'attribue la note de 8.

- La communauté médicale 5

- La commission sociale et économique (CSE) 3

- Le personnel directement impliqué dans la démarche 8

**Thais : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

E : Le leadership est bien entendu primordial. Je dirai qu'il apporte cet aspect intrinsèque à la démarche. Il faut réussir à faire d'un projet une véritable vision de l'établissement.

Lorsque j'ai présenté le portail patient aux équipes, elles ont bien évidemment entendu l'aspect positif pour leurs pratiques et pour la prise en charge du patient.

Cependant, pour certaines, le fait de dynamiser l'établissement et le rendre innovant constituait une réelle fierté.

Il faut être authentique et ne pas mettre de barrière hiérarchique où il n'y a pas lieu d'en mettre. Le travail collaboratif apporte tellement plus d'idées.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

E : Je dirai 7 car certaines secrétaires ont réellement perçu le portail comme un souffle de nouveauté et ont dynamisé leurs pratiques. D'autres malheureusement ne sont pas encore convaincus. Notre objectif est de les faire adhérer tout en coïncidant leurs motivations à la vision du projet.

**Thais : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

E : Oui, un comité de pilotage des projets en cours existe mais est moins structuré que dans une démarche Lean. Nous nous rencontrons parfois informellement à travers des appels visioconférence ou encore des

appels téléphoniques. Les comités permettent de prendre les décisions mais les réelles avancées s'effectuent auprès des équipes sur le terrain.

**Thais : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

E : Il ne me semble pas que ce soit nécessaire. Nous détenons déjà tous les objectifs.

#### • Diagnostic

**Thais : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

E : La démarche a vu le jour lorsque les secrétaires nous ont fait remonter le fait que les temps d'attente étaient très long et que les patients n'arrivaient pas à s'orienter dans l'établissement ce qui créait également des retards dans les programmes du bloc opératoire. Nous avons réalisé des audits et il est vrai que les résultats étaient préoccupants.

Le covid a fait mûrir la réflexion autour de la digitalisation des parcours afin de désengorger les salles d'attente. S'en est suivie une phase d'expérimentation et de sélection de prestataires.

**Thais : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

E : Par exemple, lorsque le patient est convoqué à 7h et que son intervention est à 13h, cela n'est pas pertinent pour lui mais également pour nous : temps d'attente prolongé, secrétaires faisant face à des pics de charge de travail, manque d'information et stress de la part du patient. Nous devons réagir, c'est pourquoi la clinique a fait appel à moi pour coordonner le projet et apporter une position neutre.

**Thais : Selon votre intuition, votre expérience et les résultats du diagnostic, quelles sont les principales causes de la non-pertinence au sein de votre établissement ?**

E : Il me semble que la non-pertinence se fonde plutôt sur le parcours patient non optimisé qui engendre de multiples dysfonctionnements : manque d'information, surcharge de travail, manque de communication ...

#### • Plan d'actions

**Thais : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions ? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement ?**

E : Les parcours administratifs étaient une réelle problématique. Les secrétaires n'avaient pas le même niveau d'information sur le parcours du patient durant son séjour. Un manque de communication et de transparence ne permettait pas d'orienter clairement le patient et de répondre à ses questions.

Suite à ce constat, nous avons mis à plat le parcours et analysé toutes les étapes. Certaines n'étaient plus pertinentes du fait de l'avancée des pratiques. Par exemple, le formulaire scanné ne faisait plus l'objet d'un archivage.

A la suite de cela nous avons optimisé le parcours et nous l'avons adapté aux contraintes architecturales : salle d'attente restreintes et locaux ne permettant pas d'accueillir un flux important de patient en simultané.

**Thais : Qui sont les personnes/commissions/ pôles/ services responsables de le porter et de le faire aboutir ?**

E : J'avais la charge de coordonner les professionnels à l'atteinte de ces objectifs. Je n'impose aucune décision. Il me semblait intéressant d'avoir une fonction de codonateur pour que les pratiques soient plus fluides et mieux acceptées.

**Thais : Quelles priorités vous êtes-vous données pour les six prochains mois ? Les deux prochaines années ?**

E : Aujourd'hui la priorité est d'étendre nos dispositifs en hospitalisation pour que les effets bénéfiques sur les secrétaires soient le plus visible.

**Thais : Selon quel calendrier votre plan d'actions s'échelonne-t-il ?**

E : Nous devrions avoir fini pour fin 2024 en adéquation avec la certification.

**Thais : Quelle communication est-faite ou envisagée en interne et en externe au sujet de la démarche « Lean mangement » de votre établissement ?**

Une communication est réalisée en interne pour tenir informé les salariés de l'avancée du projet car il impacte directement les secrétaires mais indirectement tous les autres profils : infirmiers, médecins, cabinets médicaux. Cette communication interne permet de les faire adhérer au projet et créer un effet réseau où les salariés qui auront adhéré à la démarche pourront convaincre les autres.

La communication externe est également importante, elle est pertinente pour gagner en visibilité car elle diffuse l'image d'un groupe innovant, conscient des enjeux actuels.

• **Indicateurs de suivi**

**Thais Avez-vous décidé de nouveaux indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance à l'occasion de la mise en place du Lean management ?**

E : Oui, nous suivons régulièrement le nombre de patients intégrés sur la plateforme, les patients appairés et les non appairés qui constituent notre première marge de manœuvre.

• **Outils d'amélioration de la démarche « Lean management »**

**Thais :** Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?

E : Le logiciel Exolis a été mis en place pour les secrétaires afin d'obtenir un outil unique pour la gestion administrative leur permettant de gagner du temps mais également de sécuriser la prise en charge en évitant la perte d'information.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Thais :** Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?

E: Pour moi, le lean est pertinent mais il doit être utilisé intelligemment sinon cela épuise les équipes. La méthodologie assez lourde ne leur permet pas d'être aussi agile qu'on le voudrait.

**Thais :** Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d'autres périmètres au sein de la clinique ?

E : Au-delà de la prise en charge en Hôpital de Jour et Ambulatoire avec le portail patient, il me semble pertinent de mettre en place la réflexion dans l'unité de préparation des chimiothérapies.

**Annexe n°6 : Retranscription de l'entretien de Madame S.**

**• Éléments généraux**

- Etablissement : Clinique Clémentville
- Fonction(s) occupée(s) : Secrétaire en ambulatoire
- Noms et ancienneté dans l'établissement : S, 12 ans.

**• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Thais : Selon vous, qu'est-ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

S : La performance au sein de l'établissement c'est l'aptitude à délivrer les soins de qualité au patient tout en optimisant les ressources (humains, financiers).

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

S : A mon niveau je dirai 7 car les différents projets en cours ont pour but d'optimiser la prise en charge.

**• La méthodologie du « Lean Management »**

**Thais : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

S : Non je ne connais pas cette méthode.

**Thais : Si oui, comment pouvez-vous la définir ?**

**Définition : Une activité Lean est une activité débarrassée d'un maximum d'opérations inutiles (dépense ajoutée) qui peuvent alourdir et rendre moins performante une organisation : les patients ne reçoivent pas les bons soins, les résultats peuvent être obtenus en dépensant moins, trop de ressources sont détournées de la production de soins....**

**Thais : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

S : Il s'agit de sécuriser la prise en charge du patient tout en favorisant son expérience dans l'établissement.

**Thais : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

S : Je ne sais pas... je pense que cette réflexion a déjà été menée.

**Thais : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé ?**

S: La mise en place d'un portail patient en ambulatoire permet de sécuriser le processus administratif et soignant du patient. En effet, les données du patients sont vérifiées et les questionnaires préopératoires sont réalisés sur l'application avec un système d'alerte nous permettant de contacter un professionnel lorsque l'état du patient pourrait compromettre l'intervention.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

S : Pour être honnête je dirai 6 car c'est un outil qui nous sera bénéfique sur le long terme. Pour le moment nous pouvons apprécier certains aspects positifs mais nous sommes encore dans la phase de déploiement.

**Thais : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

S :

- Fluidification des flux patients

- Fluidification de l'information

**Thais : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

S: Certaines secrétaires n'ont pas apprécié l'évolution de leur pratique. Il faut savoir que certaines secrétaires sont dans la structure depuis 15 ans et ne sont pas habituées aux changements de pratiques.

• **Pilotage de la démarche : leadership**

**Thais : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

S : Nous avons une responsable projet qui coordonne le déploiement et répond à nos questions de terrain. Cependant, je dirai que la démarche est portée par l'ensemble du groupe de pilotage car nous faisons régulièrement remonter les incohérences avec l'outil comme la mauvaise implémentation des documents administratifs dans Hôpital Manager.

**Thais : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

S : Le leadership est bien entendu primordial. Je dirai qu'il apporte cet aspect intrinsèque à la démarche. Il faut réussir à faire d'un projet une véritable vision de l'établissement.

Lorsque j'ai présenté le portail patient aux équipes, elles ont bien évidemment entendu l'aspect positif pour leurs pratiques et pour la prise en charge du patient.

Cependant, pour certaines, le fait de dynamiser l'établissement et le rendre innovant constituait une réelle fierté.

Il faut être authentique et ne pas mettre de barrière hiérarchique où il n'y a pas lieu d'en mettre. Le travail collaboratif apporte tellement plus d'idées.

**Thais : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

S : Je dirai 7 car certaines secrétaires ont réellement perçu le portail comme un souffle de nouveauté et ont dynamisé leurs pratiques. D'autres malheureusement ne sont pas encore convaincus. Notre objectif est de les faire adhérer tout en coïncidant leurs motivations à la vision du projet.

**Thais : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

S : Oui, nous avons un comité qui nous permet de mettre en place des actions de corrections et d'échanger sur les futurs événements liés au projet.

#### • Diagnostic

**Thais : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

S : Le covid ne nous permettait pas d'accueillir autant de patients dans les salles d'attente. Nous avons dû réfléchir à un mode de fonctionnement qui nous permette à la fois de sécuriser la prise en charge tout en nous déchargeant des temps d'attente aux ouvertures de salles de bloc.

**Thais : Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes s'est-elle révélée utile ? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie ?**

S : Le diagnostic s'est révélé utile car à la suite de nos remarques, un audit a été réalisé afin d'identifier les temps d'attente moyen pour les différents parcours. Cela nous a permis d'identifier les parcours à optimiser en priorité.

#### • Plan d'actions

**Thais : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions ? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement ?**

S : Le plan d'action a été proposé par la responsable projet et nous avons effectué les modifications ensemble suite à nos remarques. Par exemple, il nous était impossible de contacter les patients non appairés sur l'application pendant notre temps de travail. La responsable a dû transférer ses missions sur un secrétaire en back office.

Les plans d'actions sont systématiquement mis à jour afin de voir notre progression.

**Thais : Qui sont les personnes/commissions/ pôles/ services responsables de le porter et de le faire aboutir ?**

S : Il me semble que le projet est porté par tous les membres du comité de pilotage. Certains sont plus ou moins impliqués mais nous apportons toutes nos remarques et suggestions.

**Thais : Quelle communication est-faite ou envisagée en interne et en externe au sujet de la démarche « Lean Management » de votre établissement ?**

S : Nous recevons une fois par mois les nouveautés associées au projet : intégration d'un nouveau module, rectifications et mises à jour. Cela permet aux secrétaires qui ne sont pas directement impliqués de suivre l'avancée du projet.

• **Outils d'amélioration de la démarche « Lean management »**

**Thais : Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?**

S : Nous avons le logiciel Exolis qui nous permet de gérer la file active et les alertes associés aux parcours. Il s'agit d'un outil unique qui nous permet de suivre l'avancée des admissions de chaque patient. En plus, nous ne sommes pas forcément tous les jours sur le même poste et cela permet aux secrétaires de reprendre le travail effectué sans être désorienté.

## **Annexe n°7 : Retranscription de l'entretien de Madame T.**

### **• Éléments généraux**

- Etablissement : Clinique Mutualiste de l'Estuaire
- Fonction(s) occupée(s) : Responsable secrétariats administratifs
- Ancienneté dans l'établissement : 4 ans

### **• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Jeanne : Selon vous qu'est ce que la performance ?**

T : C'est la volonté de trouver une organisation optimale et satisfaisante pour les professionnels tout en garantissant une prise en charge adaptée et qualitative du patient ».

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

T : 7/10

### **• La méthodologie du « Lean Management »**

**Jeanne : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

T : Non

**Jeanne : Comment pouvez-vous la définir ?**

T: Je peux définir cette méthode comme l'amélioration continue de la performance des organisations en supprimant les gaspillages, en mettant en place des indicateurs de mesure de l'efficacité.

**Jeanne : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

T : La démarche Lean participe à l'amélioration de la performance des organisations.

**Jeanne : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

T : Oui, de manière générale on utilise le Lean lorsque l'on est auprès de nos équipes mais sans les outils.

**Jeanne : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé au sein de l'établissement ?**

T : Dans le cadre de la réorganisation des secrétariats – Direction administrative et financière

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

T : 7/10

**Jeanne : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

- Fluidification des flux patients
- Fluidification de l'information
- Réduction du temps d'attente
- Sécurisation de la prise en charge
- Amélioration de la qualité de vie au travail

Le Lean Management peut répondre à tous ces éléments.

**Jeanne : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

T : La Directrice Administrative et financière a impulsé la démarche. Concernant les salariés, tout s'est très bien passé.

**• Pilotage de la démarche : leadership**

**Jeanne : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

T : Il s'agit du DAF, responsables des secrétariats médicaux et administratifs. Nous sommes accompagnés d'une consultante externe

**Jeanne : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

T : Il me semble que cela est très important pour impulser la démarche et donner du sens.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

T : 8/10 – bon impact sur les organisations et relations humaines

**Jeanne : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

T : Non il n'y a pas de comité à ce jour.

**Jeanne : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

T : Non je ne vois pas la valeur ajoutée pour le moment. Je pense qu'il serait utile si nous développons le Lean sur d'autres services.

• **Diagnostic**

**Jeanne : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

T : Nous avons fait le constat qu'il était nécessaire tant pour le personnel que les patients d'améliorer l'organisation des secrétariats. Tout cela a engendré les décisions prises à ce jour.

**Jeanne : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

T : Pour moi, l'objectif était de faire un état des lieux sur nos organisations et trouver des solutions rapidement pour répondre aux différents problèmes. Par exemple : Réorganisation de secrétariat administratif en ambulatoire...

• **Plan d'actions**

**Jeanne : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement?**

T : Nous avons effectué une certaine priorisation des actions à mettre en place : Nous avons rapidement débuté certains projets et réalisé des Quicks Wins car c'était le plus rapide et le plus facile.

• **Indicateurs de suivi**

**Jeanne : Avez-vous décidé de nouveaux indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance à l'occasion de la mise en place du Lean management?**

T :

- Suivi des appels téléphoniques entrants
- Suivi de la complétude des dossiers administratifs
- Suivi des temps d'attente au bureau des admissions

• **Outils d'amélioration de la démarche « Lean management »**

**Jeanne : Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?**

T : Pour ma part, c'était principalement la requête de suivi de l'activité et la mise en place du Management visuel participatif avec un suivi via les A3.

**Jeanne : Des guides de bonnes pratiques/ modes opératoires/manuel de bon usage ont-ils été réalisés et diffusés dans le cadre de la démarche ?**

T : Le guide accueil du nouvel embauché est en cours.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Jeanne : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

T : Il s'agit d'impulser une démarche active et dynamique et pluridisciplinaire dans les services. Concernant les limites, j'évoquerais le temps consacré à l'initiation de la démarche.

**Jeanne : Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d'autres périmètres au sein de la clinique ?**

T : Oui, mais cette démarche doit être accompagnée par un cabinet de consulting

**Annexe n°8 : Retranscription de l'entretien de Madame J.**

**• Éléments généraux**

- Etablissement : Clinique Mutualiste de l'Estuaire
- Fonction(s) occupée(s) : Secrétaire administrative
- Ancienneté dans l'établissement : 6 ans

**• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Jeanne : Selon vous, qu'est ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

J : Etre performant, c'est atteindre les objectifs fixés et assurer la bonne organisation du secrétariat.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

J : 7/10

**• La méthodologie du « Lean Management »**

**Jeanne : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

J : Non.

**Jeanne : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

J : La démarche Lean participe à l'amélioration de la performance des organisations et l'identification des failles de l'organisation.

**Jeanne : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

J : Il me semble que non.

**Jeanne : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé au sein de l'établissement ?**

J : Dans le cadre de la réorganisation des secrétariats – direction administrative et financière.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

J : 7-8/10

**Jeanne : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

J :

- Fluidification des flux patients
- Fluidification de l'information
- Réduction du temps d'attente
- Sécurisation de la prise en charge

Le Lean a pour objectif de permettre de gagner de temps dans certaines tâches, la fluidification des processus et permet d'être vigilant sur les tâches effectuées.

**Jeanne : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

J : Par la direction : J'imagine un bon accueil puisque la démarche a été impulsée dans les services

Par les salariés : Le projet a été bien accueilli, les professionnels ont été à l'écoute. Les salariés ont montré une volonté de rapidement mettre en place la démarche.

**• Pilotage de la démarche : leadership**

**Jeanne : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

J : C'est la responsable des secrétariats médicaux et administratifs qui porte la démarche.

**Jeanne : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

J :

- La direction de l'établissement : N'a pas connaissance
- La communauté médicale : N'a pas connaissance
- La commission sociale et économique (CSE) : N'a pas connaissance
- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 6/10

### • Diagnostic

**Jeanne : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

J : L'évènement qui s'en rapporte est certainement l'amélioration de l'organisation des secrétariats.

**Jeanne : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

J : Réviser la répartition des tâches et trouver de nouvelles organisations pour pallier aux dysfonctionnements rencontrés.

**Jeanne : Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes s'est-elle révélée utile ? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie ?**

J : Oui, c'est toujours intéressant de mettre sur papier les problèmes, difficultés que nous rencontrons mais également ce qui fonctionne bien et il y en a !

### • Plan d'actions

**Jeanne : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement?**

J : Nous alimentons le plan d'actions en fonction des problématiques que nous rencontrons chaque jour.

### • Outils d'amélioration de la démarche « Lean management »

**Jeanne : Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?**

J : La mise en place du MVP a été bénéfique dès lors que nous faisons nos points quotidiens, aujourd'hui il n'est plus réalisé.

**Jeanne : Des guides de bonnes pratiques/ modes opératoires/manuel de bon usage ont-ils été réalisés et diffusés dans le cadre de la démarche ?**

J : Je n'en ai pas connaissance pour le moment.

### • Résultats avec recul sur la démarche

**Jeanne : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

J : Pour les atouts je dirai : fluidifier les processus, améliorer la communication. Pour les limites, je pense que l'implication de l'équipe s'essouffle car nous n'avons pas repris le management visuel participatif prévu tous les jours. Nous avons besoin d'une continuité, je vois que mes collègues sont de moins en moins assidus.

**Jeanne : Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d’autres périmètres au sein de la clinique ?**

J : Oui, pourquoi pas, si nous arrivons à pérenniser la démarche au sein des secrétariats.

**Annexe n°9 : Retranscription de l'entretien de Madame B.**

**• Éléments généraux**

- Etablissement : Clinique Mutualiste de l'Estuaire
- Fonction(s) occupée(s) : Secrétaire administrative
- Ancienneté dans l'établissement : 2 ans et demi

**• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Jeanne : Selon vous, qu'est ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

B : Être performant, c'est assurer la bonne organisation du secrétariat et la bonne organisation des tâches qui chaque secrétaire effectuent.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

B : Je dirais 7/10.

**• La méthodologie du « Lean Management »**

**Jeanne : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

B : Oui j'en ai connaissance. Ce sont des termes qui me parlent.

**Jeanne : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

B : La démarche Lean a pour objectif d'améliorer la performance de l'établissement.

**Jeanne : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

B : A ma connaissance non

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

B : 8, c'est un outil pertinent qui a pour objectif de nous aider à trouver une organisation plus stable.

**Jeanne : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

B :

- Fluidification des flux patients
- Fluidification de l'information

Amélioration de la qualité des relations humaines, gain de temps dans notre travail au quotidien

**Jeanne : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

B : Le projet a été impulsé par la direction donc je pense que la clinique souhaite développer cette démarche. Les discours étaient plutôt convaincants même si certainement il existait des réticences de certains.

Par les salariés, le projet a été bien perçu. Nous sommes optimistes. Cela permet de mettre en évidence les dysfonctionnements.

**• Pilotage de la démarche : leadership**

**Jeanne : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

B : Il s'agit des Responsables médicaux et administratifs

**Jeanne : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

B :

- La direction de l'établissement : N'a pas connaissance

- La communauté médicale : N'a pas connaissance

- La commission sociale et économique (CSE) : N'a pas connaissance

- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 6/10, l'équipe est de moins en moins motivée car pas de continuité donné au projet.

**Jeanne : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

B : C'est important pour que le projet se développe correctement et sur la durée. Je pense que ça conditionne beaucoup de choses comme l'acceptation du changement.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

B : 8/10

**Jeanne : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

B : Pourquoi pas, un comité permettrait de suivre précisément les avancées des sujets.

• **Diagnostic**

**Jeanne : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

B : L'amélioration de l'organisation des secrétariats au sein de l'établissement. Il fallait trouver un autre mode de fonctionnement, c'était nécessaire.

**Jeanne : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

B : Je dirais la répétition des tâches et l'organisation de notre travail au quotidien.

**Jeanne : Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes s'est-elle révélée utile ? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie ?**

B : Oui, cette phase de diagnostic nous a permis de mettre en évidence les points bloquants, les tâches répétitives et mal réparties.

• **Indicateurs de suivi**

**Jeanne : Avez-vous décidé de nouveaux indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance à l'occasion de la mise en place du Lean management?**

B : Oui, lors des ateliers MVP.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Jeanne : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

B : Les atouts majeurs étaient de remettre de la communication au sein de l'équipe, de mieux répartir les tâches de chacune, et veiller à la bonne implication de toutes les secrétaires. Pour les limites, pour le moment, nous ne visualisons que de petits résultats et nous avons des inquiétudes sur le maintien dans la durée comme la continuité du MVP tous les jours.

**Jeanne : Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d'autres périmètres au sein de la clinique ?**

B : Oui, si nous arrivons à maintenir la démarche dans la durée. Il me semble qu'il est encore trop tôt pour dire s'il est intéressant de la développer dans d'autres services.

**Annexe n°10 : Retranscription de l'entretien de Madame A.**

**• Éléments généraux**

- Etablissement : Clinique Mutualiste de l'Estuaire
- Fonction(s) occupée(s) : Secrétaire médicale oncologie/radiothérapie
- Ancienneté dans l'établissement : 15 ans

**• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Jeanne : Selon vous, qu'est ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

A : Etre performant, c'est se donner des objectifs et arriver à les atteindre plus ou moins rapidement.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

A : Je dirais 8/10

**• La méthodologie du « Lean Management »**

**Jeanne : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

A : Oui c'est un concept dont j'ai déjà entendu parler.

**Jeanne : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean Management » ?**

A : La démarche Lean, c'est la mise en place d'outils permettant d'améliorer les organisations et d'être performant dans les missions à mener.

**Jeanne : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

A : Non, pas à ma connaissance

**Jeanne: Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé au sein de l'établissement ?**

A : Dans le cadre de l'amélioration des organisations de la clinique, des modes de fonctionnement.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

A : 7/10 – Au début, il était difficile de voir si la démarche était pertinente. Aujourd'hui, je peux dire que oui, c'est pertinent.

**Jeanne : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

A :

- Réduction du temps d'attente
- Sécurisation de la prise en charge
- Amélioration de la qualité de vie au travail

C'est également réorganisation des tâches de chaque secrétaire à chaque poste.

**Jeanne : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

A : Par la direction, je ne peux pas dire à mon échelle. En revanche, j'imagine que la démarche est bien perçue étant donné qu'elle a été mise en place. Pour les salariés, au départ, pour moi, l'accueil a été mitigé du fait de la connaissance de la démarche. Aujourd'hui j'ai le sentiment que la démarche est appréciée et continue d'évoluer.

• **Pilotage de la démarche : leadership**

**Jeanne : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

A : Les responsables des secrétariats médicaux et administratifs

**Jeanne : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

A :

- La direction de l'établissement : N'a pas connaissance
- La communauté médicale : Bonne implication des médecins
- La commission sociale et économique (CSE) : N'a pas connaissance
- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 7/10

• **Diagnostic**

**Jeanne : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

A : Il me semble qu'il s'agit de l'amélioration de l'organisation des secrétariats suite aux dysfonctionnements observés depuis un certain temps déjà.

**Jeanne : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

A : Fluidifier les parcours patients et revoir la répartition des tâches au sein des services

• **Outils d'amélioration de la démarche « Lean Management »**

**Jeanne : Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?**

A : La mise en place du MVP. Sa mise en place est appréciée par les équipes.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Jeanne : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

A : Le fait d'utiliser la technique MVP tous les jours représente un vrai atout car cela structure la démarche et fédère l'équipe en renforçant la communication. Néanmoins, je pense que la limite la plus importante réside dans le manque d'implication de tout le personnel. Certains ne s'impliquent pas autant et cela peut être décourageant.

**Jeanne : Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d'autres périmètres au sein de la clinique ?**

A : Instinctivement je dirais oui... A voir pour l'organisation et l'adaptation dans les services qui seront concernées...

**Annexe n°11 : Retranscription de l'entretien de Madame F.**

**• Eléments généraux**

- Etablissement : Clinique Mutualiste de l'Estuaire
- Fonction(s) occupée(s) : Secrétaire médicale Radiothérapie
- Ancienneté dans l'établissement : 5 ans

**• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Jeanne : Selon vous, qu'est ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

F : Être performant, c'est essayer de détenir les meilleurs résultats possible, pas nécessairement financiers, mais également organisationnels. C'est essayer d'amener une dynamique positive.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

F : Je dirais 7/10

**• La méthodologie du « Lean Management »**

**Jeanne : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

F : Non je n'avais pas connaissance de cette méthode.

**Jeanne : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

F : La démarche Lean, c'est la mise en place d'une méthodologie permettant de mettre en évidence les difficultés et d'améliorer les organisations.

**Jeanne : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

F : Non il ne me semble pas.

**Jeanne : Dans quel cadre et par qui le « Lean » a-t-il été déployé au sein de l'établissement ?**

F : Réorganisation des secrétariats médicaux

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

F : 8/10 – Pour le moment, la mise en place des MVP fonctionne et est bénéfique pour le service.

**Jeanne : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

F :

- Fluidification des flux patients
- Fluidification de l'information
- Réduction du temps d'attente
- Sécurisation de la prise en charge
- Amélioration de la qualité de vie au travail

Le lean a pour mission de permettre la réorganisation des tâches de chaque secrétaire à chaque poste, l'amélioration de la communication.

**Jeanne : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche ?**

F : Par la direction : Plutôt bien perçue à mon sens vu le développement. Par les salariés : le projet a été bien accueilli. Les salariés ont montré une volonté de rapidement mettre en place la démarche. Les collègues sont motivées.

• **Pilotage de la démarche : leadership**

Jeanne : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?

F : Je dirais qu'il s'agit de la responsable des secrétariats médicaux et administratifs qui mène le projet.

**Jeanne : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

F :

- La direction de l'établissement : N'a pas connaissance
- La communauté médicale : Les médecins de notre service sont impliqués et mettent en place avec nous les projets
- La commission sociale et économique (CSE) : N'a pas connaissance
- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 8/10, globalement l'équipe est impliquée

**Jeanne : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

F : Pour moi, il a une place importante car nous avons besoin d'être accompagné et orienté dans les démarches.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

F : 9/10 – La démarche a eu de très bon impacts sur les relations humaines, elle a permis d'amener les professionnels vers des petits objectifs communs.

**Jeanne : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

F : Non pas à ma connaissance.

**Jeanne : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

F : Pourquoi pas !

• **Diagnostic**

**Jeanne : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

F : Il me semble qu'il s'agit de l'amélioration de l'organisation des secrétariats

**Jeanne : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

F : Au vu de la situation, il était nécessaire de revoir l'organisation des tâches et missions, permettre de mettre en évidence les difficultés et en discuter avec tous les acteurs présents lors des groupes de travail (médecins, administratifs)

**Jeanne : Selon votre intuition, votre expérience et les résultats du diagnostic, quelles sont les principales causes de la non pertinence au sein de votre établissement ?**

F : Le glissement de tâches par exemple

**Jeanne : Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes s'est-elle révélée utile ? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie ?**

F : Oui elle s'est avérée utile pour l'amélioration de l'organisation quotidienne et la mise en évidence des projets importants à mener dans les prochaines semaines.

• **Indicateurs de suivi**

**Jeanne : Quels indicateurs sont déjà suivis au sein de votre établissement en matière de performance? Selon quelle régularité? Comment ont-ils été élaborés?**

F : Les indicateurs de frappe de courriers se sont avérés très pertinents pour trouver une organisation adaptée.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Jeanne : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

F : Les atouts : MVP, communication, se sentir impliqué dans les projets, dans le quotidien de notre service, mise en évidence des difficultés grâce au suivi des indicateurs.

Les limites : pas de communication sur l'ensemble des projets menés au sein des secrétariats. Ce serait intéressant de connaître leurs avancées.

**Jeanne : Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d'autres périmètres au sein de la clinique ?**

F : Oui, pourquoi pas, si nous arrivons à pérenniser la démarche au sein des secrétariats

## **Annexe n°12 : Retranscription de l'entretien de Madame G.**

### **• Éléments généraux**

- Etablissement : Clinique Mutualiste de l'Estuaire
- Fonction(s) occupée(s) : Responsable secrétariats médicaux
- Ancienneté dans l'établissement : 2 ans et demi

### **• La performance au sein d'un établissement de santé**

**Jeanne : Selon vous, qu'est ce que la performance au sein de la clinique et quels sont les différents volets de cette dernière ?**

G : La performance c'est disposer des moyens nécessaires pour être en adéquation avec la politique interne de la clinique

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré d'importance donné à la performance organisationnelle au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

G : 5/10 – La réalité du terrain amène des difficultés qui impacte la performance à mon sens.

### **• La méthodologie du « Lean Management »**

**Jeanne : Avez-vous connaissance de la méthode « Lean Management » ?**

G : Oui j'ai connaissance du Lean Management.

**Jeanne : Selon vous, quelles sont les concordances entre performance et la démarche « Lean management » ?**

G : Oui, tout est lié si on adhère à cette démarche.

**Jeanne : Pensez-vous que cette méthode a déjà été employée de manière inconsciente dans votre établissement ?**

G : Je pense que oui...Il a été utilisé dans le cadre de la réorganisation des secrétariats médicaux et administratifs avec l'appui de la directrice Administrative et Financière.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est selon vous le degré de pertinence de cet outil au sein de l'établissement (10 étant le plus haut niveau)?**

G : 7/10

**Jeanne : Selon vous, quels sont les objectifs du « Lean Management » au sein de nos organisations ?**

G : Je dirais la fluidification des flux patients et de l'information, la réduction du temps d'attente, la sécurisation de la prise en charge et l'amélioration de la qualité de vie au travail.

**Jeanne : Quel a été l'accueil réservé à la mise en place de la démarche :**

G :

- Par la direction : Très bon accueil étant donné que le projet a été réalisé sur mon périmètre.

- Par les salariés : Oui, bon accueil par les secrétaires, médecins curieux, belle approche

• **Pilotage de la démarche : leadership**

**Jeanne : Qui porte actuellement la démarche « Lean » au sein de votre établissement ?**

G : C'est la responsable des secrétariats médicaux et administratifs avec l'aide de la consultante extérieure actuellement.

**Jeanne : Selon vous, sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'implication dans la démarche « Lean » :**

G :

- La direction de l'établissement : 5/10

- La communauté médicale : 7/10

- La commission sociale et économique (CSE) : Il ne s'y intéresse pas en tant que démarche mais pour relever les problèmes des salariés

- Le personnel directement impliqué dans la démarche : 8/10

**Jeanne : Selon vous, quelle est la place du leadership dans cette démarche ?**

G : Le Lean permet de mettre en évidence la nécessité d'un accompagnement managérial des secrétaires.

**Jeanne : Sur une échelle de 1 à 10, quel est le degré d'impact de la démarche sur les comportements organisationnels et relations humaines ?**

G : J'accorderai la note de 8/10. Il y a de très bons retours sur la qualité de vie au travail et l'entente des secrétaires.

**Jeanne : Existe-t-il des comités dédiés à cette démarche ?**

G : Non il n'y a pas de comité spécifique.

**Jeanne : Selon vous, est-il pertinent de mettre en place un comité/ une commission spécifique relative à la méthode « Lean » ? Si oui/ non pourquoi?**

G : Si le lean est développé sur un périmètre plus large, oui ce serait bénéfique pour comparer et échanger sur les problématiques rencontrées communes ou non.

• **Diagnostic**

**Jeanne : Quel est l'événement à l'origine de la mise en place de cette démarche ?**

G : Il s'agissait d'un problème organisationnel des secrétariats.

**Jeanne : Pouvez-vous en citer les points les plus importants ?**

G : Il y avait de nombreux problèmes de communication entre les acteurs : médecins/secrétaires/directions.

**Jeanne : Selon votre intuition, votre expérience et les résultats du diagnostic, quelles sont les principales causes de la non pertinence au sein de votre établissement ?**

G : Si la démarche n'est pas menée par la direction, il n'y a pas de pertinence. Cela amène une certaine légitimité.

**Jeanne : Dans votre établissement, la partie du diagnostic relative aux actes s'est-elle révélée utile ? Si oui, pour quels actes? Quels autres axes avez-vous identifiés et qui n'en faisaient pas partie ?**

G : Identification des points bloquant : répétition des tâches, glissement des tâches.

• **Plan d'actions**

**Jeanne : Comment avez-vous structuré votre plan d'actions? Quels éléments du diagnostic avez-vous décidé de cibler plus particulièrement?**

G : Nous avons établi le plan d'actions selon les points bloquants répertoriés – Actions menées en premier lieu sur un secrétariat stable.

**Jeanne : Qui sont les personnes/commissions/ pôles/ services responsables de le porter et de le faire aboutir?**

G : Les responsables des secrétariats mais également la secrétaire de coordination en oncologie et radiothérapie.

**Jeanne : Quelles priorités vous êtes-vous données pour les six prochains mois ? Les deux prochaines années?**

G : Il me semble que le point le plus important doit être de favoriser la cohésion des équipes pour favoriser la coordination.

**Jeanne : Selon quel calendrier votre plan d'actions s'échelonne-t-il ?**

G : Il s'échelonne à moyen terme et dépend des sujets à traiter. Il est échelonné selon les secrétariats.

**Jeanne : Quelle communication est-faite ou envisagée en interne et en externe au sujet de la démarche « Lean management » de votre établissement ?**

G : Réseaux sociaux, CAP infos (journal interne), CSE, instances de la clinique

• **Indicateurs de suivi**

**Jeanne : Quels indicateurs sont déjà suivis au sein de votre établissement en matière de performance? Selon quelle régularité? Comment ont-ils été élaborés?**

G : Les indicateurs de frappe et le nombre d'appels téléphoniques. Selon moi, ce sont des indicateurs pertinents.

**Jeanne : Avez-vous décidé de nouveaux indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance à l'occasion de la mise en place du Lean management?**

G : Indicateurs sur les reports de consultations, bloc opératoire.

• **Outils d'amélioration de la démarche « Lean management »**

**Jeanne : Quels outils et dispositifs ont été mis en place au sein de votre établissement afin d'optimiser les organisations et réduire les gaspillages (ex logiciel de détection des doublons, fiches de bon usage des examens de radiologie/ biologie etc.)?**

G : Le Management Visuel Participatif était le fil conducteur de la démarche, il nous a permis d'avoir un cadre.

**Jeanne : Des guides de bonnes pratiques/ modes opératoires/manuel de bon usage ont-ils été réalisés et diffusés dans le cadre de la démarche ?**

G : Ce sont des réflexions en cours.

**Jeanne : Quels outils informatiques actuellement en place dans votre établissement contribuent selon vous à améliorer ou encourager la démarche ?**

G: A ma connaissance, ce ne sont pas encore des considérations évoquées.

• **Résultats avec recul sur la démarche**

**Jeanne : Selon vous, quels sont les atouts et les limites de cette démarche ?**

G : Selon moi les atouts sont la cohésion d'équipe, communication, organisation du travail permettant d'échange et de prendre conscience des difficultés rencontrées, trouver des actions rapides et efficaces. Les limites sont plutôt la lassitude, suivie des mêmes indicateurs sur la durée sans solution à court terme : perte de motivation des équipes.

**Jeanne : Pensez – vous que cette démarche puisse être utile dans d'autres périmètres au sein de la clinique ?**

G : Oui il me semble très utile de diffuser cette démarche à travers le processus des achats, comptable, RH .... Mais il faut une adhésion des membres du CODIR.

[illegible]

## Annexe n°14 : Modélisation du Parcours Patient – Clinique Clémentville

| ETAPES                                                  | SOUS ETAPES                                                      | DOCUMENTS / SUPPORTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RUBRIQUES PORTAL                                                                       | MENUS / FONCTIONNALITES ETABLISSEMENT                                                                                                                                                                                                      | Commentaire / Remarques                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEJOUR 1 - INTERVENTION                                 |                                                                  | <p><b>Documents à intégrer par le patient :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Justificatif d'identité</li> <li>Mutuelle recto/verso</li> <li>Renseigner un champ pour la personne à prévenir + un champ pour la personne de confiance - Intégration structurée dans le DPI</li> <li>Consentement éclairé anesthésiste (parcours de soins)</li> <li>Consentement éclairé chirurgien (parcours de soins)</li> <li>Directives anticipées</li> </ul> |                                                                                        | <p>Tableau de bord de complétude des documents nécessaires à la préadmission avec visibilité immédiate des documents manquants pour faciliter les entées</p> <p>Alertes au patient paramétrables (choix des documents soumis à alerte)</p> | <p>Justificatif d'identité dans données permanentes : libellé et code table de correspondance pour chaque doc.</p> <p>"Mon dossier médical" à la place de "Mes CR" et "Mes documents à lire" à la place de "Mes documents".</p>        |
| Préadmission                                            | Récupération des documents / informations nécessaires            | <p><b>Document à compléter par le patient :</b></p> <p>Médecin traitant - Lien avec la base nationale ? Intégration structurée dans le DPI</p> <p>Formulaire de préadmission - Formulaire dynamique ouvrant sur d'autres questions ou formulaires à compléter ou à intégrer (Formulaire d'autorisation d'opérer pour personne sous tutelle)</p> <p>Formulaire de désignation de la personne de confiance</p>                                                  | <p>MON IDENTITE</p> <p>PRE ADMISSION</p> <p>OFFRES HOTELIERES</p> <p>CONSENTEMENTS</p> | <p>Documents intégrés et complétés transmis au DPI</p>                                                                                                                                                                                     | <p>Médecin traitant à tester, idem pour personne de confiance et personne à prévenir pour s'assurer que le flux remonte bien en structuré dans HAM.</p> <p>Croix des chapitres livres par Clémentville dans "mes documents à lire"</p> |
|                                                         | Récupération de ses souhaits hôteliers                           | <p>Rubrique « Offres hôteliers » avec détails des prestations (informatives)</p> <p>Formulaire de choix de la prestation hôtelière (le pré réservation et à récupérer le jour de l'entrée)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        | <p>Formulaire complété transmis au DPI</p>                                                                                                                                                                                                 | <p>La Chambre particulière, possibilité de le faire remonter en donnée structurée, à tester également.</p>                                                                                                                             |
|                                                         | Transmission des documents d'information                         | <p>Livret d'accueil (avec Jeun moderne et consignes d'hygiène)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                        | <p>Suivi des téléchargements des documents</p>                                                                                                                                                                                             | <p>Possibilité de voir les documents lus ou pas + statistiques associées</p>                                                                                                                                                           |
|                                                         | Vidéo                                                            | <p>vidéo arrivée à la clinique ambulatoire</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Admission                                               |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Hospitalisation et Prise en charge au bloc opératoire ? |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sortie                                                  | Transmission des informations nécessaires aux suites opératoires | <p>Consignes post-opératoires</p> <p>A transmettre plus tôt en amont ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Accessible dans "mes documents à lire" + possibilité d'ajout dans les questionnaires pré-op</p>                                                                                                                                     |
|                                                         | Transmission du bulletin de sortie                               | <p>Lettre de liaison de sortie en provenance du DPI</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                        |
| facturation                                             | Récupération de la lettre de liaison de sortie                   | <p>généraliser la facture/montant à payer par le patient</p> <p>paiement en ligne avec justificatif de paiement et le pdf associé est la facture acquittée</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        | <p>on aura un bac office bancaire des flux de paiement mais il faudra le numéro de séjour associé (sera disponible dans l'application)</p>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                         | facture et paiement                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Flux à tester avec Amandine</p>                                                                                                                                                                                                     |