



EHESP

EDH

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **Novembre 2015**

**CHOC DE SIMPLIFICATION AU
BUREAU DES ADMISSIONS**

**Les enseignements du projet mené au Groupement
Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon**

Caroline JEANNIN

Remerciements

Je remercie vivement Guillaume Gobenceaux, directeur du pôle clientèle du Groupement Sud des Hospices Civils de Lyon, chef de projet, référent de ce mémoire, pour sa grande disponibilité, son soutien et son aide précieuse.

Je remercie également Yves Servant, directeur du Groupement Sud, et Guillaume Ducolomb, mon maître de stage, pour leurs conseils avisés et leur suivi attentif tout au long de mon stage.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des membres de l'équipe projet – Florence Marty, Didier Antoine, Isabelle Veillet, Pauline Magnani – avec qui j'ai travaillé avec grand plaisir au cours des derniers mois.

Je remercie chaleureusement Damien Vuillefroy et Omar Al Hussein, consultants d'Orphoz, pour leurs leçons de « *Lean Management* », les « pages » que je leur emprunte en annexe et leur bonne humeur au quotidien. Je remercie bien sûr l'ensemble de l'équipe McKinsey/Orphoz, en particulier Mathias Dufour, Thomas London et François Zattara.

Je remercie enfin tous les professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions pour ce mémoire et qui ont collaboré de manière plus générale au projet de simplification des admissions.

Sommaire

Introduction	1
1 Le diagnostic a permis de mettre en évidence les difficultés causées par le passage systématique de tous les patients au Bureau des Admissions.....	9
1.1 Périmètre du projet de simplification des admissions et volumétrie du BdA.....	9
1.1.1 Organisation du BdA au GHSud et périmètre du projet	9
1.1.2 Volume et caractéristiques des passages au BdA.....	10
1.2 Une expérience patient complexe et peu satisfaisante	11
1.2.1 Dès la prise de rendez-vous, le patient ne dispose pas de l'information adéquate.....	11
1.2.2 Lors de son arrivée au CHLS, le patient peut avoir des difficultés à se repérer	12
1.2.3 Le patient attend en moyenne 24 minutes au BdA	12
1.2.4 Le temps d'attente est amplifié par les passages prioritaires ou non liés à l'admission	13
1.2.5 Après le passage au BdA, les temps d'attente dans les services de soins peuvent être aussi élevés.....	14
1.2.6 Après son admission au BdA, le patient doit parfois passer par deux salles d'attente avant sa consultation	15
1.2.7 Au total, pour un parcours classique de préparation d'une hospitalisation, le temps administratif peut être très supérieur au temps médical	15
1.2.8 Le système d'étiquettes complexifie le parcours patient.....	16
1.3 Un système opérationnel peu adapté	17
1.3.1 Flux de patients au BdA : seulement 15% des passages au BdA sont liés à une première visite et près de 30% des passages ne concernent pas une admission	17
1.3.2 Efficience du BdA : on observe au guichet une grande variabilité dans le traitement des dossiers d'admission.....	18
1.3.3 Interface avec les services cliniques : un manque de coordination et de coopération nuit au bon fonctionnement du BdA	19
1.3.4 Qualité des dossiers administratifs : les erreurs dans les dossiers d'admission ont un impact significatif sur la facturation	19
1.4 Une organisation du BdA et un pilotage de l'activité à revoir	20
1.4.1 Les horaires d'ouverture des guichets ne correspondent pas aux flux de patients au BdA.....	20

1.4.2	Les compétences des agents sont globalement adaptées, malgré une certaine fragilité liée aux renouvellements récents et à une segmentation <i>front office / back office</i>	20
1.4.3	Le pilotage de l'activité souffre d'un manque d'indicateurs opérationnels et de l'absence de revues opérationnelles formelles avec les agents	21
1.5	Les états d'esprit et comportements reflètent un souhait de changement	21
1.5.1	Les agents du BdA ne sont pas satisfaits des conditions de travail.....	21
1.5.2	Néanmoins, il ressort des discussions menées une solidarité entre collègues et un souhait de progrès	22
1.6	Un outil MyHCL à développer	22
1.6.1	MyHCL, outil innovant des HCL, a progressivement monté en puissance au cours des dernières années.....	22
1.6.2	Néanmoins, les observations conduites ont permis de cibler des améliorations qui pourraient être apportées à MyHCL	22
1.6.3	Des projets en cours pourraient contribuer à améliorer l'expérience patient à court ou moyen terme	23
2	Si plusieurs solutions sont aujourd'hui testées dans différents établissements pour éviter ces multiples venues au BdA, les HCL ont choisi d'expérimenter le traitement sur liste des admissions en consultation	25
2.1	Benchmark des solutions mises en œuvre dans certains établissements publics de santé	25
2.1.1	L'accueil médico-administratif	25
2.1.2	La carte patient.....	26
2.1.3	Les bornes MIPIH.....	27
2.2	La méthodologie d'élaboration du plan d'actions aux HCL.....	29
2.2.1	L'atelier « vision cible ».....	29
2.2.2	Structuration des chantiers, réalisation des « quick-wins » et validation	30
2.3	La mise en œuvre des solutions retenues aux HCL.....	31
2.3.1	Les modalités de gouvernance et de gestion de projet doivent permettre un déploiement dans tous les HCL avant le passage à FIDES	31
2.3.2	Les quatre chantiers structurants du plan d'action visent à simplifier le parcours du patient.....	34
2.3.3	Résumé des impacts attendus de ces changements	39
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADH : Association des Directeurs d'Hôpitaux
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
BdA : Bureau des Admissions (ou bureau des entrées)
CDR : Consultation des Droits en Réel
CH : Centre Hospitalier
CHLS : Centre Hospitalier Lyon Sud
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés
CODIR : Comité de Direction
COPIL : Comité de pilotage
DSII : Direction du Système d'Information et de l'Informatique
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIDES : Facturation Individuelle des Etablissements de Santé
GHSud : Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon
HCL : Hospices Civils de Lyon
HEH : Hôpital Edouard Herriot
HHG : Hôpital Henry Gabrielle
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
IEP : Identifiant Externe du Patient, système qui attribue un numéro différent à chaque venue du patient à l'hôpital
IPP : Identifiant Permanent du Patient, système qui attribue un numéro à une identité de patient lors de sa première venue à l'hôpital (ce N° reste valide lors des hospitalisations successives, contrairement à l'IEP qui change à chaque hospitalisation)
MIPIH : Midi Picardie Informatique Hospitalière
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PAM : Pôle d'Activité Médicale
QR Code : Code à réponse rapide
RH : Ressources Humaines
ROC : Remboursement des Organismes Complémentaires
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SGM : Service de Gestion des Malades
SI : Système(s) d'Information

SIMPHONIE : Simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées

SSA : Service de Santé des Armées

TIPI : Titres Payables Par Internet

UF : Unité Fonctionnelle

Introduction

Deux ans après la présentation du « choc de simplification »¹ lancé par le Président de la République François Hollande en 2013, quatre-vingt-douze nouvelles mesures ont été annoncées par Thierry Mandon, secrétaire d'Etat à la Réforme de l'Etat et à la Simplification, le 1^{er} juin 2015. Cette nouvelle vague de mesures qui s'ajoutent aux trois cent soixante-dix-huit déjà prévues vise à rendre plus rapides et plus efficaces les relations entre les citoyens ou les entreprises et l'administration ainsi qu'à permettre la réalisation de plusieurs milliards d'euros d'économies (pour un montant cumulé de 17 milliards d'euros en 2017). Parmi les propositions du Gouvernement, de nombreuses réformes consistent à dématérialiser les procédures administratives pour faciliter les démarches des justiciables : inscription à Pôle Emploi sur internet, accès en temps réel au résultat du permis de conduire et obtention d'une attestation provisoire sur smartphone, possibilité de contester en ligne une amende radar... La digitalisation des processus, en permettant de diminuer le temps consacré par les usagers des services publics à leurs démarches administratives, semble être devenue l'instrument privilégié du programme de simplification.

Si l'hôpital public n'a pour l'instant pas été inclus dans le « choc de simplification » du Gouvernement, malgré les appels de l'ADH² et de la FHF³, les établissements publics de santé s'engagent eux aussi dans des initiatives locales de modernisation et de simplification afin d'accroître leur performance grâce à la réalisation d'économies structurelles et à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients. La simplification apparaît en effet comme le moyen de concilier les attentes des usagers, les souhaits des professionnels et les contraintes financières qui pèsent sur l'hôpital.

A l'hôpital public, comme dans de nombreux secteurs de l'économie française, l'excès de « paperasserie administrative » compte parmi les griefs les plus fréquents tant des usagers que des professionnels. La réglementation, de plus en plus dense et complexe, impose en effet aux établissements publics de santé d'enregistrer, de tracer et de faire

¹ <http://simplification.modernisation.gouv.fr/>

² APM, « L'ADH dévoile ses propositions détaillées de simplification et de modernisation de l'hôpital », 16/06/2014, disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.adh-asso.org/IMG/pdf/APM-_L_ADH_devoile_ses_propositions_detaillees_de_simplification_et_de_modernisation_de_l_hopital.pdf (consulté le 04/08/2015)

³ Frédéric Valletoux, « Les hôpitaux, grands oubliés du choc de simplification », Les Echos, 17/06/2015, disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/021139982297-les-hopitaux-grands-oublies-du-choc-de-simplification-1129003.php> (consulté le 04/08/2015)

remonter un certain nombre d'informations dans le but d'assurer une qualité optimale des soins et une bonne gestion comptable et financière des structures sanitaires. Pour faire face à ces lourdeurs parfois excessives, qui font perdre du temps tant aux usagers qu'aux professionnels, les démarches de simplification apparaissent comme une stratégie « gagnant-gagnant » et font donc généralement consensus : d'un coût nul ou quasi-nul, ces mesures permettent de faire des économies structurelles et d'améliorer la qualité du service rendu en rendant les procédures plus efficaces, plus lisibles et plus rapides. La simplification, par le biais de leviers tels que la rationalisation et la standardisation des « process », l'automatisation des opérations ou encore l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, réduit en effet les gaspillages et permet ainsi de diminuer les ressources allouées à un processus.

L'efficacité du bureau des admissions (BdA) est aujourd'hui un élément déterminant pour la performance globale d'un établissement public de santé : optimiser les processus d'admission par le biais d'une démarche de simplification drastique contribue de manière significative aux résultats qualitatifs et financiers d'un établissement. En effet, dans tous les hôpitaux français, le BdA est aujourd'hui confronté à un triple défi.

Le premier défi est celui de la qualité de l'accueil du patient. Le BdA représente la première étape du patient dans son parcours au sein de l'établissement de santé et est, à ce titre, un élément clé du processus d'accueil de l'utilisateur. A l'heure où la satisfaction des patients est recueillie sur des questionnaires en ligne⁴ et où les internautes peuvent consulter les avis des usagers sur internet⁵, la première impression laissée à l'utilisateur peut être un élément important dans son appréciation globale du service rendu au cours de son séjour ou passage. Un BdA efficace, simple et pensé pour le patient, contribue à l'amélioration de l'accueil des usagers et ainsi à la qualité du service hospitalier, de plus en plus personnalisé.

Le deuxième défi est celui de la bonne identification des patients, dont dépendent la qualité et la sécurité des soins. L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, thématique évaluée par les experts de la Haute Autorité de Santé lors de la visite de certification, permet en effet de s'assurer que les bons soins sont fournis à la bonne personne. L'admission (ou la pré-admission) est une étape clé du parcours du

⁴ En février dernier, la Haute Autorité de Santé (HAS) a annoncé faire évoluer l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en court séjour MCO pour être recueilli de façon continue et auprès de tous les patients grâce à un questionnaire en ligne disponible sur son site : « I-Satis » devient « e-Satis ».

⁵ Le site www.hospitalidee.fr, lancé le 24 juillet 2015, permet, à l'instar de sites tels que « tripadvisor » pour les hôtels et restaurants, de collecter les avis de patients, occasionnels ou chroniques, et de comparer les établissements en fonction des appréciations laissées.

patient : une erreur à l'entrée du patient se répercutera sur l'ensemble de sa prise en charge dans l'établissement. C'est pourquoi il est essentiel que la problématique de l'identito-vigilance soit prise en compte dans l'élaboration des processus du BdA.

Le troisième enjeu est celui de la facturation et du recouvrement des recettes. Dans le contexte actuel marqué par les contraintes de la tarification à l'activité et par les mesures d'économie qui pèsent sur les établissements publics de santé⁶, l'impact du taux et du délai de recouvrement des créances hospitalières sur la situation financière des établissements appelle les dirigeants hospitaliers à une plus grande vigilance sur l'amélioration de ces indicateurs. La qualité de l'élaboration des dossiers administratifs des patients, dont dépend la qualité de la facturation, est donc un enjeu majeur pour les établissements de santé.

Par ailleurs, le BdA est un acteur essentiel de la mise en œuvre opérationnelle de la FIDES (facturation individuelle des établissements de santé). Cette réforme, déployée progressivement en fonction de la taille et des catégories d'établissements, devrait être appliquée pour les actes et consultations externes aux HCL à partir du 1^{er} mars 2016⁷. Les HCL adresseront alors directement à l'assurance maladie obligatoire, pour chaque épisode de soins, une facture destinée au remboursement des frais de soins prodigués, pour la part de ces frais pris en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire. Le premier impact de cette réforme est donc quantitatif : la FIDES imposant une facturation par épisode de soins, le nombre de factures va augmenter de façon considérable. Cela entraîne une augmentation de la charge de travail des admissionnistes qui réalisaient jusqu'à présent un seul dossier de venue (IEP) pour un patient qui revenait plusieurs fois en consultation ou hôpital de jour dans un même service au cours d'une année. Ils devront désormais créer un dossier administratif pour chacune des consultations ou séances d'hospitalisation de jour. L'expérience des centres hospitaliers laisse à penser que le nombre de dossiers serait ainsi multiplié par deux ou trois. Cette réforme a également des conséquences qualitatives puisque les rejets de facturation par l'assurance maladie, ayant un impact immédiat sur la trésorerie des établissements, inciteront les établissements à mobiliser l'ensemble de la chaîne d'identification des patients et de collecte des actes pour améliorer la qualité et l'exhaustivité de la facturation.

⁶ Sur les 10 milliards d'euros d'économie du plan triennal pour l'assurance maladie, 3 milliards sont demandés aux établissements de santé, dont 730 millions € dès 2015 (http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss2015_annexe7.pdf).

⁷ Décret n°2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Devant l'ampleur de ces trois défis (« accueil », « identification », « facturation »), une même solution est retenue par de nombreux établissements pour gagner en efficacité : la dématérialisation⁸. Le remplacement des supports d'information matériels par des données numérisées présente en effet de nombreux avantages : diminution des dépenses en ressources matérielles, réduction du temps de traitement de l'information, simplification des processus, sécurisation des données, etc. La dématérialisation progressive des processus d'identification des passages va entraîner une mue sans précédent des BdA⁹, comme le montrent les projets lancés dans plusieurs établissements de santé au cours des cinq dernières années.

On peut citer en premier lieu la prise de rendez-vous en ligne qui permet d'améliorer la qualité de l'expérience patient. Le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble a ainsi créé en 2010 le service « e-patient » qui permet aux consultants qui le souhaitent de prendre leurs rendez-vous sur internet. Le patient accède aux disponibilités des agendas des médecins (logiciel DRDV de Cristal-Net) pour lesquels il est autorisé et peut ainsi prendre un rendez-vous sans intermédiaire. Les rendez-vous sont ensuite confirmés par le secrétariat de l'unité de soins et validés par le BdA qui crée une pré-admission. Le patient peut se rendre directement dans l'unité pour sa consultation. Depuis le 21 juillet 2015, le CHU de Toulouse propose également un service de prise de rendez-vous en ligne intitulé « Clic & Consult' » qui vient s'ajouter à l'application pour smartphone lancée en novembre 2014 par le CHU.

C'est également sur la dématérialisation que repose le projet SIMPHONIE, dont la phase expérimentation a été lancée en mai 2015 dans trente établissements. Le programme de simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées vise à dématérialiser les échanges et à automatiser les processus afin de concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers. L'objectif est de simplifier et d'améliorer le parcours administratif du patient dès l'accueil grâce à la pré-admission en web-service pour éviter l'attente, mais aussi au moment de la facturation avec le paiement immédiat du reste à charge avant la sortie de l'hôpital ou avec le paiement en ligne, et lors du recouvrement simplifié des parts assurance maladie et organisme complémentaire par l'hôpital. SIMPHONIE intègre ainsi plusieurs projets qui reposent sur la dématérialisation des échanges, la numérisation des informations et l'automatisation des procédures : le projet FIDES que nous avons mentionné plus haut, le projet « CDRi » qui permet la

⁸ On peut lire sur le site internet du Ministère de la Santé : « La dématérialisation est l'un des leviers majeurs de gains d'efficacité dans les établissements de santé » (<http://www.sante.gouv.fr/symphonie-simplifier-moderniser-ameliorer-la-facturation-a-l-hopital.html>).

⁹ Antoine Georges-Picot, « Les habits neufs du bureau des entrées », *Finances Hospitalières*, n°87, janvier 2015, pp.8-10

consultation des droits réels AMO en ligne directement par le logiciel de facturation (l'admissionniste n'a plus besoin de faire une recherche dans CDR), le projet ROC (remboursement des organismes complémentaires) qui permettrait aux établissements de santé d'envoyer sous forme dématérialisée les factures aux organismes complémentaire, et le projet TIPI dont l'objectif est le déploiement dans les établissements de santé du paiement en ligne par carte bancaire des factures hospitalières pour les particuliers, en régie.

Les HCL n'ont pas fait le choix de s'engager dans le projet SIMPHONIE mais travaillent depuis plusieurs années sur l'amélioration du parcours administratif du patient, notamment grâce à la mise en œuvre du projet MyHCL dès 2012. MyHCL est un service en ligne gratuit et sécurisé proposé aux patients des HCL pour faciliter leurs formalités administratives et leur suivi médical. Cet outil permet de faire une demande de rendez-vous de consultation en ligne, de préparer son dossier d'admission pour éviter le passage au bureau des admissions, d'accéder au service de paiement en ligne, de donner son avis sur son séjour à l'hôpital, de stocker ses informations de santé dans un espace personnalisés et sécurisé, de préparer son itinéraire et son séjour, etc. Si MyHCL apporte des services innovants et modernes à ses utilisateurs, il n'a cependant pas permis de diminuer les flux de passage aux différentes antennes du BdA qui se trouvent régulièrement débordées lors des pics d'affluence.

Un changement du logiciel d'admission en avril 2015 a par ailleurs catalysé les difficultés de gestion de flux de patients au BdA. En effet, le logiciel GEMA d'admission et de facturation, installé depuis vingt-et-un ans aux HCL, a été remplacé par le logiciel PASTEL sur les quatorze établissements du CHU. Cette opération a nécessité un changement des outils de travail et des périphériques pour les équipes du BdA, mais aussi des interfaces avec l'ensemble des logiciels métiers utilisés sur l'établissement. Le nouveau logiciel a également fait évoluer les pratiques des unités de soins, avec la mise en place des différents modules d'EASILY en parallèle : les services impriment désormais directement les étiquettes nécessaires à la prise en charge des patients ayant effectué les formalités d'admission ou de pré-admission. Les difficultés techniques liées à ces changements ont conduit à des temps d'attente supérieurs à la moyenne pendant une phase transitoire de quelques semaines.

Dans ce contexte et suivant l'axe 2 du projet d'établissement « Horizon 2017 » intitulé « repenser la culture de l'institution autour de la réponse aux besoins du patient dans une stratégie de conquête et de fidélisation de la clientèle », les HCL ont souhaité refondre totalement la gestion de la partie administrative du dossier patient et repenser en

profondeur les processus d'admission, leur management et leurs outils afin d'améliorer la qualité du service rendu au patient. Il s'agissait pour la direction générale des HCL de trouver une réponse aux trois défis que nous avons cités plus haut : la qualité de l'accueil du patient, la sécurisation de la facturation et le maintien des standards d'identito-vigilance. Le projet « simplification de l'admission des patients », lancé en juin 2015, avait donc pour ambition de répondre à la problématique suivante : *peut-on simplifier drastiquement les processus d'accueil administratif du patient et ainsi limiter au maximum le temps consacré par un patient aux formalités administratives sans dégrader la qualité de la facturation et la sécurité des soins liée à la bonne identification des patients ?*

Pour répondre à cette problématique, la démarche utilisée par les HCL a consisté à mettre en place un projet pilote au Centre Hospitalier Lyon Sud en se faisant accompagner par une équipe de consultants de la société McKinsey/Orphoz, sélectionnée par appel d'offre en mai 2015. Ce projet pilote devait répondre à trois objectifs : 1) fluidifier au maximum le parcours d'admission au service du patient ; 2) améliorer les conditions de travail des professionnels du BdA et mieux valoriser leur rôle ; 3) innover en garantissant la qualité des soins et de la facturation.

Les consultants de McKinsey/Orphoz et la direction des HCL ont choisi de répondre à ces objectifs en adoptant une approche de « *lean management* ». Le *lean management* est un « processus d'amélioration continue et de création de la valeur par l'élimination des gaspillages »¹⁰ inspiré des méthodes de Toyota. En d'autres termes, c'est une organisation du travail qui cherche à mettre à contribution chaque acteur afin d'éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise. Pour ce projet de refonte des processus d'admission, il a été décidé de combiner la mise en œuvre d'une analyse selon la méthodologie *Lean* (en travaillant simultanément sur trois axes : les systèmes techniques, l'infrastructure de gestion, la culture et les compétences), avec des leviers de digitalisation des processus.

En pratique, le projet a associé au sein du comité de pilotage deux consultants de McKinsey/Orphoz à plusieurs directeurs des HCL, tant au niveau central que local (cf annexe 2). Ce comité de pilotage s'est réuni aux étapes clés du projet, c'est-à-dire à la fin de chaque phase, pour définir les orientations à prendre, suivre l'avancement de la démarche et valider les livrables proposés. L'équipe projet resserrée était animée par Guillaume Gobenceaux, directeur du pôle clientèle au GHSud et chef de projet. Elle était composée de deux consultants de McKinsey/Orphoz, Damien de Vuillefroy et Omar Al Hussein, de Florence Marty, responsable du bureau des admissions du GHSud, de Didier

¹⁰ Michaël Ballé, Geoffroy Beauvallet, *Le management lean*, Paris, Pearson, 2013

Antoine, attaché d'administration du PAM Urgences, et de Pauline Magnani, attachée d'administration au service de gestion des malades (direction centrale des HCL). J'ai moi-même été membre à part entière de cette équipe resserrée en tant que pilote de différents chantiers. L'équipe projet s'est réunie tous les jours pour un « *brief* » en début de journée (revue des actions prévues dans la journée) et pour un « *débrief* » en fin de journée (bilan de la journée de chacun), du 16 juin au 20 novembre 2015. Une équipe projet élargie, comprenant notamment un cadre de santé et une secrétaire médicale, était réunie chaque jeudi pour une revue hebdomadaire permettant de faire le point sur les travaux de la semaine écoulée, d'identifier les problèmes majeurs à remonter et d'organiser la semaine à venir.

Le projet pilote était organisé en trois phases successives (cf annexe 3). Tout d'abord, de début juin à mi-juillet 2015 a eu lieu la phase 1 d'état des lieux, d'évaluation de l'efficience et de définition des principes de refonte des processus. Au début de cette phase, une série d'entretiens a permis de cadrer le périmètre de la mission et de dresser une liste de premiers constats (cf annexe 4). Quatre semaines ont ensuite été consacrées à la réalisation du diagnostic et à la définition des principes de refonte du processus. La deuxième phase a consisté en l'élaboration de projets d'évolution et la réalisation de gains rapides (« *quick-wins* »). Elle s'est déroulée de fin août à début octobre. Enfin, la troisième phase, celle de la mise en œuvre du plan d'actions de la phase pilote a débuté le 19 octobre 2015.

Le diagnostic a permis de mettre en évidence les difficultés causées par le passage systématique de tous les patients au BdA (1). Si plusieurs solutions sont aujourd'hui testées dans différents établissements de France pour éviter ces multiples venues au BdA, les HCL ont choisi d'expérimenter le traitement sur liste des admissions en consultation (2).

1 Le diagnostic a permis de mettre en évidence les difficultés causées par le passage systématique de tous les patients au Bureau des Admissions

La première phase du projet, dite de diagnostic, a duré quatre semaines, du lundi 15 juin au vendredi 10 juillet (cf annexe 5). L'équipe projet a réalisé plus de vingt entretiens avec les membres du comité de pilotage, des admissionnistes, des adjoints des cadres du BdA, des secrétaires médicales et des cadres de santé des services de consultations, des personnels de la DSII et du SGM. Une dizaine d'ateliers visant à décrire le parcours patient, les raisons de passages au BdA, les principales causes de variabilité des agents, l'utilisation des étiquettes et les systèmes d'information en support au parcours patient ont été organisés. Une enquête et des « groupes focus » ont permis d'évaluer l'état d'esprit des agents du BdA. Plus de trente heures d'observation sur le terrain, dans les différentes antennes du bureau des admissions, dans les salles d'attente de consultation et en gestion, ainsi que le suivi de plusieurs patients ont complété ces outils d'analyse. Les premiers constats ont été approfondis à l'aide d'analyses détaillées des données recueillies et de comparaisons avec d'autres groupements des HCL et avec d'autres établissements de santé.

1.1 Périmètre du projet de simplification des admissions et volumétrie du BdA

1.1.1 Organisation du BdA au GHSud et périmètre du projet

Le BdA du GHSud compte 62 agents et est organisé en plusieurs antennes réparties sur les différents bâtiments du site (cf annexe 6). Les trois antennes principales sont celles du Pavillon Médical (5 guichets), du bâtiment chirurgical 3A (7 guichets d'admission) et du bâtiment médico-technique 3B (5 guichets). Sur ces trois antennes le BdA est ouvert de 7h30 à 18h. Les agents arrivent de manière échelonnée dans la matinée. Le BdA comprend également 4 antennes de moindre importance en termes de flux de patients : l'hématologie (3 postes de travail), la dermatologie (1 poste de travail), le Service d'Accueil des Urgences (2 postes de travail) et l'hôpital Henry Gabrielle (1 poste de travail). Enfin, on compte 7 bureaux de gestion au 3B et 2 bureaux de gestion au 3A. Pour simplifier le travail d'analyse, le choix a été fait de ne pas inclure les quatre plus petites antennes dans le périmètre du projet.

1.1.2 Volume et caractéristiques des passages au BdA

Les HCL totalisent 515 000 admissions par an dont 110 000 nouveaux patients en 2013. Pour le seul Groupement Sud, on comptait 716 admissions par jour en moyenne en 2013. Une extraction des données du logiciel GEMA (cf annexe 7) a permis de montrer que 343 000 dossiers d'admission ont été créés en 2014.

72% des admissions sont réalisées sur les antennes du bâtiment 3A, du bâtiment 3B et du Pavillon médical. Une requête réalisée sur le mois de juin 2014 donnait les chiffres suivants : le nombre moyen de patients par jour était de 229 à l'antenne du 3A, de 212 à l'antenne du 3B, de 262 au pavillon médical et de 57 à l'antenne d'hématologie (soit 760 admissions par jour au total).

a) Les consultations et actes externes représentent la majorité des admissions

Comme le souligne Antoine Georges-Picot¹¹, l'organisation de l'admission des patients à l'hôpital reste encore marquée par l'idée que le patient est en hospitalisation programmée. Or la réalité a fortement évolué et les hospitalisations complètes programmées ne représentent plus que 10% environ des admissions dans un centre hospitalier MCO. Cela est dû au développement des consultations externes, des hôpitaux de jour, des séances et de la chirurgie ambulatoire, à l'ouverture des plateaux médico-techniques vers l'extérieur et à l'explosion des passages aux urgences.

En ce qui concerne le Groupement Sud des HCL, les chiffres montrent que 71% des admissions de 2014 ont été faites pour des consultations, 16% pour une hospitalisation de jour et 14% pour une hospitalisation complète.

b) Les nouveaux patients représentent une très faible part des admissions

On constate grâce à l'analyse des données informatiques que 85% des admissions sont faites pour des patients déjà connus des HCL. Ce constat rejoint les observations qui ont été faites dans d'autres établissements : les admissions sont concentrées sur une part minoritaire de patients chroniques ou poly-pathologiques qui reviennent à plusieurs reprises à l'hôpital au cours d'une même année.

Ces premiers constats sont essentiels pour la suite de l'analyse : on voit que la très grande majorité des volumes de passages au BdA constituent des dossiers simples et dont le temps de traitement pourrait être réduit (71% d'admissions en consultations et 85% d'admissions pour un patient déjà connu des HCL).

¹¹ Antoine Georges-Picot, « Les habits neufs du bureau des entrées », *Finances Hospitalières*, n°87, janvier 2015, pp.8-10

1.2 Une expérience patient complexe et peu satisfaisante

Plusieurs jours d'observation (cf annexe 8) ont été nécessaires pour identifier les principaux dysfonctionnements et les causes majeures d'insatisfaction dans le parcours d'admission du patient. Le suivi en temps réel des tickets pris au BdA (avec appel sur un panneau lumineux) a permis de calculer les temps d'attente moyens et maximums sur la période d'observation (cf annexe 9). Une cinquantaine d'entretiens semi-ouverts de quelques minutes ont été conduits avec des personnes patientant au BdA, donc avant leur passage au guichet d'admission (cf annexe 10). Ces entretiens ont été complétés par une brève enquête de satisfaction menée auprès de 24 personnes patientant dans les salles d'attente de plusieurs consultations, donc après le passage au guichet d'admission (cf annexe 11).

1.2.1 Dès la prise de rendez-vous, le patient ne dispose pas de l'information adéquate

Lorsque le patient prend un rendez-vous pour une consultation à l'hôpital, le service lui envoie dans la plupart des cas une convocation. Un travail d'uniformisation de ces consultations avait été fait il y a plusieurs années mais on constate qu'avec le temps les informations données varient d'un service à l'autre. Ainsi, une patiente d'ophtalmologie, interrogée en salle d'attente de consultation, fait la remarque suivante : « On ne m'avait pas dit de prévoir 45 minutes pour les étiquettes : la convocation d'ophtalmologie indique de prévoir 15 minutes ». En effet, certains services indiquent sur la convocation de se présenter 45 minutes avant l'heure de la consultation au BdA, tandis que d'autres services indiquent seulement 30 minutes, voire 15 minutes (cf annexe 12). L'enquête réalisée auprès des patients en salle d'attente de consultation montre que les informations données par le service sont très variables d'un individu à l'autre : certains n'ont pas reçu de convocation et n'ont pas été avertis du temps d'attente au BdA tandis que d'autres ont reçu la consigne par téléphone de se présenter au BdA une heure avant l'heure du rendez-vous de consultation. Le temps d'attente moyen constaté depuis la mise en œuvre de Pastel fin avril étant plus proche de 30 minutes que de 15 minutes, avec des pics dépassant l'heure, comme nous le verrons plus loin, une information erronée ou manquante peut entraîner des retards en consultation et désorganiser le service. Ces retards peuvent être particulièrement préjudiciables pour des services comme celui de chirurgie ambulatoire, avec un programme opératoire très dense.

Par ailleurs, certains services ont programmé à partir du logiciel « DRDV » l'envoi d'un SMS de rappel la veille de la consultation. Cependant, il apparaît que tous les SMS ne

contiennent pas les mêmes informations : certains n'indiquent que la date du rendez-vous et le numéro du standard de l'hôpital, tandis que d'autres indiquent le service et l'heure exacte du rendez-vous. Au total, cette hétérogénéité entre les services peut entraîner une certaine confusion pour les patients.

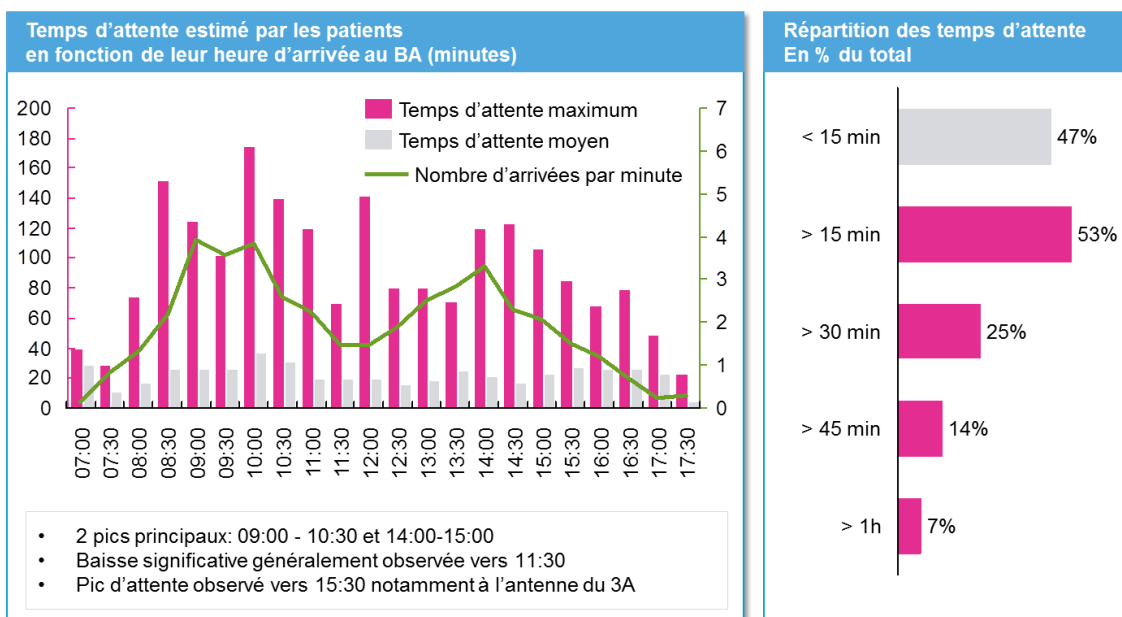
1.2.2 Lors de son arrivée au CHLS, le patient peut avoir des difficultés à se repérer

Dès son arrivée au CHLS, le patient peut avoir des difficultés d'orientation sur un site étalé sur une grande superficie et comprenant de nombreux bâtiments. La plupart des usagers rencontrent également des difficultés pour stationner leur véhicule aux abords des bâtiments. Une fois entré dans le bon bâtiment, il n'est pas plus aisé de se repérer, comme le souligne une patiente interrogée en salle d'attente de consultation : « la signalétique pour l'orientation dans le bâtiment n'est pas très claire » (cf annexe 13). La confusion est parfois tout aussi grande au niveau du BdA, remarque une autre patiente après son admission : « en entrant au bureau des admissions, les gens ne savent pas s'ils doivent attendre, s'ils doivent prendre un ticket. Certaines personnes ont attendu trente minutes avant de prendre un ticket. » Ces multiples difficultés peuvent engendrer des retards supplémentaires, avant même le passage au guichet d'admission.

1.2.3 Le patient attend en moyenne 24 minutes au BdA

L'enquête¹² réalisée pendant une semaine a permis de calculer le temps moyen d'attente au BdA et les temps d'attente maximums. Selon leurs estimations, les patients attendent en moyenne 24 minutes au BdA, mais ce temps d'attente est variable selon l'heure d'arrivée et le jour de la semaine. On constate en effet qu'il y a deux pics principaux entre 9h et 10h30 (temps d'attente moyen de 40 minutes et temps d'attente maximum de 170 minutes) puis entre 14h et 15h (temps d'attente maximum de 120 minutes). En revanche, on note une baisse significative entre 11h30 et 13h. Les temps d'attente sont plus élevés en début de semaine, en particulier le lundi matin. Au total, près de la moitié des patients attendent moins de 15 minutes mais un quart attend plus d'une demi-heure. Ces résultats sont confirmés par une observation faite le 17 juin entre 7h30 et 10h à l'antenne du 3B (on note l'heure de la prise de ticket et l'heure de l'appel du ticket) : le temps d'attente moyen était de 24 minutes sur cette tranche horaire, avec un temps d'attente maximum de 50 minutes.

¹² Source : estimation des patients venant au BdA, toutes antennes confondues (3A, 3B, et Pavillon Médical), hors taxis et ambulanciers, soit 1273 passages au BdA entre le 18 et le 23 juin. Les admissionnistes ont demandé à chaque personne combien de temps elle estimait avoir attendu.



1.2.4 Le temps d'attente est amplifié par les passages prioritaires ou non liés à l'admission

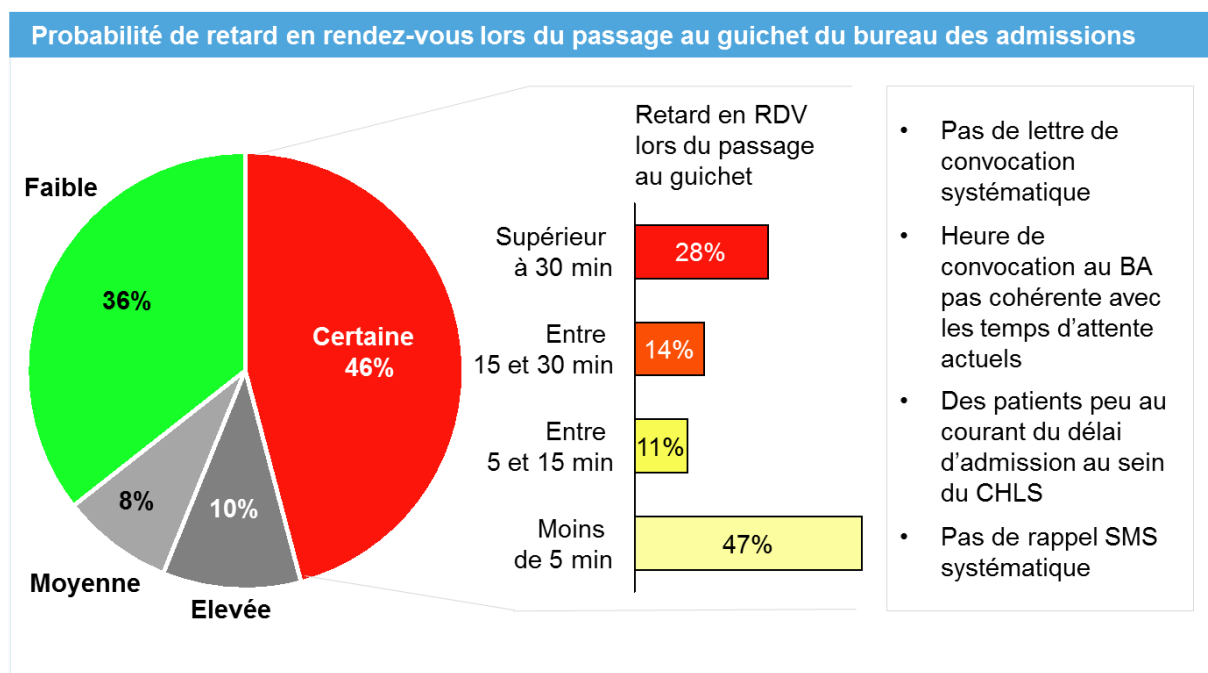
Les observations en salle d'attente (cf annexe 14) et la collecte d'informations auprès des patients venant au BdA¹³ ont permis de montrer qu'un certain nombre de passages prioritaires amplifient l'attente et la frustration des patients. En effet, environ 11% des venues sont des chauffeurs de taxis ou ambulanciers qui viennent faire les démarches pour le patient transporté. Les taxis et ambulanciers sont prioritaires et ne prennent donc pas de ticket : ils se présentent directement au premier guichet disponible. Il n'y a pas de guichet réservé pour les taxis et ambulances, sauf au 3A. Cette pratique tend à agacer les patients qui attendent parfois depuis plus de 30 minutes. Surtout, lors de l'arrivée simultanée ou successive de plusieurs chauffeurs de taxis et ambulanciers, tous les guichets se trouvent engorgés et aucun patient n'est appelé pendant un long moment. C'est ce qui s'est produit le 17 juin lors de l'observation des temps d'attente (avec pointage des heures de prise de ticket et d'appel) : de 7h30 à 8h35 le temps d'attente moyen était de 10 minutes, puis l'arrivée d'une dizaine de taxis et ambulances entre 8h30 et 9h a embolisé les guichets et aucun patient n'a été appelé pendant près de 30 minutes. Le temps d'attente moyen est alors passé à 42 minutes entre 8h35 et 10h.

On constate également que de nombreux passages ne sont pas pour une admission. 13% des venues sont pour une sortie : le patient demande au BdA l'édition d'un certificat de passage (consultation) ou d'un bulletin de situation (hospitalisation). Les appels téléphoniques représentent quant à eux environ 1%. Or on a pu constater que les

¹³ 1786 réponses données par les patients entre le 18 et le 23 juin (toutes antennes confondues)

admissions par téléphone sont source de nombreuses erreurs. Les professionnels HCL, qui se considèrent souvent comme prioritaires et n'ont souvent pas la carte MyHCL, représentent également 1% des passages. Enfin, 7% des venues sont pour des raisons diverses : oubli ou perte d'étiquettes, demande de renseignements (orientation, recherche de patient, etc.), état civil (naissances et décès) à l'antenne du 3B, réorientation par le service de soins pour l'impression d'étiquettes, patient MyHCL mal renseigné ou dont le compte n'est pas activé, etc. Ces différents motifs de passage, sans critère d'urgence, ont pour conséquence une augmentation du temps d'attente pour les patients qui doivent faire leur admission avant l'heure de leur rendez-vous.

Il résulte de ces différents éléments que près de la moitié des patients sont déjà en retard à leur rendez-vous lorsqu'ils s'assoient devant l'admissionniste au guichet du BdA. 13% des patients arriveront avec un retard supérieur à 30 minutes en consultation.



Source : collecte d'information auprès des patients venant au BA (toutes antennes confondues)
 258 réponses données par les patients entre le 18 et le 23 juin 2015
 Retard certain: heure de RDV déjà passée ; probabilité élevée : passage à moins de 10 min du RDV
 Probabilité moyenne : moins de 20 min ; probabilité faible : plus de 20 minutes

1.2.5 Après le passage au BdA, les temps d'attente dans les services de soins peuvent être aussi élevés

Une fois le patient arrivé dans le service, il doit encore attendre avant d'entrer dans le box de consultations. Anne Tonoli, cadre supérieure de santé à la direction de la performance, en charge du projet de réorganisation des consultations, remarque : « il faut savoir que là où le patient attend le plus c'est avant de voir le médecin, en salle d'attente

de consultations ». C'est en effet ce qu'elle a pu constater en 2013 lorsqu'elle avait réalisé une enquête de satisfaction auprès des patients du PAM Médecine de l'hôpital Edouard Herriot (70 réponses) : 17% seulement des patients ont attendu moins de 15 minutes en salle d'attente de consultation, alors que 47% des personnes interrogées à Lyon Sud en juin ont attendu moins de 15 minutes au BdA ; 21% des patients ont attendu plus d'une heure en salle d'attente de consultations à Edouard Herriot alors que seuls 7% des patients ont attendu plus d'une heure au BdA au CHLS.

1.2.6 Après son admission au BdA, le patient doit parfois passer par deux salles d'attente avant sa consultation

Pour la consultation de chirurgie maxillo-faciale et pour celle d'ORL, le patient doit passer par deux salles d'attente avant d'arriver dans le box de consultations. Si l'on prend l'exemple de l'ORL (cf annexe 15), on s'aperçoit que le patient, une fois passé par le bureau des admissions et arrivé dans le service d'ORL, doit attendre dans une première salle d'attente avant de pouvoir donner ses étiquettes à la secrétaire médicale qui l'accueille, note son arrivée et vérifie son dossier. Cette première attente est courte mais le patient est ensuite conduit par une infirmière ou une aide-soignante dans une seconde salle d'attente où il devra patienter plus d'une heure (le jour de l'observation) avant de pouvoir entrer dans le box et voir un médecin. Si ce parcours particulièrement complexe n'existe que pour deux spécialités sur quinze, on note cependant qu'en 2014 plus de 41 000 patients ont dû attendre dans deux salles d'attente après leur passage au BdA.

1.2.7 Au total, pour un parcours classique de préparation d'une hospitalisation, le temps administratif peut être très supérieur au temps médical

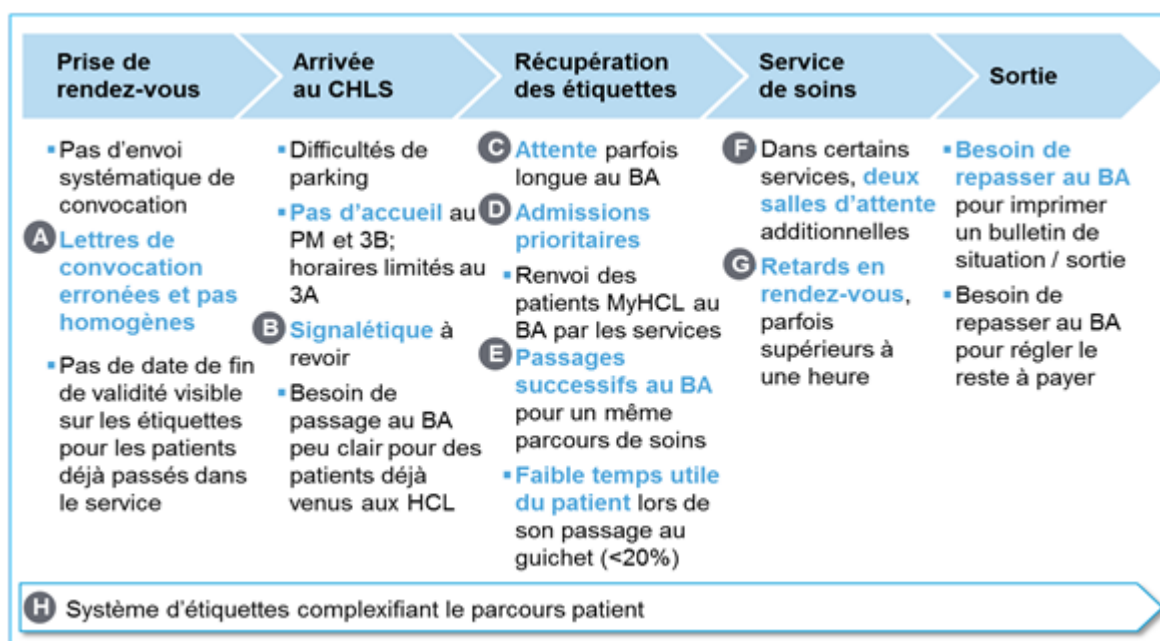
Si l'on regarde le parcours assez classique d'un patient pour la préparation d'une hospitalisation, avec par exemple deux consultations et une pré-admission pour une hospitalisation, on remarque que le temps consacré aux procédures administratives peut être très supérieur au temps de prise en charge médicale et soignante. Si l'on considère que le patient passe trente minutes au BdA (attente et démarches comprises) puis trente minutes en salle d'attente de consultation et que chaque consultation dure quinze minutes, le patient aura passé cent-cinquante minutes à attendre ou à faire des démarches administratives pour trente minutes passées devant le médecin (cf annexe 16). Si l'on ajoute à cela le temps passé à chercher une place de parking et à se repérer dans les bâtiments, on conçoit assez bien que le patient puisse ne pas être très satisfait de son parcours hospitalier.

1.2.8 Le système d'étiquettes complexifie le parcours patient

Les étiquettes servent à identifier les patients : dans le cas d'une hospitalisation, une étiquette sera notamment mise sur le bracelet d'identification du patient afin de s'assurer que l'on donne les bons médicaments à la bonne personne ou que l'on procède à la bonne opération chirurgicale. Pour une consultation, la seule utilisation est pour les examens biologiques : une étiquette est collée sur le tube avant d'être envoyé au laboratoire, afin que les résultats soient associés au bon patient. Les étiquettes servent aussi à faciliter la facturation. Il est en effet courant que les secrétariats médicaux des consultations collent une étiquette par patient sur un cahier pour pouvoir les « doucher » au moment de la cotation des actes, souvent en fin de journée. Enfin, l'étiquette permet d'orienter les flux d'informations entre les services, surtout pour les demandes d'examens.

Néanmoins, plusieurs difficultés ont été observées. En premier lieu, les règles d'édition, de conservation et d'utilisation des étiquettes sont complexes et tant les personnels que les patients ont souvent du mal à les comprendre. Une patiente interrogée en salle d'attente de consultation reconnaît ainsi qu'« [elle ne comprend] pas à quoi servent les étiquettes quand on vient juste pour une consultation » et un autre patient interrogé au BdA remarque : « Des étiquettes j'en ai tout le temps mais elles sont toujours périmées. Elles ne sont valables que 6 mois... mais ce n'est jamais pareil ! ». Une troisième patiente, rencontrée en salle d'attente de consultation, témoigne des allers-retours kafkaïens qui résultent d'une mauvaise compréhension des règles d'utilisation des étiquettes : « Mardi je suis passée au BdA pour faire des étiquettes. Au BdA on m'a dit que j'avais encore des étiquettes et que je pouvais aller directement dans le service. Mais aujourd'hui quand je suis arrivée, le service m'a dit que mes étiquettes n'étaient pas valables et que je devais aller au BdA ». En second lieu, on observe que le système actuel des étiquettes engendre une multiplicité des flux physiques (patients et papiers), ce qui contribue à l'engorgement du BdA. Les étiquettes ne sont en effet valables que pour un service et seulement jusqu'à la date de fin de droits (le plus souvent au 31 décembre), ce qui multiplie les passages au BdA pour un patient. Par ailleurs, les étiquettes sont éditées par planches de 25 environ alors que dans la plupart des cas le patient n'a qu'une consultation et le service n'utilisera qu'une seule étiquette. Enfin, il est courant que la seule étiquette utilisée en consultation soit en réalité collée dans un cahier pour suivre l'arrivée des patients (cf annexe 17), alors que les secrétaires ont la possibilité de « toper » la venue du patient dans DRDV. Au final, comme le résume Guillaume Couillard, directeur général adjoint des HCL : « on fait porter au patient toute la complexité de notre organisation ».

On voit que le parcours du patient est particulièrement complexe, long et semé d'embûches. Pourtant, lorsque l'on demande aux patients s'ils sont globalement satisfaits de leur accueil administratif au CHLS, la quasi-totalité des personnes interrogées répondent qu'elles sont satisfaites¹⁴. Cela s'explique peut-être par le fait que les patients évaluent davantage la qualité de l'accueil par les professionnels que l'organisation globale du service¹⁵. Ainsi, dans les réponses au questionnaire de satisfaction remis en routine aux patients dans les salles d'attente de consultation, 94% des répondants estiment que leurs relations avec le personnel des « formalités administratives (Bureau des Admissions) » sont bonnes ou excellentes (cf annexe 18).



1.3 Un système opérationnel peu adapté

1.3.1 Flux de patients au BdA : seulement 15% des passages au BdA sont liés à une première visite et près de 30% des passages ne concernent pas une admission

D'après l'enquête réalisée auprès des patients venus au BdA (toutes antennes confondues) entre le 18 et le 23 juin (382 réponses), les motifs de passage au BdA sont les suivants : une première admission dans un service dans 30% des cas, une admission pour un patient déjà venu dans le service dans 27% des cas, une première admission au sein des HCL dans 15% des cas, une sortie dans 13% des cas, une pré-admission pour

¹⁴ Les 23 patients interrogés en salle d'attente de consultation le 18 juin se sont dit satisfaits ou très satisfaits de l'accueil au BdA, y compris les 2 patients qui disaient avoir attendu plus de 40 minutes avant d'avoir des étiquettes.

¹⁵ Quelques verbatims de patients semblent confirmer cette hypothèse (« Ils sont gentils, agréables, ils nous renseignent bien »).

une hospitalisation dans 8% des cas et des motifs divers pour les 7% restants (cf annexe 19).

On constate donc que près de 30% des passages ne sont pas effectués pour une admission directe. Simplifier les procédures pour ces motifs (pré-admission, sortie, orientation du patient, etc.) permettrait de limiter les flux de manière importante sans nuire à la qualité de l'admission. Ainsi, si les formulaires de pré-admission étaient distribués aux patients de manière systématique par les services de soins et si ces formulaires étaient traités en « *back-office* » par le BdA, on pourrait éviter le passage au BdA pour toutes les pré-admissions.

Par ailleurs, les patients venant pour la première fois aux HCL représentent seulement 15% des passages. Or pour tous les autres patients il n'est pas nécessaire de créer une IPP et les procédures d'admission sont moins contraignantes. Simplifier l'admission pour les patients déjà venus aux HCL ou même déjà passés dans le service concerné, en traitant les dossiers en *back-office* ou de manière automatisée, limiterait de manière très importante le nombre de passages au BdA. La réduction des flux diminuerait ainsi pour tous les usagers le temps consacré à leur admission administrative.

1.3.2 Efficience du BdA : on observe au guichet une grande variabilité dans le traitement des dossiers d'admission

Nous avons pu constater que pour une simple admission en consultation, le temps de traitement du dossier par l'admissionniste varie du simple au triple (cf annexe 20). La moyenne est de 4 minutes et 52 secondes. Les sources de variabilité observées sont nombreuses : elles peuvent être liées à la spécificité du dossier à traiter (parcours complexe avec plusieurs admissions, volume de données à mettre à jour, manque d'information de la personne au guichet, etc.), mais aussi à des problèmes matériels et divers « irritants » qui gênent le travail des admissionnistes (lenteurs d'impression, déconnexion du lecteur de carte vitale, pièce à rapatrier de GEMA, etc.) ou encore à des aspects humains (difficultés d'utilisation de l'outil, modes opératoires variables avec par exemple des impressions et scans inutiles, appels téléphoniques pour diverses raisons, etc.). On peut ainsi identifier dès ce stade quelques leviers potentiels d'amélioration : une meilleure communication du patient en salle d'attente pour qu'il prépare les pièces demandées, l'intervention des équipes informatiques sur les périphériques, une standardisation des bonnes pratiques et la formation de tous les agents du BdA.

L'analyse au poste a mis en évidence d'autres leviers potentiels d'optimisation. A titre d'exemple, le traitement d'un dossier d'e-admission en « *back-office* » (pour les patients MyHCL) pourrait prendre environ une minute et trente secondes contre cinq minutes aujourd'hui si le renseignement des débiteurs dans Pastel était automatisé, si un protocole à suivre était défini et si la requête des droits dans CDR était également automatisée (cf annexe 21).

1.3.3 Interface avec les services cliniques : un manque de coordination et de coopération nuit au bon fonctionnement du BdA

Tout d'abord, on constate que les rendez-vous de consultation sont inégalement répartis dans la journée : on observe un pic très important en milieu de matinée et en début d'après-midi (cf annexe 22). Cette concentration des rendez-vous sur quelques plages horaires a un impact direct sur les temps d'attente au BdA : on constate que les pics d'affluence au BdA correspondent aux pics des rendez-vous.

Par ailleurs, les relations entre le BdA et les services de soins sont souvent conflictuelles : les agents du BdA estiment que les sollicitations diverses des services de soins perturbent leur travail (appels pour les mouvements de patients ou pour la recherche d'un patient sur Easily, demandes de multiples planches d'étiquettes, etc.) et le personnel tant médical que non médical des services cliniques reproche au BdA les retards occasionnés par les temps d'attente à l'admission (les médecins allant parfois chercher leurs patients en salle d'attente du BdA lorsque le retard est trop important, en particulier au moment du passage de GEMA à PASTEL).

1.3.4 Qualité des dossiers administratifs : les erreurs dans les dossiers d'admission ont un impact significatif sur la facturation

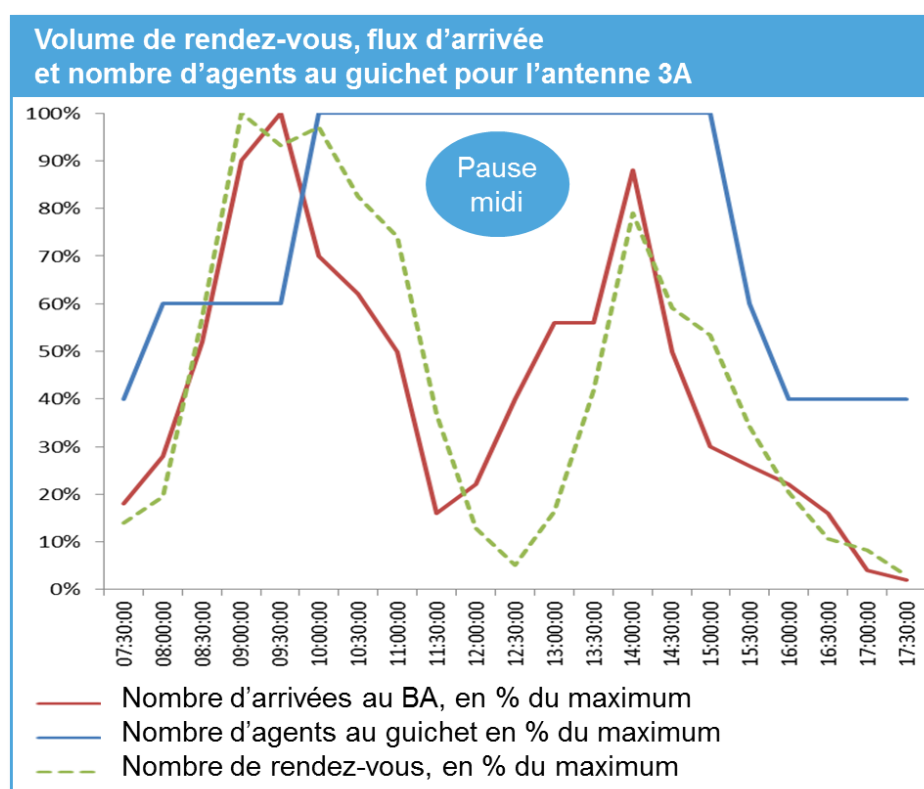
Nous n'avons pas pu obtenir de chiffres robustes et récents pour le GHSud, mais l'analyse des dossiers du Groupement Est a montré que 10% des dossiers de facturation comprenaient des erreurs liées à l'admission, 8% des dossiers présentant une anomalie et 2% ayant fait l'objet d'un contentieux (cf annexe 23). Cinq types d'erreurs récurrentes imputables à l'admission impactent significativement la facturation (7 à 30 jours de retard) : l'erreur de débiteur mutuelle, l'absence de mention du patient traitant, l'erreur sur le risque du dossier, l'erreur sur l'octroi de la chambre individuelle et la facturation du patient à tort. Plusieurs leviers sont donc envisageables pour réduire les anomalies et contentieux liés à l'admission : la formation des agents aux principes de gestion des dossiers, la définition de bonnes pratiques, la définition de règles claires pour les cas particuliers, le développement de routines d'automatisation pour limiter les saisies

manuelles, la sensibilisation des agents aux impacts des dossiers mal saisis et l'actualisation des fiches tarifaires des chambres individuelles.

1.4 Une organisation du BdA et un pilotage de l'activité à revoir

1.4.1 Les horaires d'ouverture des guichets ne correspondent pas aux flux de patients au BdA

On constate sur les trois antennes du BdA que deux guichets sont ouverts dès 7h30 alors qu'il y a peu d'arrivées de patients en début de matinée et que deux guichets restent ouverts jusqu'à 18h alors qu'il y a une forte baisse des arrivées dès 16h (cf annexe 24). Par ailleurs, on observe un décalage entre le pic d'arrivées de patients (entre 8h30 et 10h) et la période d'ouverture du maximum de guichets (entre 10h et 15h20).



1.4.2 Les compétences des agents sont globalement adaptées, malgré une certaine fragilité liée aux renouvellements récents et à une segmentation *front office / back office*

Les agents du BdA estiment que leurs compétences sont globalement adaptées à leur poste. En effet, le niveau de compétences par rapport aux exigences du poste est le seul élément jugé en moyenne satisfaisant dans l'enquête de satisfaction menée auprès de 28 agents du BdA (cf annexe 25). L'évaluation détaillée par un adjoint des cadres des

compétences des admissionnistes d'une antenne pour un poste en « *front-office* » fait également apparaître que les compétences des agents sont globalement adaptées aux exigences du poste (cf annexe 26). Cependant, les agents recrutés depuis moins de six mois n'ont pas encore acquis toutes les compétences : la période de formation semble assez longue pour ces nouveaux agents. Surtout, on note qu'une minorité d'agents ont acquis la totalité des compétences nécessaires pour un poste en « *back-office* » (cf annexe 27). Seulement trois personnes sont formées à la gestion du contentieux. Actuellement, peu d'agents en « *front-office* » pourraient donc prendre un poste en « *back-office* » sans un accompagnement appuyé.

1.4.3 Le pilotage de l'activité souffre d'un manque d'indicateurs opérationnels et de l'absence de revues opérationnelles formelles avec les agents

En ce qui concerne le pilotage de l'activité et la gestion de performance du BdA, l'évaluation croisée par l'attachée responsable du BdA et les adjoints des cadres (cf annexe 28) nous a permis d'identifier un certain nombre de points à améliorer. Le partage systématique d'indicateurs mensuels et trimestriels, le suivi au quotidien d'indicateurs opérationnels de performance, l'organisation de revues opérationnelles hebdomadaires avec les agents, la visibilité sur l'activité prévisionnelle des services de soins, la réalisation d'audits de standards et la formation aux astuces bureautiques sont autant de leviers qui permettraient un pilotage plus fin de l'activité du BdA.

1.5 Les états d'esprit et comportements reflètent un souhait de changement

1.5.1 Les agents du BdA ne sont pas satisfaits des conditions de travail

Les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des admissionnistes sont plutôt négatifs : les agents estiment que le processus d'admission et l'organisation du BdA ne sont pas satisfaisants. Lors de l'atelier « focus », les agents se sont surtout plaints des conditions de travail (matériel et environnement, agressivité de certains patients ou des ambulanciers, etc.) et de la monotonie des tâches (travail répétitif et/ou dans l'urgence). Ils soulignent également les mauvaises relations avec les services cliniques et se sentent dévalorisés par les messages négatifs qui sont véhiculés par les personnels soignants au sujet du BdA.

1.5.2 Néanmoins, il ressort des discussions menées une solidarité entre collègues et un souhait de progrès

L'atelier « focus » réalisé avec les agents du bureau des admissions ainsi que l'enquête de satisfaction montrent un sentiment de solidarité entre collègues : la plupart des admissionnistes soulignent la bonne cohésion de l'équipe, la qualité des rapports entre agents du BdA et la disponibilité de l'encadrement de proximité. Ils sont demandeurs d'améliorations à court terme et espèrent notamment un rééquilibrage des tâches, une standardisation des méthodes de traitement des dossiers, une amélioration des conditions de travail au quotidien et un meilleur accompagnement des professionnels qui débutent au BdA.

1.6 Un outil MyHCL à développer

1.6.1 MyHCL, outil innovant des HCL, a progressivement monté en puissance au cours des dernières années

Comme nous l'avons vu en introduction, MyHCL a été déployé en 2012 dans le but de désengorger le BdA grâce aux admissions en ligne et d'améliorer l'expérience patient en proposant des services innovants. Le nombre d'inscrits à MyHCL a augmenté progressivement depuis mai 2012 (cf annexe 29). On comptait 70 000 inscrits dont 40 000 comptes activés en mai 2015.

Si le nombre de patients inscrits à MyHCL représente une très faible proportion du nombre total de patients aux HCL (environ 5% à fin 2014), on constate cependant que le service semble apprécié par ceux qui l'utilisent. En effet, 40% des patients inscrits à MyHCL ont utilisé au moins deux fois ses services pour une admission en ligne (cf annexe 30).

1.6.2 Néanmoins, les observations conduites ont permis de cibler des améliorations qui pourraient être apportées à MyHCL

En premier lieu, les contraintes pour s'inscrire à MyHCL, liées notamment aux règles imposées par la CNIL, nuisent à sa diffusion. Il existe en effet un processus d'inscription assez complexe avec des contraintes à chaque étape. Le patient ne peut récupérer le formulaire qu'au BdA. Les admissionnistes ne le proposent pas systématiquement et il n'existe pas à ce jour de formulaire en ligne. De plus, il n'est pas possible de s'inscrire à MyHCL si l'on n'est jamais venu aux HCL (il faut coller une étiquette sur le formulaire). Il faut ensuite remettre le formulaire en mains propres aux agents du BdA. Enfin, les délais de traitement sont longs et la carte est souvent reçue plusieurs semaines après la

demande. L'utilité de cette carte n'est d'ailleurs pas très claire puisque seul le numéro qui y figure est nécessaire pour activer son compte.

En second lieu, le processus d'e-admission est particulièrement complexe. La phase d'activation du compte n'est pas une étape intuitive pour des personnes qui ne sont pas parfaitement à l'aise avec les outils informatiques et internet. Les modalités de connexion sont assez fastidieuses (création d'un code à usage unique à chaque connexion). Une fois connecté, le patient, qui a déjà présenté au BdA sa carte d'identité, sa carte de mutuelle et sa carte d'identité, doit scanner ces pièces et les charger sur son espace personnel MyHCL. Il doit remplir un très grand nombre de champs liés à son identité et aux débiteurs.

En troisième lieu, on constate qu'il n'y a pas toujours de cohérence dans les informations données au patient. Sur la page de prise de rendez-vous, il n'y a pas de correspondance entre les jours de consultation des médecins et les dates possibles de demande de rendez-vous. On ne voit pas les plages disponibles dans l'agenda du médecin. Une fois que la secrétaire médicale a confirmé le rendez-vous, un e-mail est envoyé au patient mais celui-ci indique seulement qu'un message est disponible sur le compte MyHCL : le patient doit se connecter à son compte pour savoir si son rendez-vous est accepté. Enfin, les agents de l'accueil des consultations ne savent pas toujours que c'est à eux d'imprimer les étiquettes des patients MyHCL et il arrive donc régulièrement qu'ils renvoient vers le BdA les patients MyHCL qui ont fait leur admission en ligne.

1.6.3 Des projets en cours pourraient contribuer à améliorer l'expérience patient à court ou moyen terme

La DSII a déjà pris en compte un certain nombre de ces difficultés d'utilisation et plusieurs actions vont être mises en œuvre pour améliorer le service : inscription en ligne et création du numéro de carte dès la dépose du dossier à partir de novembre 2015 ; envoi du résultat de l'e-admission par SMS et e-mail à partir de septembre 2015 ; génération automatique des e-admissions pour les rendez-vous en hospitalisation à partir de janvier 2016 ; application mobile à partir de juillet 2015 ; test d'une « *check-in box* » pour impression des étiquettes par les patients eux-mêmes à partir de novembre 2015.

2 Si plusieurs solutions sont aujourd’hui testées dans différents établissements pour éviter ces multiples venues au BdA, les HCL ont choisi d’expérimenter le traitement sur liste des admissions en consultation

2.1 Benchmark des solutions mises en œuvre dans certains établissements publics de santé

Avant d’analyser les solutions retenues aux HCL, nous allons étudier les alternatives qui existent à ce jour et qui ont été testées par différents établissements de santé en France.

2.1.1 L’accueil médico-administratif

La déconcentration de l’accueil administratif au niveau des pôles en unifiant l’accueil administratif et l’accueil de consultation est une modification importante qui existe déjà dans un grand nombre d’établissements. Elle simplifie considérablement le parcours du patient et diminue le temps d’attente en réunissant en un même lieu les deux points d’accueil par lesquels il devait passer avant d’accéder au box de consultation. Une forme allégée de l’accueil médico-administratif avec un simple rapprochement de l’agent du BdA de l’accueil de consultation et le maintien de la répartition classique des tâches entre admissionniste et secrétaire médicale a souvent été privilégiée par les établissements. Néanmoins, la logique de l’accueil médico-administratif est de créer un nouveau métier qui combine les fonctions de l’agent administratif du BdA avec celle de l’agent en charge de l’accueil du patient en consultation (secrétaire médicale, aide-soignant ou infirmier). Anne Tonoli, cadre supérieure de santé en charge du chantier de réorganisation des consultations aux HCL, souligne ainsi que l’accueil médico-administratif nécessite de « faire monter en compétences les professionnels, soit pour apprendre à une secrétaire médicale à faire un dossier administratif, soit pour apprendre aux agents administratifs à gérer les questions paramédicales ». Si l’accueil médico-administratif simplifie le parcours du patient, il ne permet pas à lui seul de diminuer le temps de traitement d’un dossier et de gagner en productivité.

Le projet pilote mis en œuvre au groupe hospitalier Saint Joseph à Paris dans le but de supprimer les passages au BdA repose en partie sur une forme d’accueil médico-administratif. L’ambition du projet est de recentrer le BdA exclusivement sur les premières venues et la création d’un IPP. Pour les patients déjà venus, il est mis en place un accueil unique directement dans les services de soins. Ce sont ces derniers qui créent un IEP à chaque venue du patient, expliquent la prise en charge et effectuent la facturation et

Caroline JEANNIN - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

l'encaissement après la consultation. Les pièces d'identité ne sont scannées qu'une seule fois par an et restent accessibles en ligne à tous les services, dans une logique de « zéro papier ». Ce projet implique un certain nombre de contraintes : des contraintes logistiques liées à l'accueil des patients (par exemple, mise en place de caisses mobiles dans les services médicaux), des contraintes RH liées à l'évolution du périmètre de compétence des agents des accueils de consultation, des contraintes sociales liées à la gestion du changement (sentiment de dévalorisation) et des contraintes techniques liées à l'adaptation des outils SI et au passage au « zéro papier » pour alléger la charge de travail dans les services médicaux. Une fois ces contraintes dépassées, ce système permet une forte simplification du parcours du patient et un important gain de temps, ainsi qu'une amélioration du taux d'encaissement. De plus, des évolutions associées au projet ont permis d'améliorer l'efficacité du BdA : automatisation de la recherche des droits sur CDR, files d'attente différenciées, transparence sur les flux de patients au BdA avec ajustement en temps réels des capacités à la charge de travail, etc. Cependant, ce projet nécessite une forte conduite du changement pour généraliser l'accueil unique et une vigilance renforcée lors de l'utilisation de la recherche sur CDR pour éviter les erreurs d'identité.

2.1.2 La carte patient

Une autre solution pour limiter les passages au BdA et simplifier le parcours du patient a été imaginée et mise en œuvre par le Service de Santé des Armées : la carte patient. A l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Desgenettes à Lyon (tout comme au HIA Val de Grâce), un numéro IPP ainsi qu'une carte unique sont attribués à chaque patient dès sa première venue. Une étiquette collée sur la carte patient indique la date de fin de validité des droits et comporte un code-barres correspondant à l'IPP du patient. Cette carte est renouvelable à l'expiration des droits. C'est à partir de cette carte que les services connaîtront l'identité du patient et auront accès à son dossier. En effet, lorsque le patient arrive à l'accueil du service de consultation, le ou la secrétaire médicale scanne sa carte, vérifie l'identité du patient et crée une IEP par épisode de soins. Des étiquettes ne sont imprimées que pour les examens à envoyer au laboratoire.

Les contraintes de ce système sont liées à la cyclicité marquée des passages au BdA (forte concentration entre janvier et mars, après l'expiration des droits de mutuelles fin décembre), à la séparation stricte entre « administratif » et « médical » et au SI de l'établissement (McKesson). Malgré ces contraintes, le système présente de multiples avantages. Tout d'abord, cela permet un accès direct des patients aux consultations, limitant ainsi les déplacements, les temps d'attente et les retards dans les services de

soins. De plus, les patients ne passent plus qu'une fois par an au BdA, ce qui réduit très fortement les flux. Enfin, grâce à ce système l'établissement est prêt à passer à FIDES, puisqu'une IEP est créée pour chaque épisode de soins. Néanmoins, le dispositif de la carte patient tel qu'il est déployé dans les HIA présente plusieurs limites. En premier lieu, on peut noter qu'il n'existe pas de solution de prise de rendez-vous sur internet. En second lieu, ce système crée une charge de travail supplémentaire pour les services médicaux. C'est ce dernier point qui a conduit les HCL à rejeter cette solution car le chantier « réorganisation des consultations », lancé fin 2014, doit conduire à la réduction de 20 à 30% des effectifs dans les services de consultations.

2.1.3 Les bornes MIPIH

Presque tous les aéroports disposent aujourd'hui de bornes interactives tactiles de « *self check-in* » (ou auto-enregistrement). Certains établissements de santé britanniques et américains ont adapté cet outil pour leurs besoins et déployé des bornes d'admission. On peut citer à titre d'exemple le *Gassiot House Outpatient Centre*¹⁶ qui permet à ses patients de s'auto-enregistrer en scannant le code-barres qui figure sur leur lettre de convocation (cf annexe 31). Le patient n'a à passer par le BdA que si un message sur l'écran lui demande de le faire pour présenter un justificatif.

Le groupement d'intérêt public MIPIH, éditeur d'applications informatiques de gestion administrative, économique et financière pour les établissements de santé, développe aujourd'hui le même type de bornes interactives pour les hôpitaux français¹⁷. Les services proposés à l'utilisateur sont divers mais le principal est bien celui de l'admission administrative (création d'une IEP). Le premier établissement expérimentateur a été le CH de Beauvais qui a travaillé avec le MIPIH sur la première version de la borne. Le CH de Chambéry a testé pendant un mois, en juin 2015, la borne du MIPIH sur le secteur du Pôle Mère Enfant, plus précisément à l'accueil de la maternité de l'Eveillon qui compte plus de 2500 accouchements par an. Le CHU de Grenoble va tester quant à lui une dizaine de bornes avant la fin de l'année 2015.

Les fonctionnalités de la borne peuvent être adaptées selon l'établissement mais le fonctionnement général est globalement le même. Toutes les nuits, une extraction du dossier médical permet de sortir la liste des rendez-vous attendus pour les trois jours à venir et de transférer cette liste des RDV dans la borne MIPIH. Lorsqu'un patient déjà connu de l'établissement se présente à l'accueil, il s'identifie sur la borne à l'aide de sa

¹⁶ Rattaché au Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust

¹⁷ <http://www.mipih.fr/notre-offre-mipih/me-conformer-a-la-reglementation/borne-d-accueil-du-patient.html>

carte vitale qu'il insère dans le lecteur ou en scannant le QR Code qui figure sur sa lettre de convocation. A partir de ce QR Code ou du numéro de carte vitale, la borne interroge PASTEL (le logiciel d'admission développé par le MIPIH) afin de retrouver l'IPP du patient. Si aucun IPP n'est retrouvée pour ce patient, un message demandant au patient de se présenter au BdA s'affichera sur l'écran. Si l'IPP est retrouvée, la borne demande au patient de vérifier son identité et son adresse puis consulte les informations sur les débiteurs afin de vérifier que les droits de sécurité sociale et de mutuelle sont bien à jour. Si les droits ne sont plus valables, la borne demande au patient de se présenter au BdA. Si tout est à jour, la borne crée une IEP pour l'UF de l'unité dans laquelle le patient a rendez-vous (création d'un dossier dans PASTEL). Lorsque cette étape est validée, plusieurs options sont possibles : la borne peut éditer un bon de consultation à présenter dans le service comportant si besoin un plan pour s'orienter dans le bâtiment et/ou un ticket d'attente. Enfin, un flux d'information retour de la borne vers le logiciel « dossier médical » acquitte la présence du patient : la secrétaire médicale (ou le praticien) sait que le patient est arrivé. A terme, d'autres services pourront être offerts selon les choix de l'établissement : des plans interactifs pour s'orienter dans l'hôpital, l'édition de bons de situation à la sortie du patient, le paiement sur la borne à l'aide d'un terminal de paiement, la mise à jour de la carte vitale, etc. Les périphériques et l'habillage de la borne peuvent aussi être personnalisés. Le prix unitaire de la borne est de 9000 €, sans compter le contrat de maintenance.

Un des points forts de ce dispositif est l'extraction automatique et à la source des données de sécurité sociale : il n'est plus nécessaire de se connecter à CDR pour vérifier les droits. Un autre avantage du système est l'identification par la carte vitale qui permet de diminuer le nombre d'erreurs l'identité puisque le numéro de sécurité sociale est unique. Par ailleurs, la procédure d'admission sur la borne est rapide et évite les passages au BdA pour les admissions en consultation et les sorties d'hospitalisation. Si elle était mise en œuvre au GHSud et fonctionnait parfaitement, cette solution permettrait ainsi de supprimer 58% des passages au BdA. Un autre atout de cette solution est le partenariat avec ESII, société spécialisée dans la gestion de l'accueil du public : les HCL ont déjà installé dans plusieurs groupements leurs bornes gestionnaires de flux et les distributeurs électroniques de tickets d'appel. La connexion avec la borne MIPIH permettrait ainsi l'édition du ticket dès son admission validée par la borne.

En revanche, plusieurs limites importantes sont à souligner. En premier lieu, une interrogation subsiste sur l'identification du risque rattaché au dossier (ALD, maternité, accident de travail, etc.) : est-ce au secrétariat médical de le noter au moment de la prise de rendez-vous ? En second lieu, nous n'avons pas encore de retour des sites en

expérimentation sur la qualité des dossiers créés sur la borne et l'impact sur le risque de contentieux. Une troisième limite est le coût important que cette solution pourrait avoir pour un établissement pavillonnaire. En outre, cette solution ne peut pas répondre à toute la patientèle : les personnes âgées ou ayant une faible maîtrise des technologies de l'information (ou de la langue française) n'utiliseront pas ces bornes. Yannick Pistien, responsable du projet au CH de Chambéry, note que l'expérimentation a été réussie (une patiente sur deux passant à la borne) car ils avaient sélectionné un secteur où les patients sont jeunes et car ils avaient recruté une stagiaire en communication chargée d'orienter et d'informer le public sur l'utilisation de la borne. Yannick Pistien relève trois autres limites à l'utilisation généralisée de ces bornes : l'impossibilité d'imprimer des étiquettes sur la borne (ce qui a conduit le CH à acheter des imprimantes « rouleaux » pour que les services puissent imprimer les étiquettes par cinq) ; l'impossibilité de mettre à jour la carte vitale directement sur la borne (ce qui a obligé à garder le lecteur de carte vitale à proximité) et enfin l'absence de lecteur de carte bleue dans la borne (ce qui a empêché l'utilisation de la borne pour l'achat d'abonnements de télévision par les patients).

Aucune de ces solutions n'étant parfaite, l'équipe projet HCL/ McKinsey-Orphoz a décidé de définir une solution adaptée aux contraintes particulières du CHU. La réflexion a été structurée selon la méthode présentée ci-après.

2.2 La méthodologie d'élaboration du plan d'actions aux HCL

2.2.1 L'atelier « vision cible »

La seconde phase du projet, celle de l'élaboration des projets d'évolution et de la réalisation des gains rapides, s'est déroulée de mi-juillet à fin septembre (cf annexe 32).

Dès le lendemain de la présentation du diagnostic en COPIL (le 10/07/2015), un atelier « vision cible » a réuni à nouveau le COPIL pour définir les grands axes du plan d'action. La première étape de cet atelier a consisté à définir des parcours cibles par type de patientèle, les contraintes n'étant pas les mêmes selon les circonstances de la venue du patient. Il a été décidé que les principaux changements à mettre en œuvre concerneraient les patients connus des HCL (mais « non MyHCL ») qui viennent en consultation : l'objectif est de supprimer le passage au BdA pour les patients qui viennent pour la première fois dans une UF donnée ainsi que pour les patients qui sont déjà venus dans l'UF en question mais dont l'IEP n'est plus valable (cf annexe 33).

Une fois cet objectif validé par le COPIL, deux axes potentiels de simplification du parcours patient ont été étudiés. La première solution pour réduire le nombre de passages au BdA est la création d'une IEP en « *back-office* » dès la prise de rendez-vous

ou quelques jours avant la consultation. La seconde solution est la création d'une IEP générique pour toutes les consultations (un identifiant unique, quelle que soit l'UF de consultation). Le COPIL a choisi la première option car la seconde implique que la facturation se fasse à chaque épisode de soins à partir de la cotation des actes. Or notre processus actuel permet de repérer les IEP sans acte (si le médecin n'a pas coté sa consultation par exemple) : ce contrôle, qui ne serait plus réalisé avec le deuxième système, permet une plus grande exhaustivité de la facturation. De plus, ce dispositif serait à remplacer par un autre au moment du passage à FIDES... Il a donc été décidé que l'admission en consultation des patients connus des HCL se ferait désormais en « *back-office* » par une équipe dédiée du BdA (les modalités de mise en œuvre de cette solution sont expliquées plus loin).

La troisième étape a consisté à définir et prioriser les leviers d'action. Vingt-quatre leviers potentiels d'amélioration ont été triés en fonction de la facilité de mise en œuvre et de l'impact attendu (cf annexe 34). Cette première réflexion sur les actions à mener a permis d'identifier dix sujets prioritaires à creuser tels que la réduction de l'utilisation des étiquettes au strict nécessaire, l'automatisation de certaines tâches ou encore la suppression du passage au BdA pour la sortie.

Enfin, le COPIL a choisi un certain nombre d'indicateurs de pilotage qui permettront de suivre l'avancée et l'impact du projet : le nombre de passages au BdA par rapport au nombre de rendez-vous programmés, le temps de traitement d'un dossier d'admission en consultation, le pourcentage d'admission via MyHCL, le taux de dossiers en anomalie, etc.

2.2.2 Structuration des chantiers, réalisation des « quick-wins » et validation

Dans les semaines qui ont suivi cet atelier, l'équipe projet a défini plus précisément le calendrier de mise en œuvre du plan d'actions et a structuré les chantiers à mener.

En parallèle, cinq « *quick-wins* » (actions faciles à mettre en œuvre et apportant des gains rapides) ont été lancés dès la fin du mois d'août. Le premier d'entre eux a consisté à harmoniser les lettres de convocation en consultation. Il existait en effet plus de 1500 modèles de convocation enregistrés aux HCL. L'objectif de cette action est d'harmoniser les pratiques afin que le patient reçoive toujours l'information dont il a besoin. Un modèle standard comprenant les champs nécessaires à l'accueil du patient (code UF de l'unité, formalités administratives à effectuer, heure du rendez-vous, etc.) a été testé auprès de deux secrétariats médicaux avant d'être validé puis diffusé progressivement à l'ensemble des secrétariats du GHSud. Le deuxième « *quick-win* » avait pour objet la simplification et

l'embellissement de la signalétique. Les principes de modification de la signalétique ont été fixés et une première zone au sein du bâtiment 3B a été définie pour commencer la refonte des panneaux d'orientation. Dans le même temps, un projet d'affichage dynamique a été lancé pour le pavillon médical et le bâtiment 3A. Le troisième « *quick-win* » a consisté à améliorer l'environnement d'accueil et de travail au BdA par le biais d'une approche « 5S »¹⁸ : l'ergonomie des postes de travail a été revue, les trois salles d'attente ont été réaménagées et l'affichage a été standardisé. Le quatrième « *quick-win* » a permis de différencier les files d'attente pour améliorer la gestion des flux au BdA. Une file dédiée aux taxis et ambulanciers est maintenant en place sur chaque antenne et la sortie a été également séparée des guichets dédiés à l'admission. Enfin, le cinquième « *quick-win* » visait à former les agents du BdA aux astuces bureautiques : un document d'information a été diffusé à l'ensemble des agents pour faciliter le partage des bonnes pratiques.

Un COPIL a été réuni le 16 septembre pour la validation du processus d'admission cible, des chantiers et des principaux jalons à prévoir. Après des ajustements rendus nécessaires par les arbitrages rendus lors de ce COPIL, l'équipe projet a construit le plan d'actions et approfondi certains points de la « vision cible » durant la semaine qui a suivi. Le COPIL final du 29 septembre a validé l'approche de déploiement aux HCL et le calendrier du pilote au GHSud.

2.3 La mise en œuvre des solutions retenues aux HCL

2.3.1 Les modalités de gouvernance et de gestion de projet doivent permettre un déploiement dans tous les HCL avant le passage à FIDES

a) Calendrier de déploiement sur le CHLS et dans les autres groupements des HCL

Le déploiement sur l'ensemble des groupements des HCL avant l'échéance FIDES semble indispensable pour faire face à l'augmentation de la charge de travail au BdA liée à FIDES (cf annexe 35). En effet, FIDES impose la création d'un dossier d'admission pour chaque venue, dans l'objectif d'établir une facture par venue. En 2014, on a créé en moyenne 1,3 dossier par patient aux HCL. Après la mise en œuvre de FIDES, c'est-à-dire au plus tôt mars 2016 (date prévue de la mise en production globale), on passera à 2,7 dossiers par patient en moyenne. La charge du BdA sera donc multipliée par deux

¹⁸ La méthode des 5S est une technique de management japonaise qui vise à organiser l'espace de travail de façon efficace et à améliorer les conditions de travail en supprimant l'inutile, en rangeant chaque chose à sa place de manière à limiter les pertes de temps et d'énergie, à nettoyer et maintenir en état l'espace de production, à fixer un état standard pour l'environnement de travail et à vérifier le respect des règles établies.

environ. Par ailleurs, la multiplication des titres et l'utilisation du canal « B2 » pour contrôler la facturation des consultations et actes externes va entraîner un risque accru de rejet des dossiers. La cible nationale pour passer en production est d'avoir trois tests consécutifs à moins de 8% de rejets B2, mais le Ministère demande aux HCL d'arriver à un taux de rejet B2 inférieur à 5,5%. Si ce taux avoisinait les 5% en 2014 pour tous les HCL, le basculement vers Pastel à fin avril 2015 a eu un impact sur la qualité des dossiers et l'on se situe aujourd'hui autour de 9% de rejets. Il paraît donc essentiel de mettre en œuvre le projet de simplification avant le passage à FIDES afin de donner au BdA la capacité de répondre aux enjeux qualitatifs et quantitatifs de ce nouveau mode de facturation. Si le calendrier interne pour la préparation et la mise en œuvre de FIDES reste à finaliser, le calendrier de déploiement échelonné du projet « simplification des admissions » a donc été conçu pour être au rendez-vous de FIDES à l'été 2016.

La première étape est celle du lancement d'un pilote au CHLS le 19 octobre, progressivement généralisé d'ici mars 2016 à l'ensemble du GHSud. Le déploiement au CHLS se fera en trois phases (cf annexe 36) et sera préparé, suivi et accompagné par une équipe « GHSud » dédiée. La phase « pilote » commencera le 19 octobre et prendra fin le 18 décembre. Le traitement des dossiers en back-office sera testé pour deux consultations : la dermatologie et l'urologie. Pendant cette phase pilote seront également mis en place les standards opératoires, l'organisation cible du BdA et le pilotage opérationnel avec le lancement des revues de performance. Un COPIL prévu pour le 20 novembre validera les dates et le périmètre des deux phases suivantes : la vitesse de déploiement dans les autres services sera ajustée en fonction des résultats du pilote et du niveau d'appropriation des parties prenantes. La deuxième phase pourrait commencer dès le 7 décembre et inclure six plateaux de consultation supplémentaires. Si la montée en charge du « *back-office* » se passe comme prévu, la troisième phase pourrait commencer le 22 janvier avec l'inclusion de tous les services de consultation dans l'organisation cible. Les quatre chantiers du projet débiteront dès la phase pilote (cf annexe 37).

La seconde étape est celle du déploiement échelonné dans les trois autres groupements des HCL : à partir du 1er février au Nord, du 1er mars à l'Est et du 1er avril à HEH (cf annexe 38). Il résulte de ce calendrier que les moyens humains et matériels à mobiliser sur les trois autres groupements devront être étudiés dès le dernier trimestre de 2015 : désignation d'un chef de projet et des membres de l'équipe, réorganisation du « *front-office* » et organisation de la cellule « *back-office* », etc.

Si le calendrier de déploiement à l'échelle des HCL est bien entendu conditionné au succès du pilote au GHSud, il est aussi lié au calendrier de mise en œuvre des évolutions informatiques associées au projet, qui dépend de la DSII (cf annexe 39). Si les évolutions essentielles telles que les listes informatiques pour traiter les admissions en « *back-office* » sont disponibles dès le début de la phase pilote, il faudra attendre le deuxième lot, en janvier 2016, pour utiliser des modes de communication simplifiés avec les patients et proposer l'adhésion en ligne à MyHCL. Les premières automatisations pour les agents du BdA ne seront livrées qu'en mars 2016 et les échéances ne sont pas encore fixées pour quelques développements informatiques tels que la requête automatisée « iCDR ».

b) Le dispositif de déploiement et les outils de gestion de projet

Le pilotage opérationnel du projet est géré localement dans chaque groupement. Seront constitués dans chaque groupement un comité de pilotage (intégré au CODIR du groupement) et une équipe projet (cf annexe 40). Le projet est suivi au niveau des HCL par un comité de pilotage HCL (à coordonner avec le COPIL FIDES) et par une équipe de coordination transversale gérant les tableaux de bord. Pour clarifier les responsabilités et faciliter le déploiement à l'échelle des HCL, chaque chantier est sous la responsabilité globale d'un sponsor, membre du CODIR HCL, et dispose d'un responsable par Groupement (cf annexe 41).

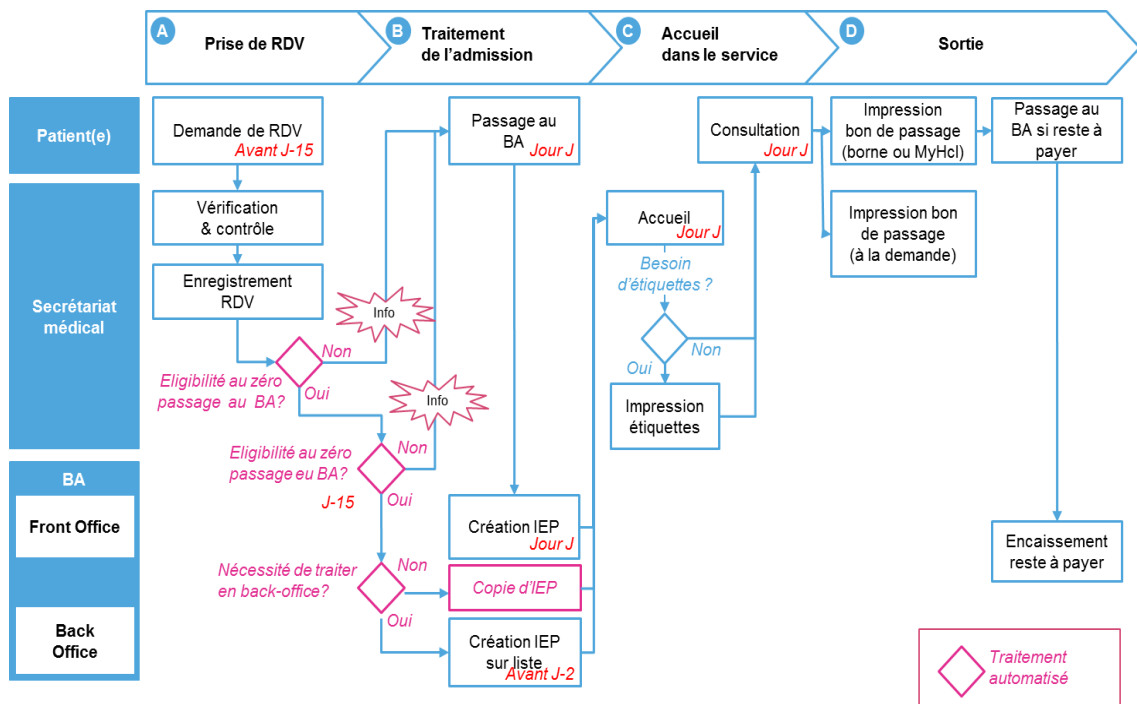
Pendant la phase pilote au CHLS, une revue d'équipe est organisée une fois par semaine pour partager les résultats de la période, ajuster les actions si nécessaire et identifier les points de vigilance à faire remonter au CODIR CHLS. Deux outils de pilotage seront utilisés par l'équipe projet pendant cette revue hebdomadaire. Le premier est le fichier de suivi de l'avancement du plan d'actions : l'état d'avancement des quarante actions (comprenant 180 tâches) à réaliser est mis à jour chaque semaine dans un fichier Excel qui permet d'identifier très rapidement les retards pris pour chaque chantier (cf annexe 42). Le second outil à la disposition de l'équipe est une présentation hebdomadaire de suivi des indicateurs d'impact (cf annexe 43). Pendant la phase pilote, six indicateurs d'impact global sont ainsi mesurés chaque semaine : pourcentage des dossiers créés en « *back-office* » pour les services pilotes, nombre moyen de passages au BdA par jour, pourcentage de patients en retard au rendez-vous, temps de traitement moyen des dossiers en « *back-office* », stock moyen de dossiers à traiter en « *back-office* » (en jours de travail) et pourcentage des dossiers « *back-office* » en anomalie. Ce document Powerpoint permet également de synthétiser le fichier Excel du plan d'actions pour faire apparaître les points clés de la semaine pour chaque chantier.

Une revue opérationnelle en CODIR GHSud a également lieu deux fois par mois afin de rendre les arbitrages sur les orientations du GHSud. Enfin, un COPIL HCL est réuni de manière mensuelle pour prendre les décisions transversales et fixer les orientations pour tous les groupements. Le même outil que celui de la revue hebdomadaire (présentation Powerpoint avec indicateurs d'impact et état d'avancement des actions) est utilisé pour ces deux COPIL, avec quelques adaptations (indicateurs transversaux et focus sur les actions clés).

2.3.2 Les quatre chantiers structurants du plan d'action visent à simplifier le parcours du patient

a) Simplifier le processus d'admission des patients

Le premier principe du projet de simplification est le suivant : les dossiers d'admission seront traités par défaut en « *back-office* » avec une automatisation aussi poussée que possible. Une cellule « *back-office* » dédiée au traitement des admissions dispose de listes de patients à traiter, basée sur les données à jour d'assurance maladie. Ces listes sont établies à partir des rendez-vous inscrits dans le logiciel Easily Agenda et contiendront l'ensemble des patients attendus dans les services de consultations (uniquement la dermatologie et l'urologie dans un premier temps). La requête interrogeant la base Easily est faite de telle manière que les patients non éligibles au traitement en « *back-office* » sont exclus de la liste : patients non joignables, premières venues aux HCL, patients payant en totalité, patients ayant déjà une IEP valide dans l'UF, etc. Les venues en consultation pour les patients connus et à jour de leurs droits seront ainsi créées par cette « cellule arrière » dans Pastel au moins un jour avant l'arrivée du patient (cf annexe 44). Une fois son dossier traité et validé, le patient sera informé par mail ou par téléphone (SMS) par la cellule « *back-office* » qu'il n'a pas à se présenter au guichet et qu'il peut se rendre directement sur le plateau de consultation. La cellule du BdA pourra par ailleurs demander des pièces complémentaires au patient avant sa consultation : elle mettra le dossier en attente et enverra un email ou sms de relance au patient quinze jours avant son rendez-vous. A titre d'exemple, si le patient n'a pas fourni sa carte de mutuelle à J-1, il est admis sans deuxième débiteur (le patient est redevable du reste à payer).



La prise de rendez-vous devient essentielle pour l'admission. La personne qui prendra le rendez-vous devra être particulièrement vigilante lorsqu'elle inscrira le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Le secrétariat du service de consultation fait une recherche d'IPP à partir de ces trois informations ou crée une IPP provisoire en cas de première venue aux HCL. La saisie du numéro de téléphone portable et/ou de l'adresse email du patient devient primordiale : sans ces éléments, son dossier ne pourra pas être traité en « *back-office* ». Après la collecte des informations requises pour le traitement de l'admission en « *back-office* », le secrétariat médical crée le rendez-vous dans Agenda. Un paramétrage du logiciel de prise de rendez-vous (Easily Agenda) permettra d'associer une UF à chaque médecin. A terme (fin janvier 2016), un module intégré dans Easily Agenda permettra d'informer le secrétariat de l'éligibilité du patient au « zéro passage ». En fonction des données affichées, le ou la secrétaire informera le patient de son parcours administratif lors de sa venue, sous réserve que ses droits ne changent pas : le patient se rend directement dans le service ; le patient se rend directement dans le service sous réserve de l'envoi préalable des pièces justificatives ; ou le patient doit passer par le BdA. Ces informations n'étant actuellement pas disponibles au moment de la prise de rendez-vous, c'est la cellule « *back-office* » du BdA qui sera en charge d'informer le patient pendant la phase pilote. Ces nouvelles modalités de traitement des admissions nécessitent donc une formation et un accompagnement des secrétariats médicaux.

Le traitement des dossiers en « *back-office* » sera optimisé au cours de l'année 2016 au fur et à mesure de la livraison des développements informatiques qui permettront un certain nombre d'automatisations. En premier lieu, l'interface Easily/Pastel pour la copie des débiteurs et la réplique automatique des dossiers administratifs valides, prévues pour mars 2016, permettrait la création automatisée d'IEP pour les patients à jour de droit. En second lieu, la requête automatisée avec iCDR permettrait de récupérer les données à jour des patients sans avoir à rechercher chaque patient dans la base CDR. La date de livraison de cette automatisation n'est cependant pas connue à ce jour. Enfin, la définition d'une base de pièces jointes communes à Pastel et Easily, non confirmée aujourd'hui, donnerait la possibilité aux secrétariats et accueils des services de soins d'intégrer les pièces justificatives dans le dossier administratif du patient.

Enfin, il faut noter que pour les patients dont le dossier aura été créé par la cellule « *back-office* », les étiquettes seront imprimées, selon les besoins, par les professionnels du service à l'arrivée du patient en consultation. Comme c'est aujourd'hui le cas pour les patients MyHCL, l'impression sera facilitée en cliquant sur l'icône dédiée d'Easily. Un test reste à conduire pour les services qui sont encore sous Cristal-Net (DRDV). Ce changement nécessite donc un accompagnement rapproché des accueils des services de consultation concernés et un travail de réflexion sur l'utilisation des étiquettes, que nous présentons plus loin.

Au total, sept actions sont à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de ce chantier : définir et déployer les astuces bureautiques au BdA ; adapter les systèmes d'information ; déployer les nouvelles fonctionnalités dans les services et au BdA ; mettre en place les standards des secrétariats (prise de rendez-vous) ; mettre en place les standards pour l'accueil du patient en consultation ; mettre en place les standards du « *back-office* » et mettre en place les standards du « *front-office* ».

b) Réorganiser le BdA et revoir son mode de pilotage

Le projet a également pour ambition d'adapter l'organisation du BdA au développement des activités en « *back-office* ». Dans ce cadre, une cellule « *back-office* » centralisée sur une antenne est créée. Elle sera chargée du traitement des admissions en « *back-office* », de la réception des appels téléphoniques internes (numéro unique), de la gestion des courriers reçus liés à l'admission, de la gestion des prises en charge par les mutuelles pour les hospitalisations et du traitement des contentieux et des mouvements. Par ailleurs, un accueil unique sera mis en place au 3B : ce « *front-office* » sera spécialisé

dans le traitement des nouveaux patients et des cas spécifiques et dans la gestion d'une caisse unique.

Pour améliorer le fonctionnement du BdA, plusieurs actions seront mises en œuvre à court terme : définir les principes d'organisation du BdA ; revoir la matrice de compétences des agents et les fiches de postes ; adapter le poste d'adjoint des cadres et bâtir le poste d' « expert ». Comme nous l'avons vu plus haut, un « *quick-win* » lancé dès le mois de septembre permettra d'évaluer pendant la phase pilote l'impact de la réorganisation des guichets avec les files différenciées (notamment pour les taxis et ambulanciers).

Le mode de pilotage du BdA est revu dès la phase pilote. Le pilotage opérationnel du BdA est testé dès la mi-octobre avec le suivi quotidien d'une série d'indicateurs de gestion de performance. De plus, l'ajustement des cycles de rotation et les mécanismes de flexibilisation *back-office/front-office* permettront l'adaptation des capacités aux flux d'arrivées.

c) Réduire le nombre de passages au BdA pour raisons diverses

Le troisième chantier du projet est la réduction des flux de passages au BdA qui ne sont pas liés directement à une admission. Tout d'abord, il convient de supprimer les passages pour la simple impression d'étiquettes. Si l'admission du patient est faite, les étiquettes seront imprimées dans le service, à partir du logiciel Easily. Afin de ne pas accroître la charge de travail des services de soins, il est prévu d'installer dans les accueils de consultation des bornes interactives à partir desquelles les patients pourront imprimer eux-mêmes leurs étiquettes. Une borne créée par les HCL sera testée au GHSud dès la phase de pilote. Par ailleurs, une réflexion a été initiée sur la réduction de l'utilisation des étiquettes, dans le but de réduire le nombre d'impressions par les services. Il est notamment prévu de créer une liste de patients avec codes-barres qui pourra être imprimée depuis Easily et scannée par les services pour la cotation des actes. Une interface entre Easily et Web100T (logiciel de cotation), qui devrait voir le jour en janvier 2016, supprimera l'étape de scannage des étiquettes pour la cotation et fera gagner un temps significatif aux agents des services de consultation (ou aux médecins qui cotent eux-mêmes leurs actes).

Il s'agit ensuite de limiter le nombre de passages pour les sorties. Après vérification auprès de la CPAM, il a été rappelé aux agents du BdA que les bons de sortie et certificats de passage ne seraient plus édités pour les ambulanciers. Dès la fin janvier

2016, les patients pourront imprimer leurs bulletins de situation à partir des bornes interactives. Au même moment sera ajoutée une fonctionnalité dans Easily qui permettra d'imprimer les bulletins de situation dans les services de soins.

Un autre levier de réduction des flux est de réduire le nombre de passages pour les demandes d'information. Une meilleure lisibilité du parcours du patient faciliterait l'orientation des usagers au sein de l'hôpital. La remise en ordre des salles d'attente et des guichets doit rendre l'information disponible plus claire pour les patients qui passent par le BdA. La remise à niveau de la signalétique doit également permettre de diminuer le nombre de venues pour une simple information.

Enfin, le projet a fixé comme objectif la suppression des passages pour les contentieux mais la solution reste encore à définir pour chacun des groupements.

d) Déployer des canaux de communication avec les patients

Le quatrième chantier est étroitement lié au premier : la simplification du parcours d'admission nécessite une amélioration des canaux de communication avec les patients. En premier lieu, MyHCL sera généralisé pour devenir la plate-forme privilégiée de communication avec les patients. Pour cela, l'inscription en ligne à MyHCL sera possible dès la fin du mois de janvier 2016. De plus, le consentement à MyHCL pourrait à terme être recueilli dans Easily à l'arrivée du patient dans les services de soins, générant une inscription automatique à MyHCL, le patient restant libre d'activer et d'utiliser ou non son compte MyHCL. Pour les patients qui ne seraient pas inscrits à MyHCL, une page internet anonyme d'envoi de documents d'admission numérisés sera déployée en mars ou avril 2016.

Comme nous l'avons vu plus haut, un autre canal de communication pourra être la borne interactive qui facilitera l'auto-saisie et l'auto-impression. Les services proposés seront l'impression de bons de passage et de bulletins de situation, le paiement du reste à charge, la mise à jour de la carte vitale, l'impression d'étiquettes, la demande de mise à jour du dossier administratif, le scan de documents pour intégration au dossier administratif et la demande d'adhésion à MyHCL (mise à jour du profil possible).

Par ailleurs, la rationalisation des lettres de convocation est une action essentielle de ce chantier. Les informations données par la lettre permettront en effet d'orienter efficacement le patient vers le bon interlocuteur et de simplifier ainsi ses démarches administratives.

e) Piloter et communiquer les changements

On peut ajouter un cinquième chantier aux quatre précédemment détaillés : celui du pilotage du projet et de la communication aux diverses parties prenantes. Si ce chantier ne comprend pas de solutions de simplification en tant que tel, il n'en représente pas moins un facteur clé de la réussite du projet. Compte tenu de la diversité des acteurs concernés par le projet, de la multiplicité des actions et de l'étendue dans le temps des diverses échéances à venir, un pilotage fin et efficace du projet s'avère nécessaire : c'est le rôle du « PMO » que nous avons évoqué plus haut. En outre, un tel projet nécessite l'adhésion de toutes les parties prenantes : agents et cadres du BdA, personnel soignant des services de consultation, chefs de service, secrétaires médicales, cadres de santé, etc. C'est pourquoi des temps de rencontre sont prévus avant le déploiement du pilote et avant la présentation du dossier en CHSCT avec tous les acteurs concernés afin d'explicitier le périmètre de la phase d'expérimentation et de présenter les impacts attendus des changements opérés (cf annexe 45). Un point de vigilance est noté dans le plan de communication : il faut veiller à clarifier les différences entre le projet « simplification des admissions » et les projets « réorganisation des plateaux de consultation » et « réorganisation des secrétariats médicaux ». En particulier, il faut souligner que le projet de simplification des admissions n'a pas pour objectif une réduction des effectifs et n'a pas pour conséquence une augmentation de la charge de travail pour les secrétariats médicaux et les accueils de consultation. Le temps de travail supplémentaire lié à l'impression des étiquettes à l'accueil des consultations et aux quelques questions complémentaires posées par les secrétariats médicaux au moment de la prise de rendez-vous doit en effet être compensé par les diverses solutions à venir : cotation à partir d'Easily, développement de la prise de rendez-vous en ligne, bornes interactives, etc.

2.3.3 Résumé des impacts attendus de ces changements

a) L'impact pour les patients

Le premier impact attendu est la simplification des parcours des patients. Le parcours sera plus simple grâce à l'arrivée des patients directement dans les services de soins, sans passage par le BA, pour 60% des patients contre 20% aujourd'hui. Le patient n'aura plus d'étiquettes à transporter ni à conserver. L'amélioration de la fluidité et de la visibilité du parcours du patient auront pour conséquence une plus grande satisfaction des patients à la sortie de la consultation.

Pour les primo-arrivants (patients inconnus des HCL), les passages au BdA seront simplifiés et l'accueil amélioré, notamment grâce aux files d'attente différenciées et au

réaménagement des salles d'attente. La nouvelle organisation du BdA permettra un désengorgement des files d'attente pour les patients non éligibles au « zéro passage » et fera ainsi chuter le temps d'attente moyen.

Par ailleurs, les interfaces seront plus modernes et plus conviviales : il sera désormais possible de communiquer et de saisir ses données en ligne au lieu de se déplacer ou d'envoyer un courrier ; des bornes interactives permettront d'accéder à son dossier, de transmettre et d'imprimer des documents tels qu'un bulletin de sortie ; l'accueil au BdA et la signalétique dans les établissements seront simplifiés et plus conviviaux.

Au total, les différentes avancées permettront de réduire le temps non médical passé aux HCL : on estime que le temps d'attente et de trajet pourrait être réduit de trente minutes. En conséquence, on peut espérer que ces améliorations renforceront l'attractivité des HCL et contribueront à l'augmentation de l'activité.

b) L'impact pour le BdA

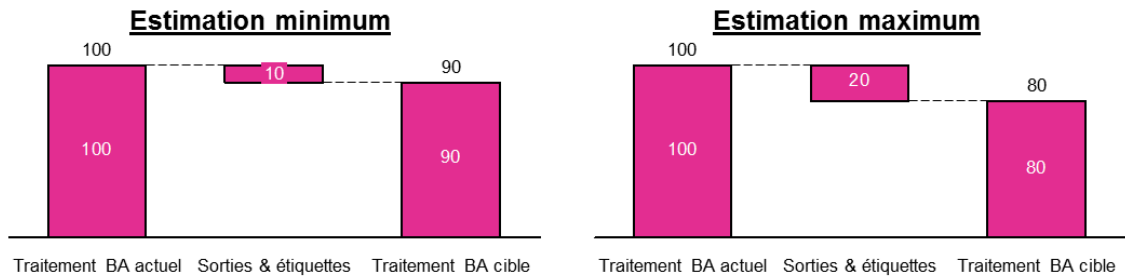
Le BdA sera plus efficace et recentré sur ses missions clés. La mise en œuvre de tous les éléments du projet pourrait conduire à réduire de 50 à 70% le temps de traitement d'un dossier. Les différentes automatisations attendues (iCDR, duplication des débiteurs, etc.), la réduction du temps passé avec les patients et d'impression d'étiquettes, les économies d'échelles liées au traitement en back-office « en masse » et le transfert partiel de la saisie des informations sur certains patients (MyHCL) auront en effet un impact très significatif sur le temps passé par un agent du BdA à traiter un dossier d'admission.

Par ailleurs, l'arrivée directe dans les services et la suppression des passages liés aux sorties et aux simples impressions d'étiquettes pourrait, à terme, réduire de 75% le nombre de passages au BdA. Le BdA pourrait ainsi absorber le doublement d'activité post-FIDES.

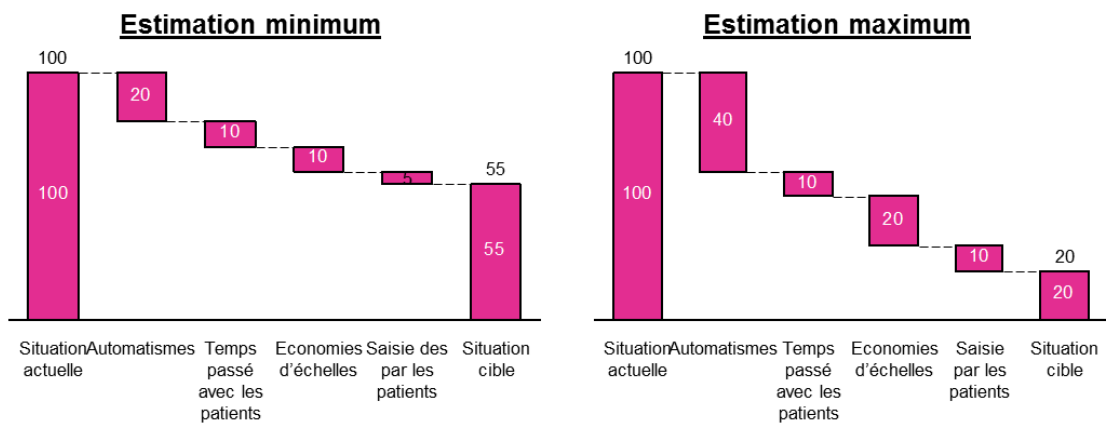
c) L'impact pour les services de soins

Le projet permettra une amélioration de la collaboration entre le BdA et les plateaux de consultation. Les services ont donc beaucoup à gagner : les contacts seront facilités car le BdA sera plus réactif et plus accessible, un suivi plus rigoureux des patients payants ou à risque financier significatif sera mis en place et, surtout, les retards des patients dus au passage au BdA seront considérablement réduits. De plus, les améliorations proposées permettront de réduire de 30% le temps de saisie des cotations par patient et de simplifier l'utilisation des étiquettes.

Estimation de la réduction des passages



Estimation du gain de productivité pour le traitement d'un dossier



Conclusion

Le GHSud expérimente depuis le 19 octobre le traitement sur liste, en base arrière, des dossiers d'admission en consultation pour deux services de l'établissement. Les patients étant déjà venus aux HCL et ayant communiqué un numéro de téléphone ou une adresse email pourront ainsi se rendre directement dans le service de consultation, sans avoir à passer par le BdA pour faire leur admission et récupérer des étiquettes, sous réserve d'avoir fourni toutes les pièces justificatives nécessaires.

La solution expérimentée au GHSud n'apporte pas d'innovation majeure d'un point de vue technologique mais s'appuie plutôt sur des fonctionnalités existantes à perfectionner et développer. Si le scénario proposé ne constitue pas une révolution technique, sa mise en œuvre nécessite cependant des changements importants dans les pratiques, tant pour les patients que pour les professionnels du GHSud. Le succès du projet dépend dès lors de plusieurs facteurs clés. Le premier est le respect du calendrier de déploiement progressif : tester la solution cible sur un périmètre pilote avant de la déployer plus largement permettra en effet d'évaluer les impacts, d'ajuster le scénario en fonction des résultats atteints, de faire remonter et de corriger les éventuels dysfonctionnements qui auront été détectés pendant la première phase et d'assurer une conduite du changement robuste auprès du BdA et des services de soins.

Le second facteur clé de succès est l'adaptation des systèmes d'information (SI). En effet, les interfaces entre logiciels devront être opérationnelles pour que la solution cible fonctionne à grande échelle. De plus, le bon fonctionnement des outils informatiques et des périphériques sera un élément essentiel pour l'acceptation du projet par les équipes des services de soins et les agents du BdA. Un accompagnement sur le terrain est donc nécessaire pour identifier et corriger le plus rapidement possible les dysfonctionnements des SI.

Le troisième facteur clé de réussite est la communication aux parties prenantes avant et après la phase pilote. La valorisation des impacts attendus pour les acteurs concernés par la phase pilote doit permettre de faire accepter le projet et de rendre les professionnels moteurs du changement engagé. Pour les services qui ne sont pas inclus dans la phase pilote, la communication devra s'appuyer sur les retours d'expérience et les résultats de l'expérimentation initiale pour les convaincre de l'opportunité et de l'intérêt du projet. L'adhésion des chefs de service, entre autres acteurs à convaincre, est un facteur majeur de réussite de ce projet : c'est la conviction du chef de service qui facilitera

l'acceptation du projet par les secrétaires médicales et le personnel soignant des services de consultation. C'est une des raisons pour lesquelles les services d'urologie et de dermatologie ont été choisis au GHSud : les deux chefs de service sont particulièrement demandeurs d'améliorations et sont souvent forces de proposition et d'impulsion dans les projets de réorganisation qu'ils soutiennent. Si ces deux médecins peuvent témoigner ensuite des gains apportés par le projet, l'adhésion de la communauté médicale du GHSud sera facilitée.

Quant à savoir si l'on aura réussi à simplifier drastiquement les processus d'admission sans dégrader la qualité de la facturation ni mettre en péril l'identité-vigilance, la réponse ne pourra malheureusement être donnée que lorsque plusieurs semaines d'expérimentation nous auront permis de récolter les indicateurs de qualité des dossiers (pourcentage de dossiers en anomalie, taux de rejet B2, proportion de dossiers en contentieux, nombre de doublons d'identités, etc.).

Néanmoins, on peut dès à présent noter que plusieurs éléments de sécurisation doivent permettre de garantir un maintien voire une amélioration de la qualité des dossiers. En ce qui concerne la bonne identification du patient, les standards opératoires élaborés pour le traitement des dossiers en back-office prévoient notamment que les agents devront rechercher le dossier du patient dans PASTEL à partir des trois premières lettres du nom, des trois premières lettres du prénom et de la date de naissance : les agents pourront ainsi repérer les IPP multiples pour un même patient et demander la fusion des doublons pour éviter les erreurs d'identité. Le standard opératoire de l'accueil de consultations prévoit quant à lui que les personnels devront vérifier l'identité des patients qui ne seront pas passés par le BdA en demandant une pièce d'identité. En ce qui concerne la sécurisation de la facturation, les cas spécifiques régulièrement sources de contentieux (accidents de travail, maternité, patients européens de passage, etc.) feront l'objet d'un traitement particulier qui sera détaillé dans les standards opératoires mis à disposition des agents de la cellule « *back-office* ». Si le patient n'a pas fourni les pièces justificatives demandées, son admission sera refusée par la cellule « *back-office* » et le patient devra passer par le BdA avant de se rendre dans le service (il sera averti par téléphone ou email).

Enfin, la méthode utilisée pour ce projet appelle une réflexion sur le rôle des consultants et du directeur d'hôpital. La mission assignée aux consultants de McKinsey/Orphoz par la direction générale des HCL n'était pas tant d'apporter une expertise sur le sujet des admissions que de fournir un appui en termes de gestion de projet et de conduite du changement. Les consultants apportent des compétences et

connaissances précieuses : constitution et animation d'une équipe projet, pilotage fin et efficace des différents chantiers mis en œuvre, analyse des données et synthèse des informations recueillies, comptes rendus à échéances régulières, etc. Cependant, le rôle principal des consultants est, selon moi, de créer des liens entre les différentes parties prenantes. En tant que professionnels extérieurs à l'institution, ils jouissent en effet d'une position particulière qui leur permet de rassembler et de mobiliser les différents acteurs autour d'objectifs partagés. Dans le cadre de ce projet qui impliquait plusieurs directions ayant des intérêts parfois divergents (direction de la performance, service de gestion des malades, direction des systèmes d'information, direction du GHSud, etc.), la présence d'un acteur perçu comme neutre a permis de neutraliser les éventuels antagonismes existants et de concilier les points de vue des différentes parties prenantes pour aboutir à une solution acceptable et acceptée par tous.

Les consultants sont donc en quelque sorte des « acteurs frontières » qui jouent un rôle pivot dans le processus d'intégration des connaissances et facilitent la communication entre les groupes. Les relations entre les acteurs s'établissent en effet par une opération de « traduction »¹⁹. Afin de mobiliser les professionnels autour d'un projet, de les inciter à échanger et à s'impliquer, les consultants agissent comme des « porte-paroles » qui « traduisent » les objectifs et les contraintes du projet dans un langage compréhensible par tous, en tenant compte des différentes attentes des acteurs à enrôler et en se présentant de manière neutre pour faciliter l'adhésion des parties prenantes. Les outils de partage de connaissances et les coopérations ainsi créés permettent d'établir une approche pluridisciplinaire et collaborative nécessaire à l'aboutissement du projet.

Le directeur d'hôpital ne jouit pas toujours de la même image de neutralité que les consultants, en particulier dans des établissements de la taille des HCL où chaque direction fonctionnelle a ses objectifs et intérêts propres. Néanmoins, il a également pour fonction de favoriser les collaborations interprofessionnelles : dans un monde où les cultures professionnelles sont si diverses, il joue en effet bien souvent ce rôle d'« acteur frontière » entre les différents groupes. En ce sens, le projet « simplification des admissions » est un exemple parfait de cette fonction de construction de la coopération. Les liens créés par l'équipe projet tout au long du projet se sont avérés cruciaux durant la phase d'élaboration de la solution cible et seront certainement le premier facteur de succès du projet.

¹⁹ Sur la théorie de l'acteur-réseau et la sociologie de la traduction, voir notamment Madeleine Akrich, Michel Callon et Bruno Latour (éd.), *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Mines ParisTech, les Presses, « Sciences sociales », 2006

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Décret n°2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Ouvrages

AKRICH Madeleine, CALLON Michel et LATOUR Bruno (éd.), *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Mines ParisTech, les Presses, « Sciences sociales », 2006

BALLE Michaël, BEAUVALLET Geoffroy, *Le management lean*, Paris, Pearson, 2013

FERMON Béatrice, GRANDJEAN Philippe, AZAÏS Simon, *et al.*, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris, Dunod, 2015

ROCHE Cécile, CHAIZE Jacques, *Petit guide Lean à l'usage des managers*, Paris, L'Harmattan, 2013

VINARDI Carine, VARDANEGA Roland, *Le lean : atouts, impacts et limites*, Paris, Vuibert, 2013

Articles de périodiques

APM, « L'ADH dévoile ses propositions détaillées de simplification et de modernisation de l'hôpital », 16/06/2014, disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.adh-asso.org/IMG/pdf/APM->

[L ADH dévoile ses propositions détaillées de simplification et de modernisation de l hôpital.pdf](#) (consulté le 04/08/2015)

GEORGES-PICOT Antoine, « Les habits neufs du bureau des entrées », *Finances Hospitalières*, n°87, janvier 2015, pp.8-10

GUIBERT Lise, « Optimisation dans le contexte T2A. Le management des services d'admission des patients » (Cahier n°206 Finances), *Gestions Hospitalières*, n° 467, Juin/Juillet 2007, pp. 422-424

HOSPIMEDIA, « L'hôpital tend à se convertir à la personnalisation du service au patient », le 09/12/13

ROGER Patrick, « Quatre-vingt-douze nouvelles mesures pour un « grand choc » de simplification », *Le Monde*, le 01/06/2015

ROUTELOUS Christelle, LAPOINTE Liette, VEDEL Isabelle, « Le rôle des passeurs de frontières dans la mise en place de collaboration pluridisciplinaire en médecine », *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 2014/7 (Vol. 32)

TICOS Pascale, VANDAELE Guillain, « Du bureau des entrées à l'espace accueil clientèle. Piloter le changement pour valoriser le "front office client" » (Dossier : Du patient au client), *Gestions hospitalières*, n°438, Août/Septembre 2004, pp. 517-523

VALLETOUX Frédéric, « Les hôpitaux, grands oubliés du choc de simplification », *Les Echos*, 17/06/2015, disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/021139982297-les-hopitaux-grands-oublies-du-choc-de-simplification-1129003.php> (consulté le 04/08/2015)

WERY Olivier, « Déconcentrer l'accueil administratif ne va pas de soi », *Finances Hospitalières*, n°45, mars 2011, pp. 2-5

WERY Olivier, « Le projet SIMPHONIE : la dématérialisation intégrale des factures de soins », *Finances Hospitalières*, n°93, juillet 2015, pp. 2-4

Rapports

« Éliminer la paperasserie : La simplification administrative dans les pays de l'OCDE », Paris, OCDE, 2004

Mémoires

ASSIE Gaëtan, *Préparer le secteur admission/facturation au passage à la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES) : L'exemple du Centre hospitalier de*

Saint-Malo Communauté Hospitalière de Territoire Rance Émeraude, Mémoire EHESP, 2014

SAVARY Sébastien, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne, Mémoire EHESP, 2013*

NOHARET Magali, *Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement, Mémoire EHESP, 2008*

FLOUREZ Damien, *La gestion du changement au sein du CH de Villefranche-Sur-Saône : l'accompagnement du service "facturation - bureau des entrées", Mémoire EHESP, 2008*

GUIBERT Lise, *Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A : l'exemple du CHI de Fréjus/Saint-Raphaël, Mémoire EHESP, 2006*

Outils

Outil ANAP : « Evaluer et optimiser la chaîne de facturation – recouvrement », 2011

Sites internet et sources audio-visuelles

Publication de l'ADH « Contribution pour un effort de simplification et de modernisation à l'hôpital » (juin 2014) disponible à l'adresse suivante : <http://www.adh-asso.org/IMG/pdf/ContributionADH-Simplificationadministrative-160614.pdf>

Présentation du projet gouvernemental du « choc de simplification » : <http://simplification.modernisation.gouv.fr/>

Emission radiodiffusée sur le *lean management* à l'hôpital : <http://www.franceinter.fr/emission-lenquete-de-la-redaction-lean-management-a-lhopital-des-soins-a-la-chaine>

Explications sur les nouvelles modalités de l'enquête e-satis sur le site de la HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2042074/fr/e-satis-2015-du-projet-a-la-realite-regards-croises-de-3-etablissements-de-sante-participants-a-la-phase-pilote

Site d'évaluation des hôpitaux par leurs usagers : <https://hospitalidee.fr/>

Présentation de la borne du MIPIH : <http://www.mipih.fr/notre-offre-mipih/me-conformer-a-la-reglementation/borne-d-accueil-du-patient.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens téléphoniques hors HCL

Annexe 2 : Composition du comité de pilotage et de l'équipe projet

Annexe 3 : Calendrier du projet

Annexe 4 : Liste des entretiens préliminaires ouverts menés pendant la première quinzaine de juin

Annexe 5 : Calendrier de la phase 1 « Diagnostic »

Annexe 6 : Organigramme et nombre d'antennes et d'agents du BdA GHSud

Annexe 7 : répartition des dossiers d'admissions au GHSud par motif, lieu et type de patient

Annexe 8 : Planning pour le chantier d'analyse « Parcours d'admission du Patient »

Annexe 9 : Observation du temps d'attente au BdA (antenne du 3B) : extrait du tableau d'observation

Annexe 10 : Entretiens en salle d'attente du BdA (antenne du 3B) : extrait du tableau de synthèse

Annexe 11 : Enquête de satisfaction après le passage au BdA (en salle d'attente de consultation : grille d'entretien

Annexe 12 : Exemple de convocation pour une consultation (service d'ORL)

Annexe 13 : La signalétique des bâtiments du CHLS

Annexe 14 : Extrait des tableaux d'observation au guichet de l'antenne du BdA du pavillon médical

Annexe 15 : Parcours des patients en consultation d'ORL (observation le 1^{er} juillet 2015 à 10h30)

Annexe 16 : Exemple de parcours patient : préparation d'une hospitalisation avec deux consultations

Annexe 17 : Synthèse des différentes utilisations des étiquettes dans les services de consultation du CHLS

Annexe 18 : Extraits des résultats du questionnaire de satisfaction « consultations » pour le Groupement Sud en 2014

Annexe 19 : Motifs de passage au BdA (toutes antennes confondues) en juin 2015

Annexe 20 : Temps de traitement des dossiers d'admission en consultation par les agents du BdA

Annexe 21 : Temps de traitement des dossiers d'e-admission (MyHCL) en back-office

Annexe 22 : Nombre de rendez-vous par plage horaire au Groupement Sud en 2014

Annexe 23 : Dossiers de facturation en anomalie ou contentieux sur le Groupement Est depuis le passage à PASTEL

Annexe 24 : Volume de rendez-vous, flux d'arrivée des patients et nombre d'agents présents au guichet pour les différentes antennes du BdA

Annexe 25 : Résultats synthétiques de l'enquête de satisfaction menée auprès des agents du BdA

Annexe 26 : Evaluation des compétences des agents d'une antenne du BdA pour un poste en front-office

Annexe 27 : Evaluation des compétences des agents d'une antenne du BdA pour un poste en back-office

Annexe 28 : Résultats synthétiques des évaluations individuelles réalisées par les trois adjoints des cadres et la responsable du BdA à propos du pilotage

Annexe 29 : Evolution du nombre de patients inscrits à MyHCL et du nombre de patients ayant activé leur compte

Annexe 30 : Utilisation de MyHCL à fin 2014

Annexe 31 : Prospectus d'information pour les patients du Gassiot House Outpatient Centre, au Royaume-Uni

Annexe 32 : Calendrier de la phase 2 « Elaboration de projets d'évolution et réalisation de gains rapides »

Annexe 33 : Comparaison aujourd'hui / vision cible des parcours par type de patientèle

Annexe 34 : Résultats de la réflexion sur la priorisation des leviers d'amélioration (liste des actions page suivante)

Annexe 35 : Estimation de l'impact de FIDES sur le BdA aux HCL

Annexe 36 : Calendrier de déploiement du projet au GHSud

Annexe 37 : Planning détaillé du déploiement des quatre chantiers du projet au GHSud

Annexe 38 : Calendrier de déploiement du projet sur les différents groupements des HCL (conditionné au succès du pilote CHLS)

Annexe 39 : Calendrier prévisionnel de livraison des développements informatiques

Annexe 40 : Composition de l'équipe projet GHSud pour la phase pilote et le déploiement du projet sur tout le groupement

Annexe 41 : Noms des sponsors (HCL) et des responsables (CHLS) de chaque chantier

Annexe 42 : Extraits du fichier de suivi du plan d'actions « PMO » (Project Management Office) pour le GHSud

Annexe 43 : Extrait de la présentation « suivi hebdomadaire » pour le GHSud (avant le lancement de la phase pilote)

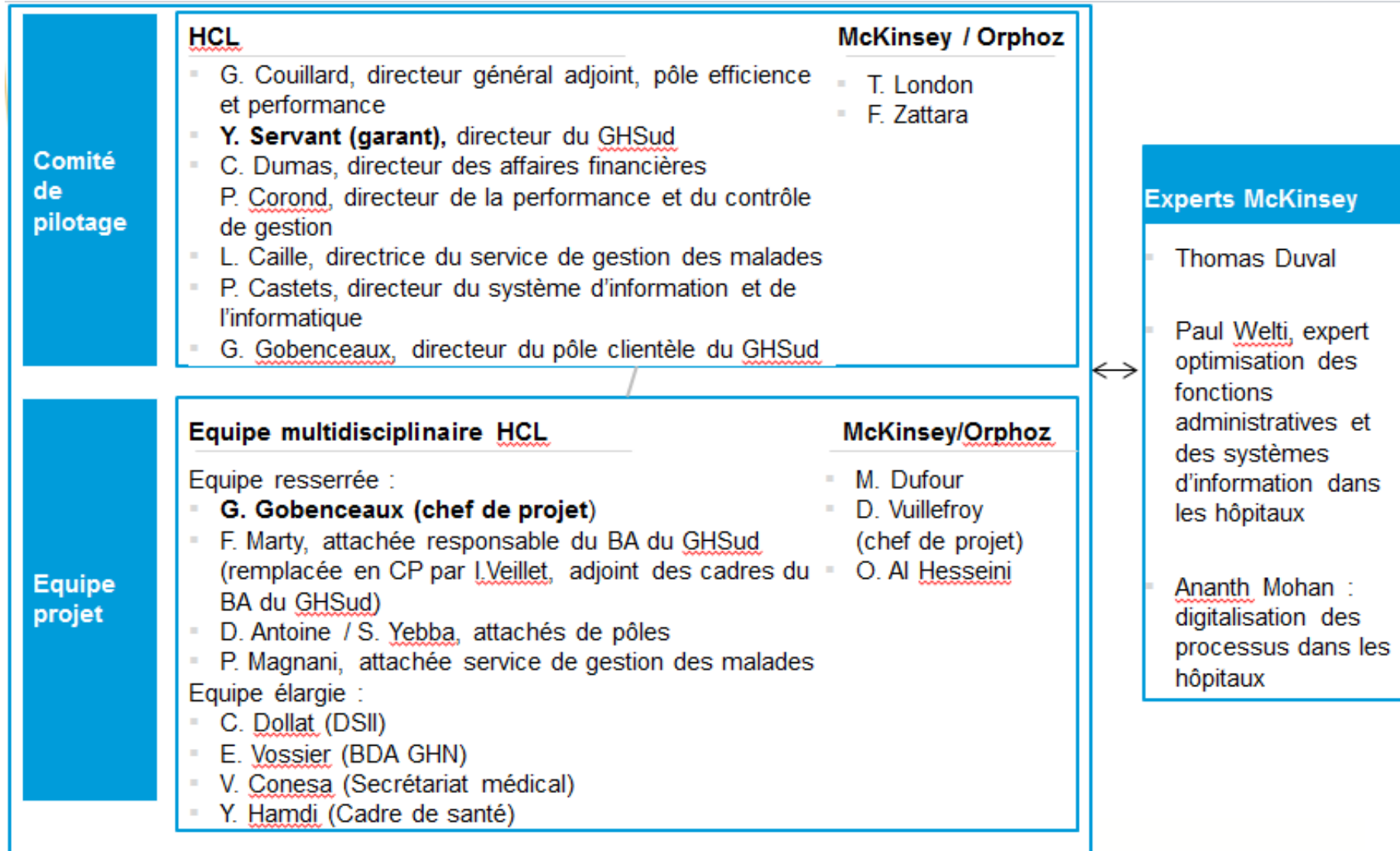
Annexe 44 : Processus cible de l'admission en consultation

Annexe 45 : Extrait du plan de communication avant le démarrage du pilote au GHSud

ANNEXE 1 : LISTE DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES HORS HCL

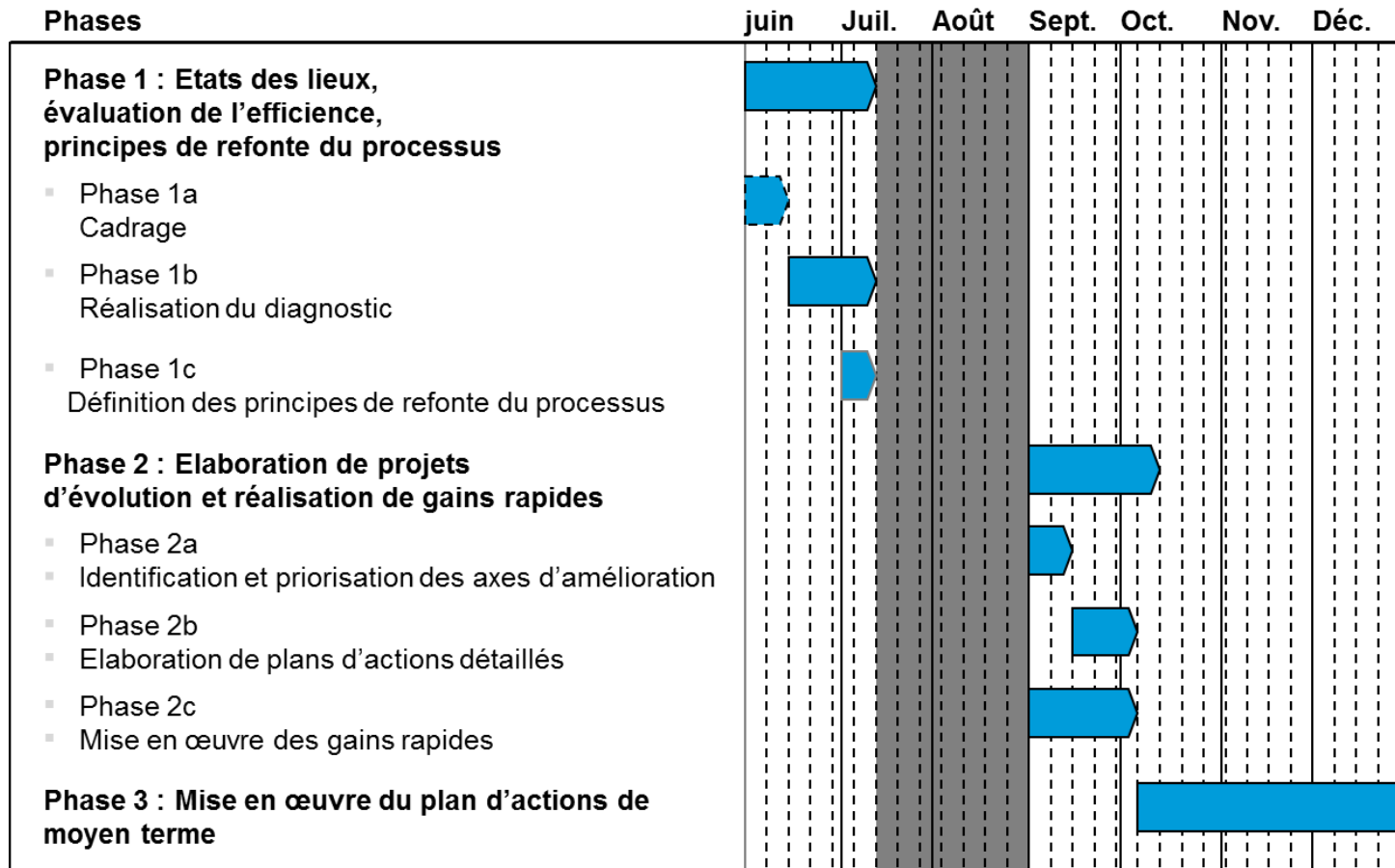
NOM, Prénom, fonction	Date de l'entretien
BOUSSEKEY Olivier, Directeur des Systèmes d'Information, Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph	02/07/2015
PISTIEN Yannick, Ingénieur DSIO du Centre Hospitalier Métropole Savoie, responsable du projet « Bornes MIPIH à l'accueil de la maternité »	07/08/2015
MINVIELLE Etienne, Directeur de la Qualité de l'institut Gustave Roussy et professeur des Universités à l'EHESP (titulaire de la Chaire de Management, directeur de l'équipe d'accueil Management des Organisations de Santé)	28/09/2015
RICHARD Yannick, Attaché à la Direction des Affaires Financières et au Bureau des Admissions du CH départemental de Vendée (La Roche sur Yon)	

ANNEXE 2 : COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE ET DE L'EQUIPE PROJET



ANNEXE 3 : CALENDRIER DU PROJET

Planning global

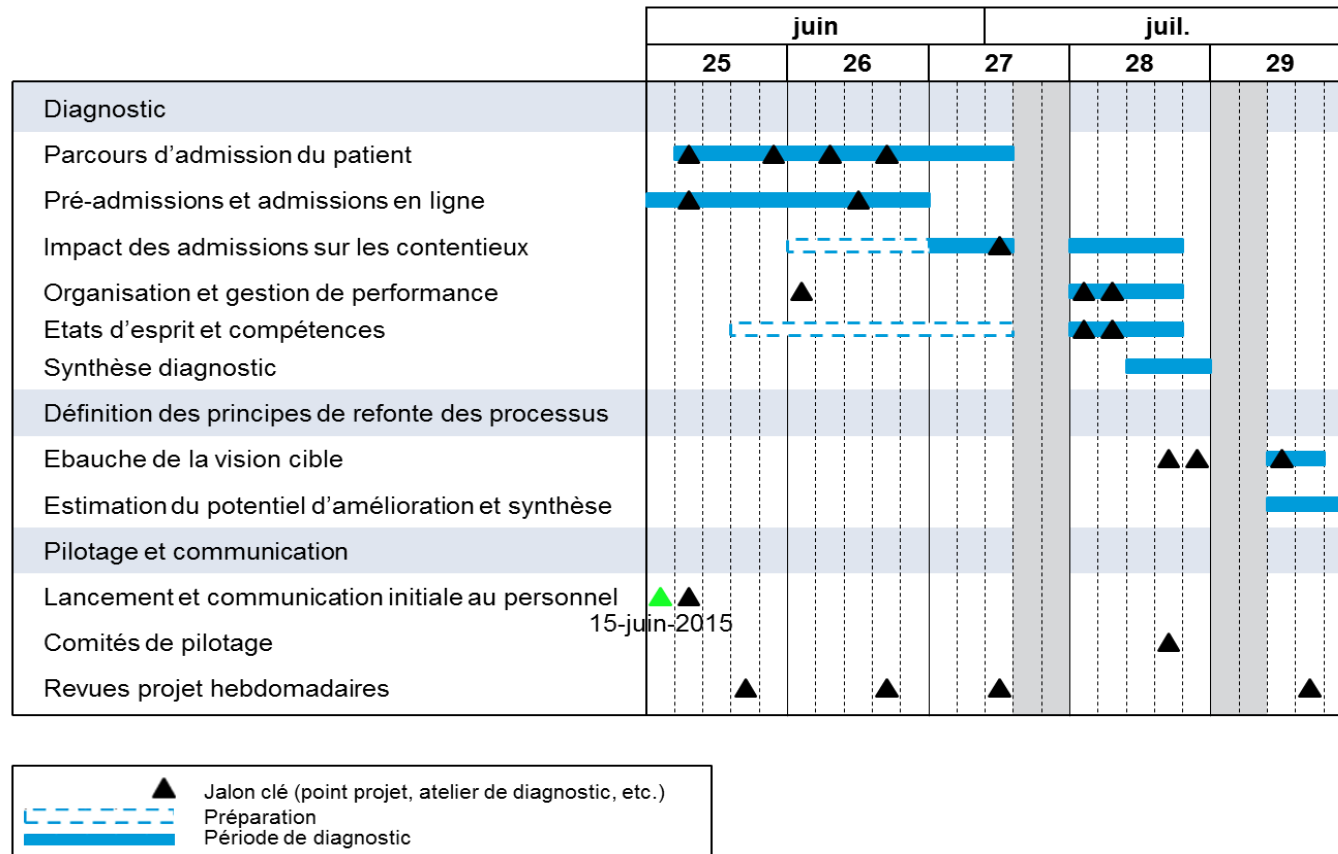


ANNEXE 4 : LISTE DES ENTRETIENS PRELIMINAIRES OUVERTS MENES PENDANT LA PREMIERE QUINZAINE DE JUIN

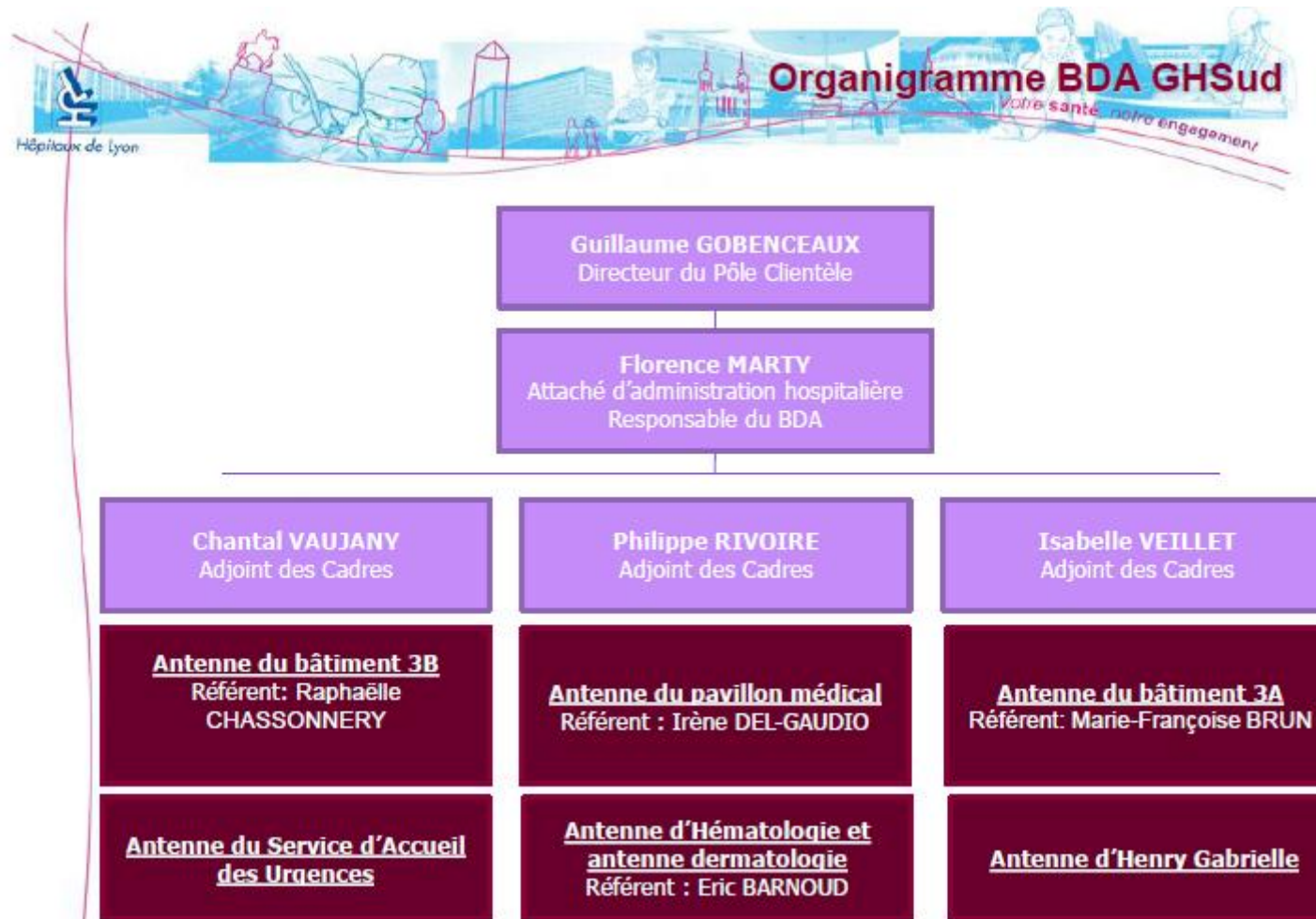
Personne(s) rencontrée(s)	Date
Y. Servant (directeur du GHSud) / S. Grossi (directrice référente des PAM Médecine et Rééducation du GHSud) / G. Gobenceaux (directeur du pôle clientèle du GHSud)	04-juin
L. Caille (directrice Service de Gestion des Malades : facturation et gestion administrative des patients) / P. Magnani (attachée, chargée de mission Service de Gestion des Malades)	04-juin
P. Corond (directeur de la performance et du contrôle de gestion)	09-juin
G. Allouard (directeur référent des PAM Chirurgie et Urgences du GHSud)	10-juin
F. Marty (responsable du bureau des entrées du GHSud)	10-juin
C. Valauny / P. Rivoire / I. Veillet (adjoints des cadres du GHSud)	10-juin
P. Castets (directeur du système d'information et de l'informatique)	10-juin
C. Dumas (directeur des affaires financières)	11-juin

ANNEXE 5 : CALENDRIER DE LA PHASE 1 « DIAGNOSTIC »

Planning de la phase
« Diagnostic et principes de refonte des processus »



ANNEXE 6 : ORGANIGRAMME ET NOMBRE D'ANTENNES ET D'AGENTS DU BDA GHSUD



Bureau des Admissions

TOTAL : 62 agents, 43 postes de travail

- 9 postes de travail
- Amplitude couverte 7H30-18H
- Heures d'arrivée guichets : 7h30, 7h30, 8h, 10h10

- 12 postes de travail
- Amplitude couverte 7H30-18H
- Heures d'arrivée guichets : 7h30, 7h30, 8h, 10h10

- 6 postes de travail
- Amplitude couverte 7H30-18H
- Heures d'arrivée guichets : 8h, 8h, 10h10

Gestion et régie

7 Bureaux gestion 3B
2 Bureaux régie 3A

3A

1 accueil
4 guichets
3 guichets caisses
1 bureau gestion

3B

1 accueil caisse
4 guichets
1 guichet caisse
2 bureaux gestion
4 bureaux actes/mvt

PM

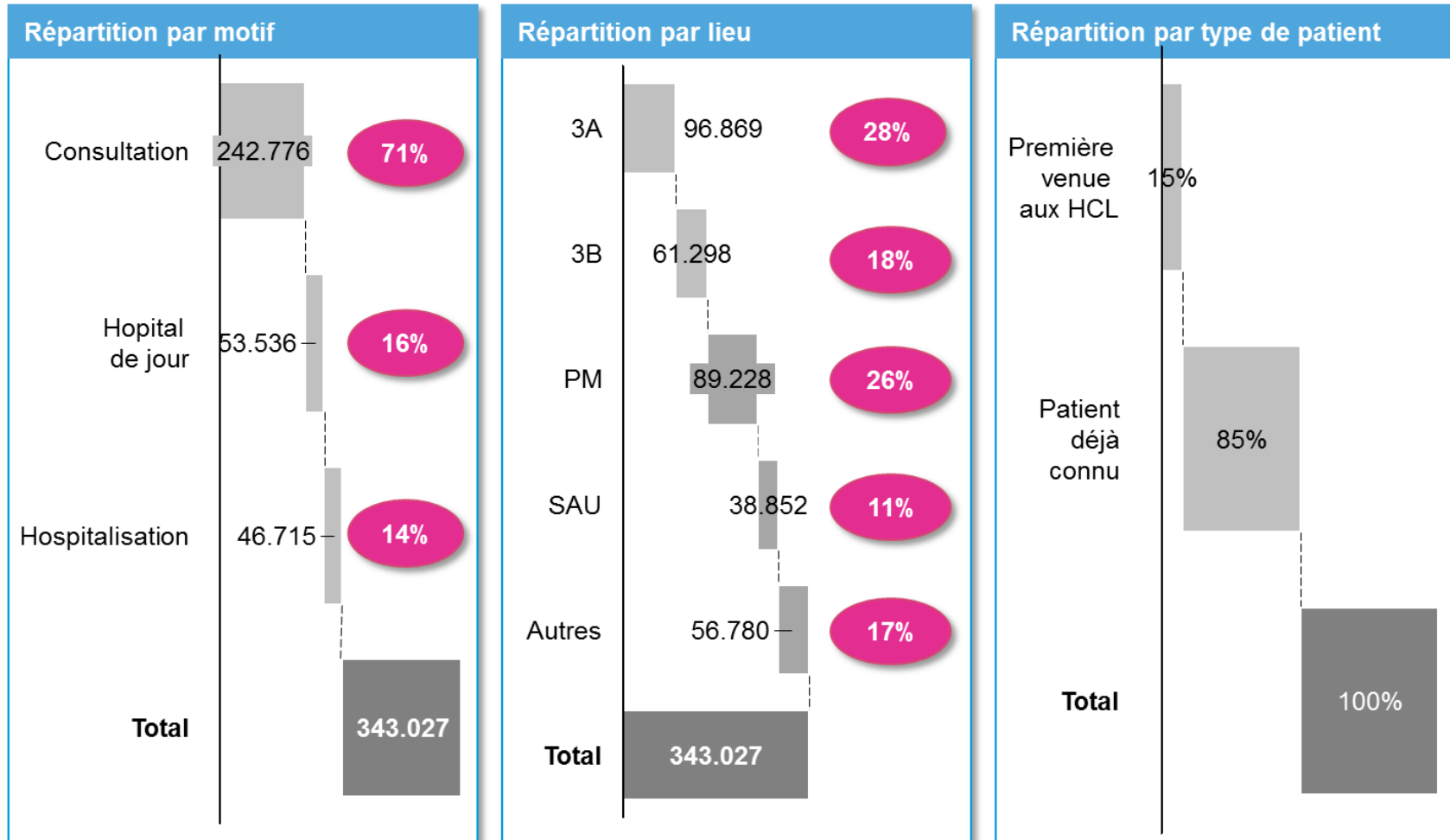
Accueil (non utilisé)
3 guichets
2 guichet caisse
1 bureau gestion

Autres antennes

Hématologie (3),
Dermatologie (1),
Henry Gabrielle (1),
SAU (2)

OURCE: Equipe projet Admissions HCL; Photo au 25/06/2015

ANNEXE 7 : REPARTITION DES DOSSIERS D'ADMISSIONS AU GHSUD PAR MOTIF, LIEU ET TYPE DE PATIENT



Source: Requête activité BO infocentre GEMA 2014
 Consultations: y compris liées aux passages aux urgences
 Autres lieux: HHG, 1F/1G, prisons

ANNEXE 8 : PLANNING POUR LE CHANTIER D'ANALYSE « PARCOURS D'ADMISSION DU PATIENT »

Chantier d'analyse Parcours d'admission du patient

▲ Atelier / observation active
 - - - Préparation
 ■ Période de diagnostic

Problématique à traiter

Analyser les processus actuels d'admission des patients en consultation et en hospitalisation, à travers leur parcours administratifs :

- Du point de vue du patient: déplacements et passages au BDA, attentes
- Du point de vue des agents du BDA et des secrétariats médicaux: répartition des activités, pertes de temps et variabilité

Identifier les points de dysfonctionnement et les points d'amélioration clés

Périmètre

Bureau des admission et secrétariats médicaux des pôles, hors SAU
 2 antennes du BDA et 1 secrétariat médical seront diagnostiqués en détail

Personnes impliquées

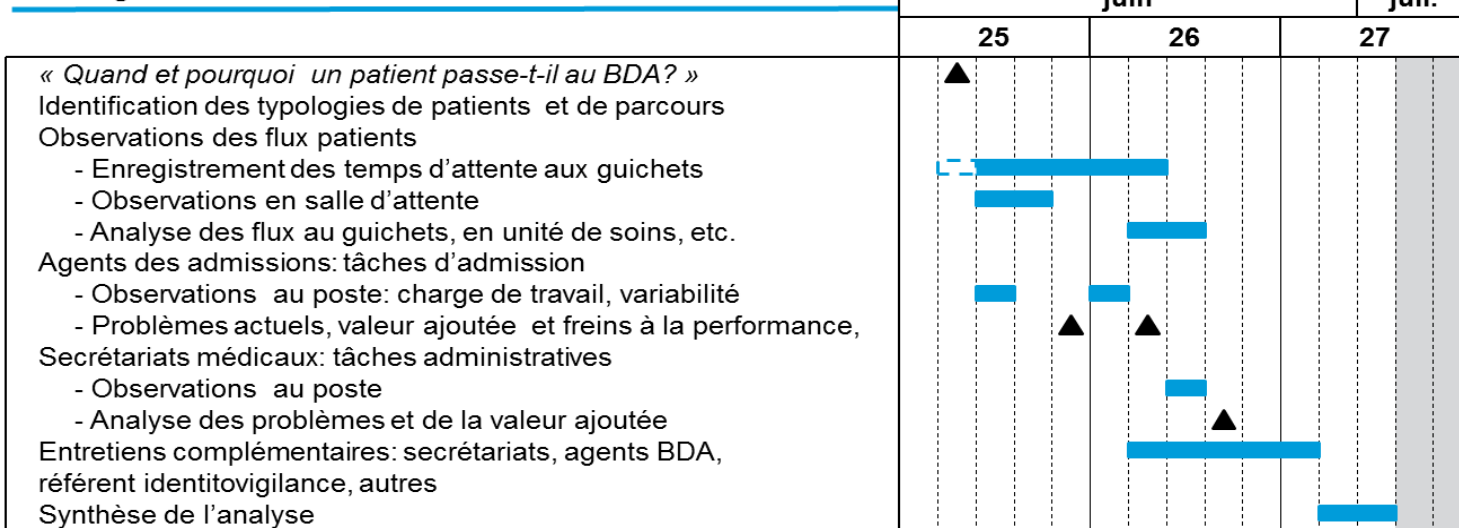
Equipe :

F. Marty (I. Veillet) / D. Antoine
 G. Gobenceaux
 D. Vuillefroy

Interlocuteurs principaux :

Agents du BDA, secrétariats médicaux

Planning des activités



ANNEXE 9 : OBSERVATION DU TEMPS D'ATTENTE AU BDA (ANTENNE DU 3B) : EXTRAIT DU TABLEAU D'OBSERVATION

Observation en salle d'attente du Bureau des Admissions

Date:	17-juin	Antenne du BDA: 3B	Observateur (s): Caroline / Damien	
Ticket N°	Heure de prise du ticket	Heure d'appel	Numéro de guichet	Commentaires
62	8h26	8h39	E	
63	8h28	8h42	D	
64	8h32	8h42	E	
65	8h34	8h47	C	
66	8h35	8h52	E	De 8h52 à 9h16, il n'y a eu aucun appel de ticket ! C'est principalement dû aux arrivées successives d'ambulanciers qui passent directement au guichet et embolissent le BDA. Enervement des patients qui attendaient déjà depuis un moment. Certains pensent que l'affichage est en panne.
67	8h35	9h16	C	
68	8h36	9h17	D	
69	8h38	9h17	E	
70	8h43	9h23	Personne ne se présente	

ANNEXE 10 : ENTRETIENS EN SALLE D'ATTENTE DU BDA (ANTENNE DU 3B) : EXTRAIT DU TABLEAU DE SYNTHESE

Heure d'entretien	09h11	8h52	8h35	8h44
N° de ticket du patient	81	72	65	70
N° de ticket affiché				
Dans quel service êtes-vous convoqué(e)?	Addictologie	Urologie	Maternité	Maternité
Avez-vous reçu une convocation / rappel? (Courrier ou SMS)	Non, ni convoc ni SMS	Non.	Non, ni convoc ni SMS	Non, ni convoc ni SMS
Quand avez-vous pris votre RDV?	Rdv pris par téléphone il y a 3 semaines	il y a 2 mois.	le 24/04	21-mai
Est-ce pour une consultation privée, consultation publique ou une hospitalisation?	Consultation	consultation	RDV avec sage-femme pour faire le dossier administratif	Echographie
A quelle heure est prévu votre RDV dans le service?	9h30	Demain à 10h30. Je suis venu hier pour faire mes étiquettes mais je suis reparti car il y avait 30 personnes.	9h45	9h15
A quelle heure avez-vous été convoqué au BDA?	9h	Je viens toujours la veille. Des étiquettes j'en ai tout le temps mais elles sont toujours périmées. Elles ne sont valables que 6 mois. Ce n'est jamais pareil.	1h avant (indiqué au téléphone)	on ne m'a pas dit mais je savais qu'il fallait venir avant
A quelle heure êtes-vous arrivé(e)?	8h50	8h45	8h35	8h40
Est-ce votre 1ère admission à Lyon Sud?	oui	non	non mais ça fait très longtemps	Non
Est-ce votre 1ère admission dans le service?	oui	non	Oui	Non
Connaissez-vous le service myHCL?	non	oui	Non	Oui
Avez-vous une carte myHCL?	non	non	Non	Oui
L'avez-vous utilisée récemment?	non	non	Non	oui pour ma fille à l'HFME mais pas pour moi.
Si non, pourquoi?				
Que vous a-t-on demandé d'apporter pour votre admission?	carte vitale. On ne m'a pas dit d'amener la carte de mutuelle mais je le savais.	rien mais je sais	Dossier grossesse, carte vitale, etc.	Dossier
Quel a été votre parcours hospitalier? Quels exams complémentaires avez-vous fait?		Je viens tous les ans, une fois par an		la première écho

ANNEXE 11 : ENQUETE DE SATISFACTION APRES LE PASSAGE AU BDA (EN SALLE D'ATTENTE DE CONSULTATION :

GRILLE D'ENTRETIEN

1) Venez-vous pour :			
une consultation	<input type="checkbox"/>		
un séance en hôpital de jour	<input type="checkbox"/>		
2) Est-ce la première fois que vous venez au CHLS (cette année) ?			
oui	<input type="checkbox"/>		
non	<input type="checkbox"/>		
3) Avez-vous une carte MyHCL ?			
oui	<input type="checkbox"/>		
non	<input type="checkbox"/>		
Si non pourquoi ?			
Je ne connais pas	<input type="checkbox"/>	On ne me l'a pas proposée	<input type="checkbox"/>
C'est trop compliqué	<input type="checkbox"/>	ça ne marche pas	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>		
4) Si oui, l'avez-vous utilisée aujourd'hui ?			
oui	<input type="checkbox"/>		
non	<input type="checkbox"/>	Si non, pourquoi ?	
5) Êtes-vous passé par le bureau des entrées ?			
oui	<input type="checkbox"/>		
non	<input type="checkbox"/>		
6) Qui vous a orienté vers le bureau des entrées ?			
Je savais que je devais le faire	<input type="checkbox"/>	C'était écrit sur ma convoc	<input type="checkbox"/>
Le service m'a renvoyé au BdA	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
7) Quel a été votre temps d'attente au bureau des entrées ?			
Moins de 10 min / Entre 10 et 20 min / Entre 20 et 30 min / Entre 30 et 40 min / Entre 40 et 50 min / Entre 50 et 60 min / Entre 60 et 70 min / Entre 70 et 80 min / Entre 80 et 90 min / Entre 90 et 100 min / Entre 100 et 110 min / Entre 110 et 120 min			
8) à quelle heure avez-vous pris votre ticket ?			
9) Avez-vous été bien accueilli par l'agent du bureau des entrées ?			
10) Vous a-t-on demandé les éléments suivants :			
Pièce d'identité	<input type="checkbox"/>	Avez-vous présenté :	
Carte vitale	<input type="checkbox"/>	Pièce d'identité	
Carte de mutuelle	<input type="checkbox"/>	Carte vitale	
		Carte de mutuelle	
		Si non, pourquoi ?	
11) Quels sont, selon vous, les points positifs de l'accueil administratif au CHLS ?			
12) Quels sont, selon vous, les points d'amélioration pour le bureau des entrées du CHLS ?			

ANNEXE 12 : EXEMPLE DE CONVOCATION POUR UNE CONSULTATION (SERVICE D'ORL)

RENDEZ VOUS DE CONSULTATION

Madame, Monsieur,

Vous êtes attendu(e) le lundi 06/07/2015 à 09:30 :

Secteur 3
Bâtiment 3A (Pavillon chirurgical)
Service ORL, rez-de-chaussée

Bus 88 arrêt « pavillon chirurgical »
Parkings visiteurs P3 et P5 recommandés et fléchés à l'entrée.

pour une consultation auprès de l'Interne.

Veillez-vous présenter 15 minutes avant la consultation au Bureau des Entrées, Pavillon 3A pour faire vos étiquettes.

Veillez apporter :

- ⇒ Une pièce d'identité avec photo,
- ⇒ Votre carte vitale, votre carte mutuelle,
- ⇒ Le formulaire Pirès vert ou le volet n°3 du protocole de soins délivré par l'assurance maladie précisant la maladie prise en charge à 100%,
- ⇒ Votre attestation de CMUC ou AME (Aide Médicale Etat),
- ⇒ Un moyen de paiement.
- ⇒ Courrier du Médecin Traitant
- ⇒ Résultats d'examens ou de radiographies en votre possession

Si vos étiquettes sont en cours de validité, vous pouvez vous présenter directement dans le Service.

Heure de présentation au BA trop tardive et différente des autres services

Demande systématique de passage au BA même si ce n'est pas nécessaire

Information ancienne

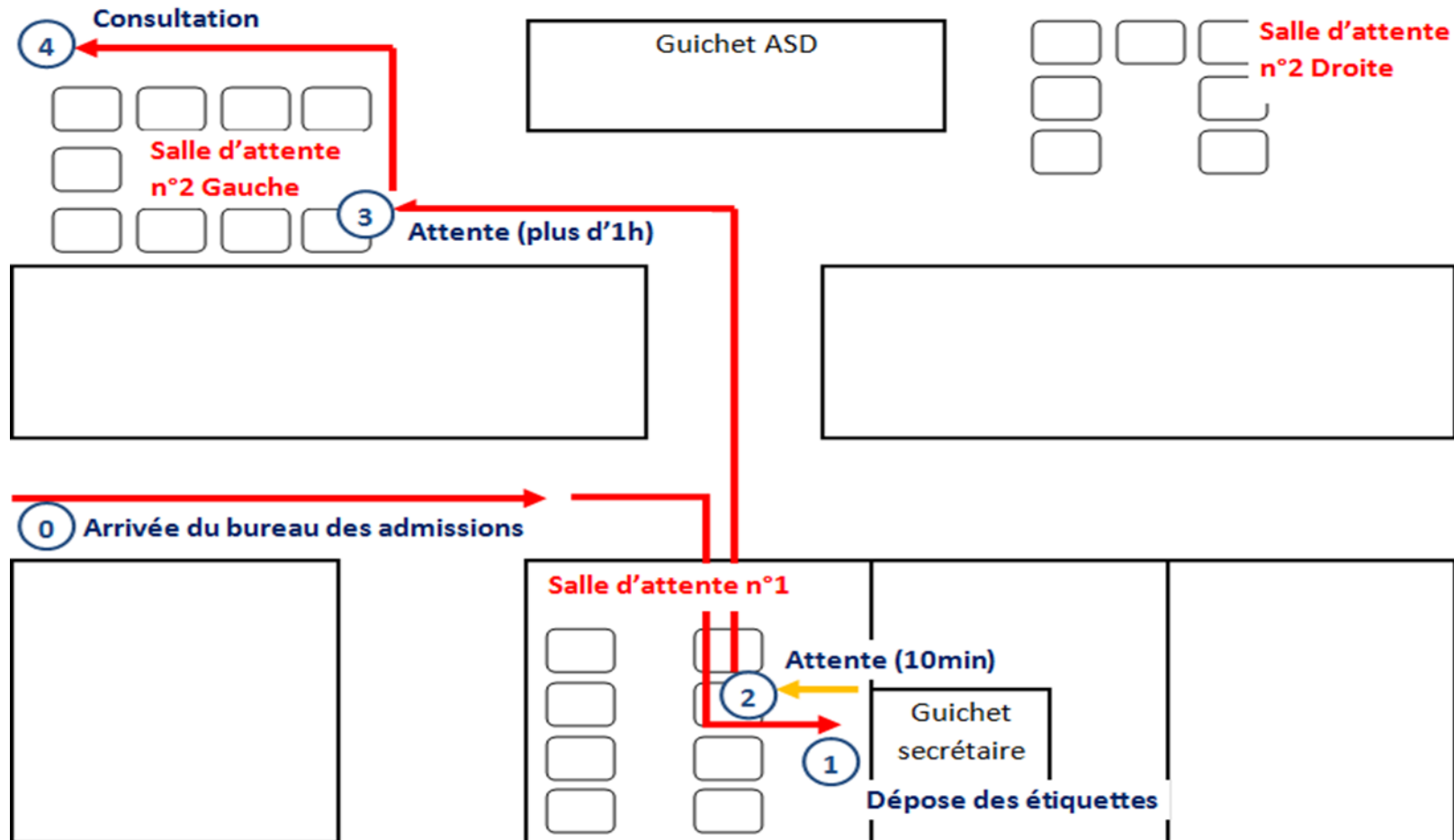
ANNEXE 13 : LA SIGNALÉTIQUE DES BATIMENTS DU CHLS



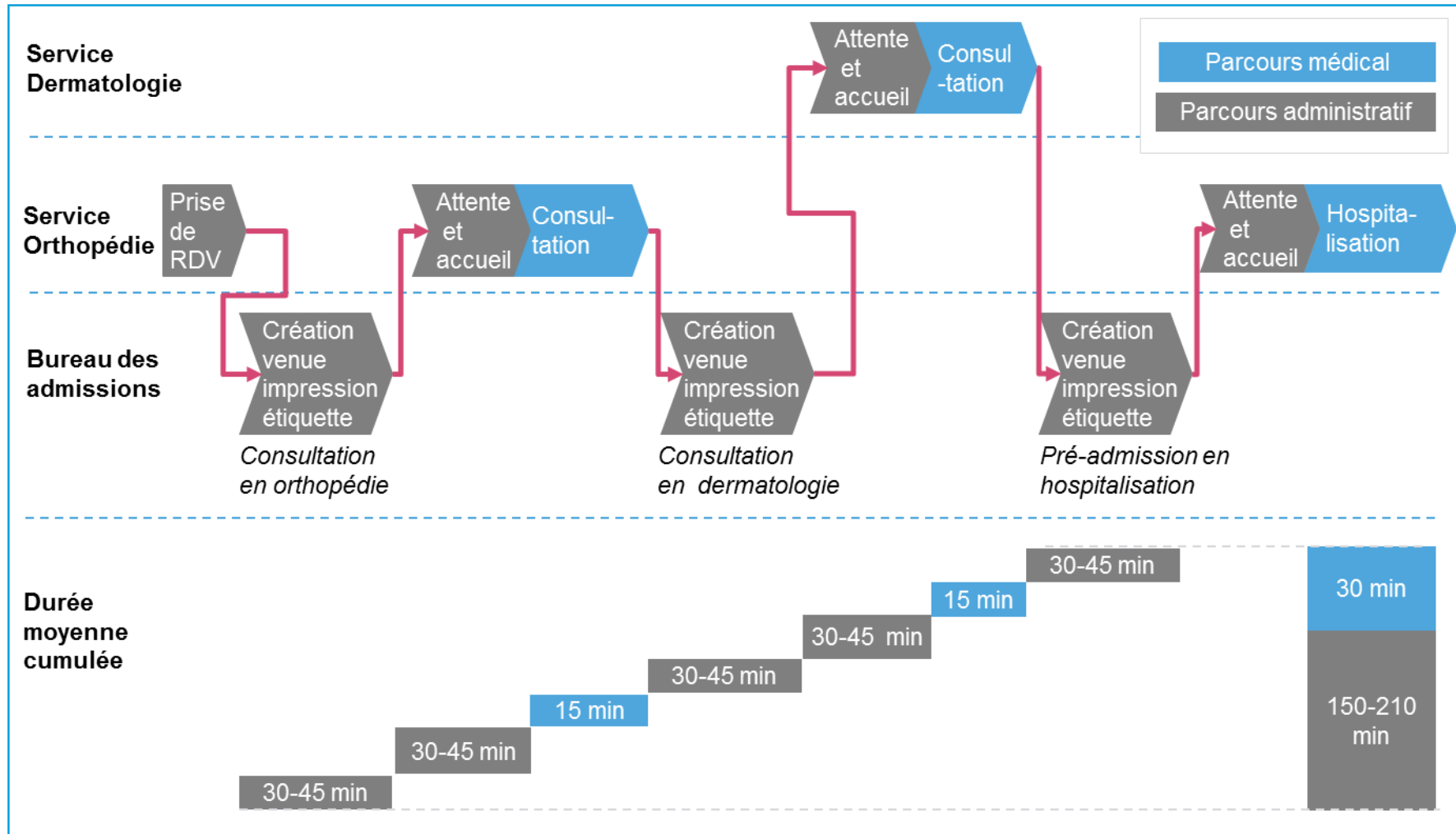
ANNEXE 14 : EXTRAIT DES TABLEAUX D'OBSERVATION AU GUICHET DE L'ANTENNE DU BDA DU PAVILLON MEDICAL

guichet du Bureau des Admissions			
Date:		18/06/2015	
N° Guichet:		C	
Patient #	13:45	Activité Description détaillée	Commentaires
Sans ticket	13H45	Demande de renseignement, la patiente s'adresse au BA et cherche le pavillon 4M	Le pavillon 4M se trouve à Ste Eugénie. On peut se demander pourquoi elle est arrivée au pavillon médical
740	13:50	Vient pour dossier cs Endocrinologie	L'agent vérifie le dossier, débiteur, état civil, informe le patient que ses droits ALD sont terminés et qu'il faudra qu'il voit son médecin pour les faire renouveler
TAXI	13:54	Sortie d'un HJ donc deux documents (Bulletin de situation + document où sont inscrites les séances) à éditer car dans Pastel, les séances ne s'impriment pas sur le même document (alors que cela était le cas dans GEMA)	L'agent vérifie le dossier, demande au taxi combien il veut de bulletin de situation
TAXI	13:55	Vient pour étiquette CS Rhumato	L'agent crée le dossier, lit la carte vitale, regarde si l'ALD est inscrit
TAXI	13:57	Vient pour SORTIE d'un patient, vient avec le billet de lit	L'agent demande au taxi combien de bulletin de situation il lui faut. Demande si le patient est à 100 %
746	14:01	Bulletin de sortie suite à une Hospitalisation de jour	Deux éditions à faire, car le bulletin de sortie dans Pastel ne contient pas le nombre de séances. Il faut donc aller sur l'Icône Mouvements pour éditer la date des séances
751	14:04	Admission pour hospitalisation par l'aide à domicile de la patiente qui est déjà dans le service	L'aide à domicile n'a pas de nom de famille référente, la patiente vit seule, la nièce de la patiente est injoignable..
TELEPHONE	14:10	Appel d'un infirmier du service d'hospitalisation de dermato pour une entrée par téléphone chez un patient qui aurait pu se déplacer faire son admission	L'admissionniste fait le dossier, puis se rend compte avoir recopié un dossier sans débiteur... Cette pratique d'admission par téléphone n'est pas une pratique préconisée, mais est souvent pratiquée, à revoir donc...

ANNEXE 15 : PARCOURS DES PATIENTS EN CONSULTATION D'ORL (OBSERVATION LE 1^{ER} JUILLET 2015 A 10H30)



ANNEXE 16 : EXEMPLE DE PARCOURS PATIENT : PREPARATION D'UNE HOSPITALISATION AVEC DEUX CONSULTATIONS



ANNEXE 17 : SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTES UTILISATIONS DES ÉTIQUETTES DANS LES SERVICES DE CONSULTATION DU CHLS

Analyse de l'utilisation des étiquettes dans des services de consultation du CHLS												
	Groupe 1 : Utilisation de l'étiquette pour des questions administratives et de cotation					Groupe 2 : Utilisation de l'étiquette pour la traçabilité des examens			Groupe 3 : Utilisation de l'étiquette pour la gestion des flux patients			
	Dermatologie	Rhumatologie	Pneumologie	Ophtalmologie	Néphrologie	Obstétrique	Endocrinologie	Méd. interne	ORL	Chir. Orthopédie	Chir. Générale	Urologie
Secrétariat				X	X							
Suivi des arrivées	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
Fiches de liaison										X	X	X
Liste de cotation	X	X	X	X	X	X	X			X	X	
Fiche individuelle de cotation	X								X			X
Examens						X	X	X		X		X

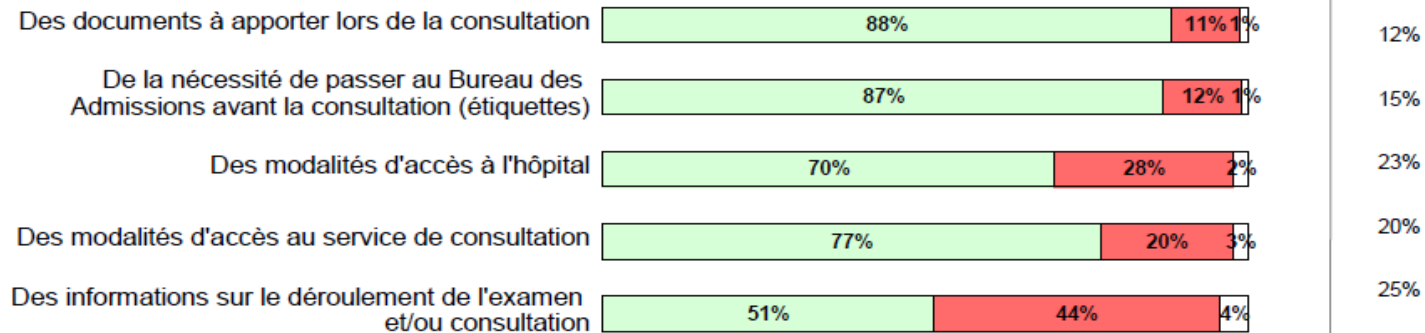
SOURCE : Etude réalisée par l'équipe projet le 15 septembre 2015; 17 services, 12 réponses obtenues

ANNEXE 18 : EXTRAITS DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION « CONSULTATIONS » GHSUD EN 2014

La prise de rendez-vous

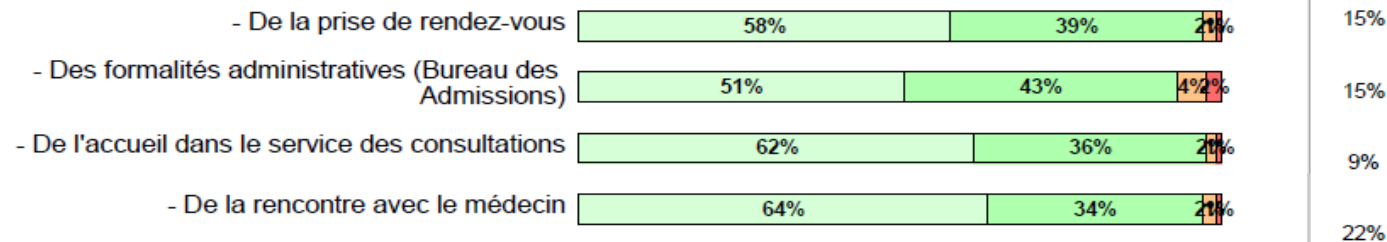
Concernant le RDV qui vous amène aujourd'hui, avez-vous été informé :

Oui Non NSP



Vos relations avec le personnel

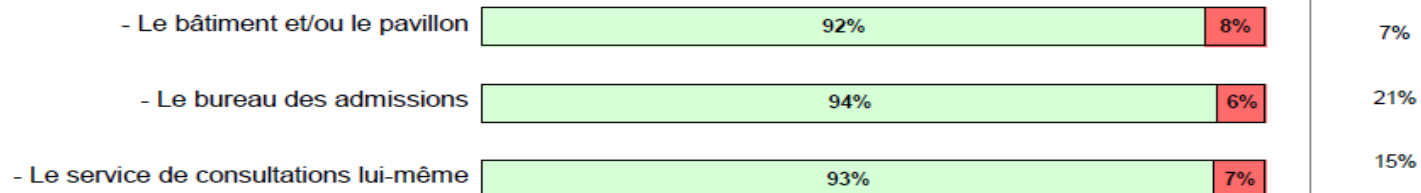
Excellente Bonne Moyenne Mauvaise NC



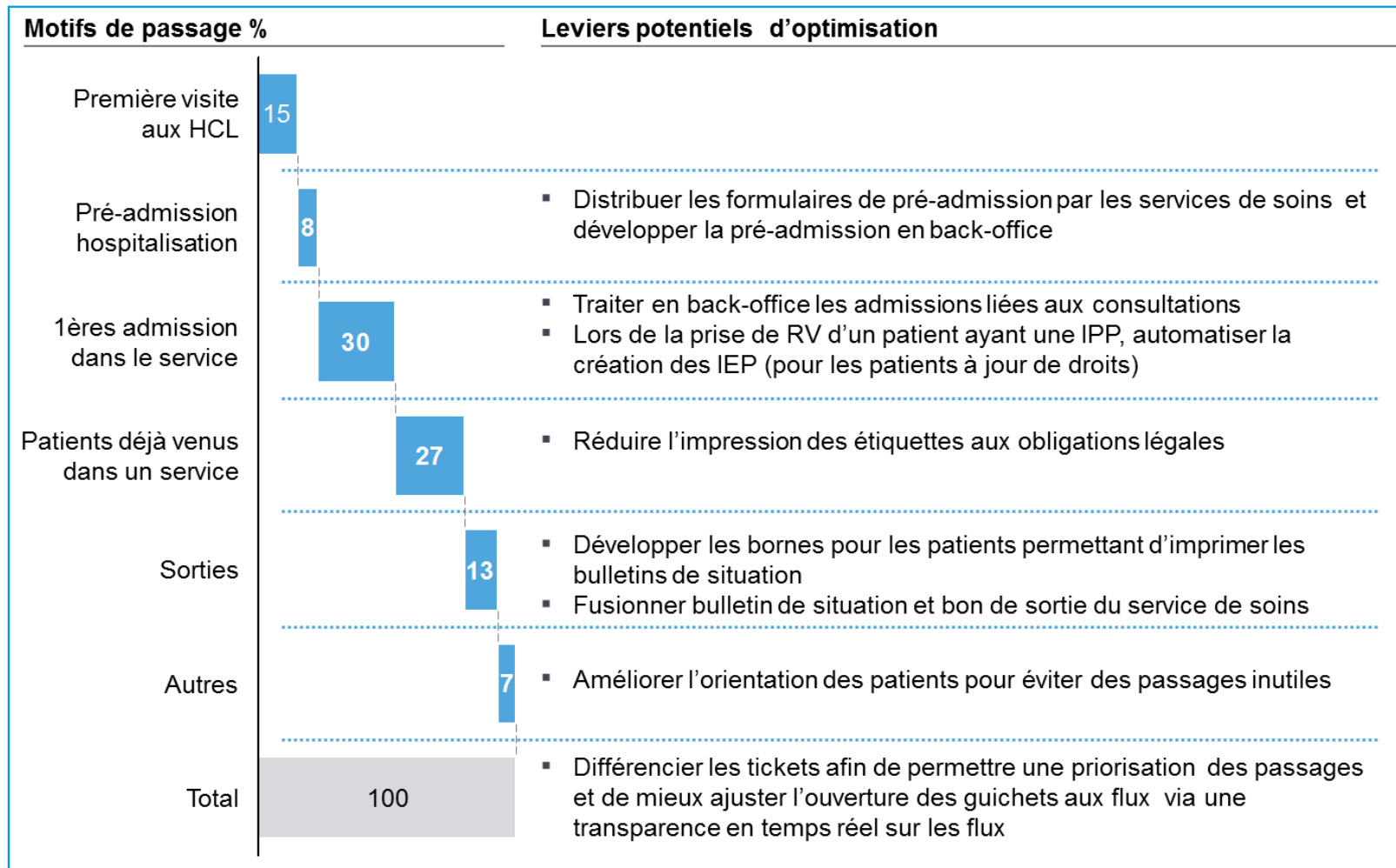
Accessibilité et orientation

Avez-vous trouvé facilement :

Oui Non

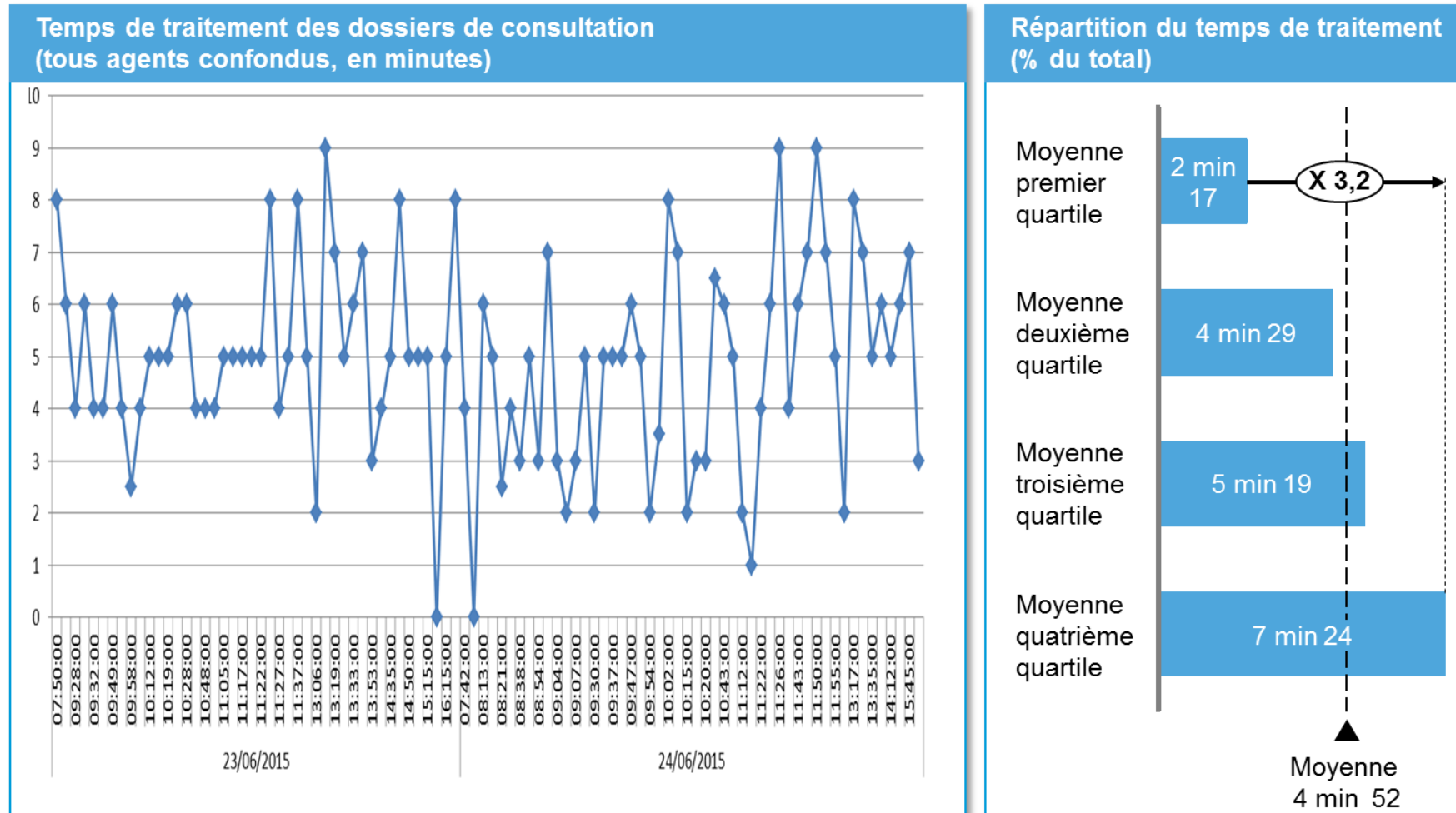


ANNEXE 19 : MOTIFS DE PASSAGE AU BDA (TOUTES ANTENNES CONFONDUES) EN JUIN 2015



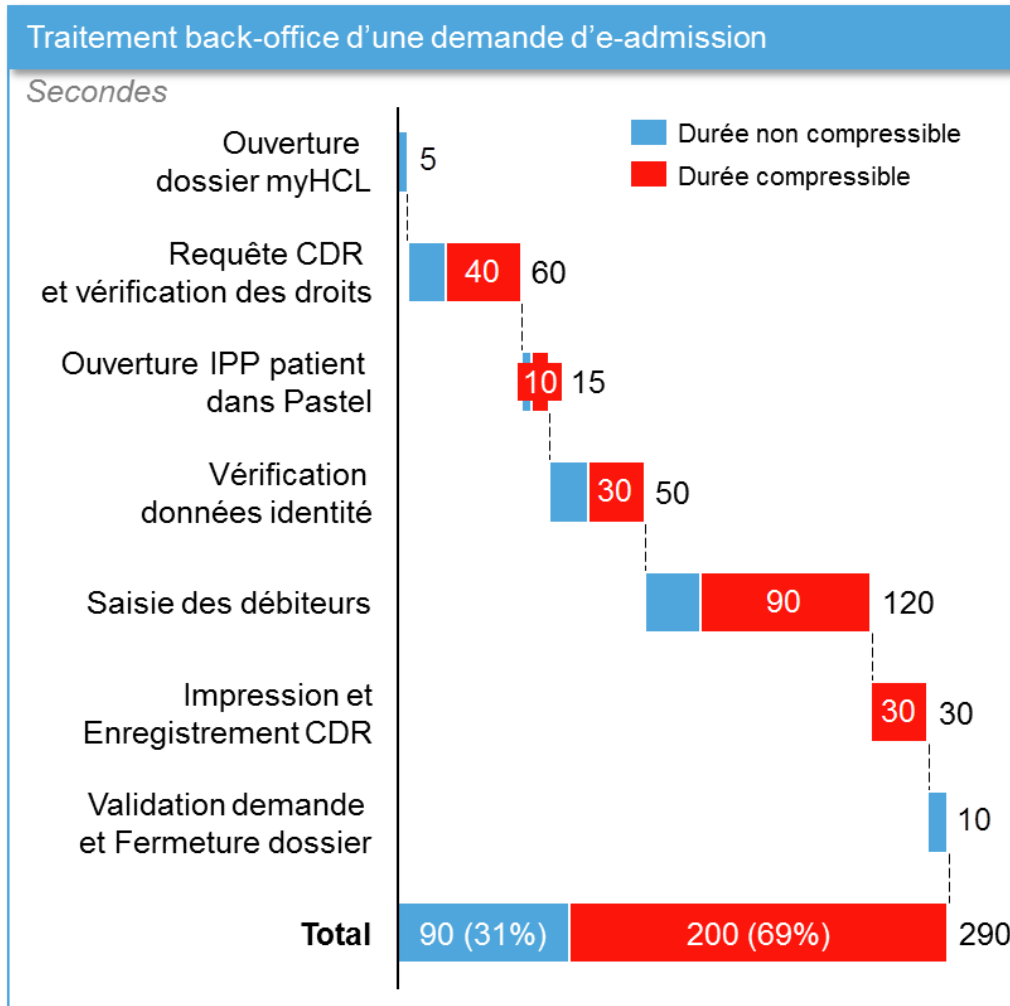
Source: collecte d'information auprès des patients venant au BA (toutes antennes confondues)
382 réponses données par les patients entre le 18 et le 23 juin 2015

ANNEXE 20 : TEMPS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS D'ADMISSION EN CONSULTATION PAR LES AGENTS DU BDA



Source: collecte d'information auprès des patients venant au BA (toutes antennes confondues) les 23 et 24 juin 2015
Premières admissions aux HCL exclues de l'analyse, admissions de plus de 10 min exclues

ANNEXE 21 : TEMPS DE TRAITEMENT DES DOSSIERS D'E-ADMISSION (MYHCL) EN BACK-OFFICE

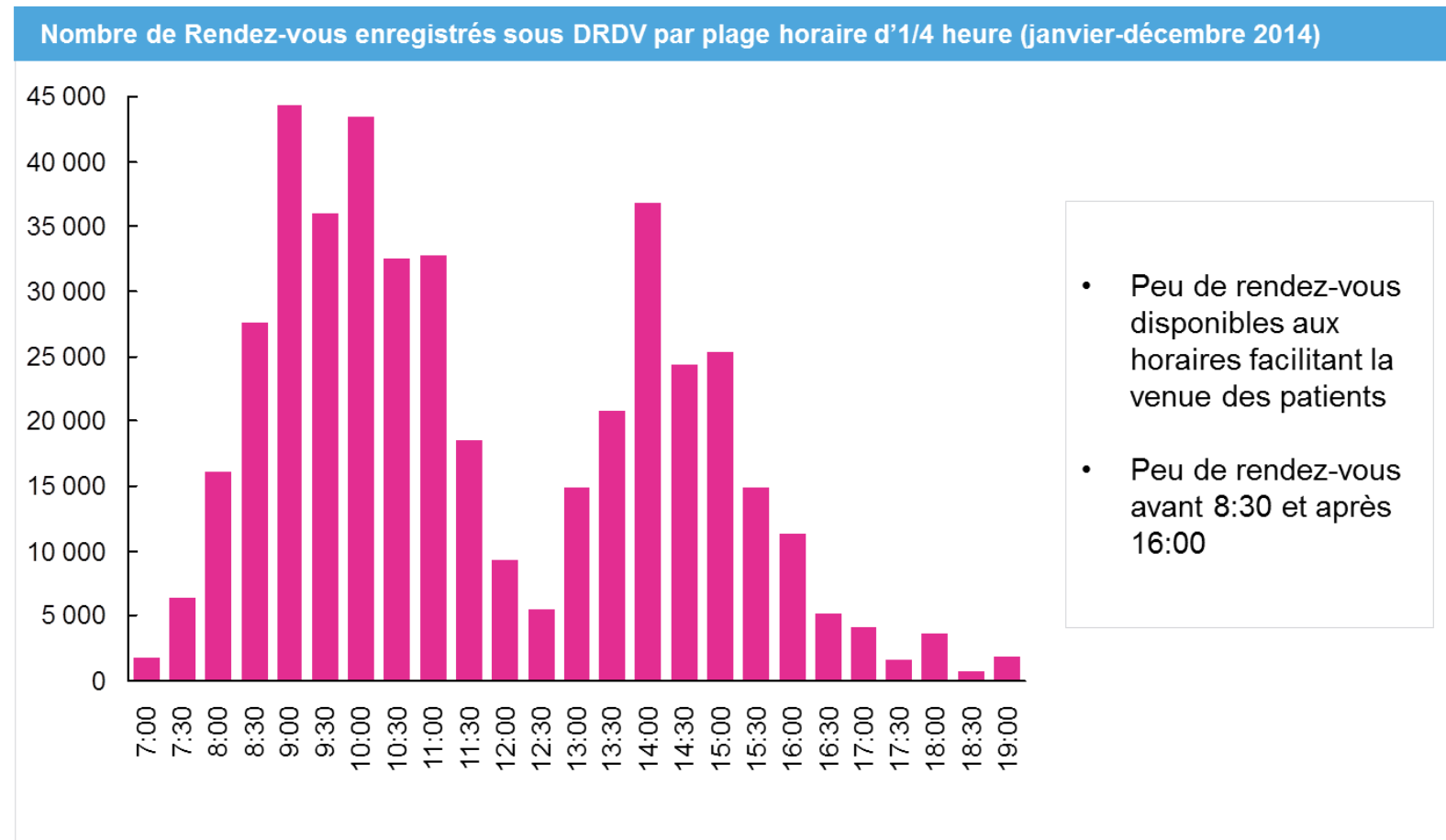


Leviers potentiels

- Automatisation du renseignement des débiteurs dans Pastel
- Définition d'un protocole à suivre
- Automatisation de la requête CDR

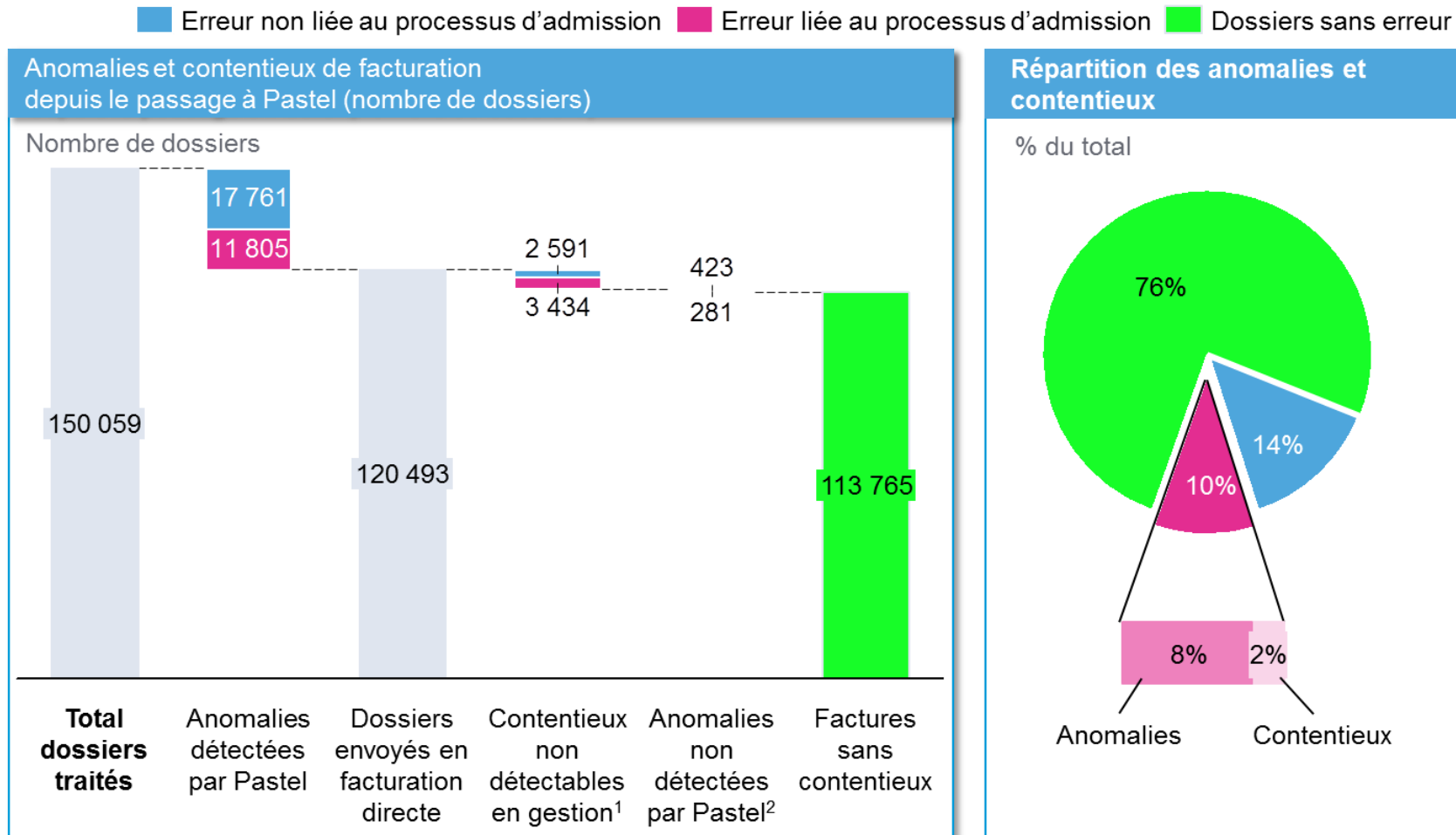
Source: observation au poste d'un agent back-office, 8 juillet 2015

ANNEXE 22 : NOMBRE DE RENDEZ-VOUS PAR PLAGE HORAIRE AU GROUPEMENT SUD EN 2014



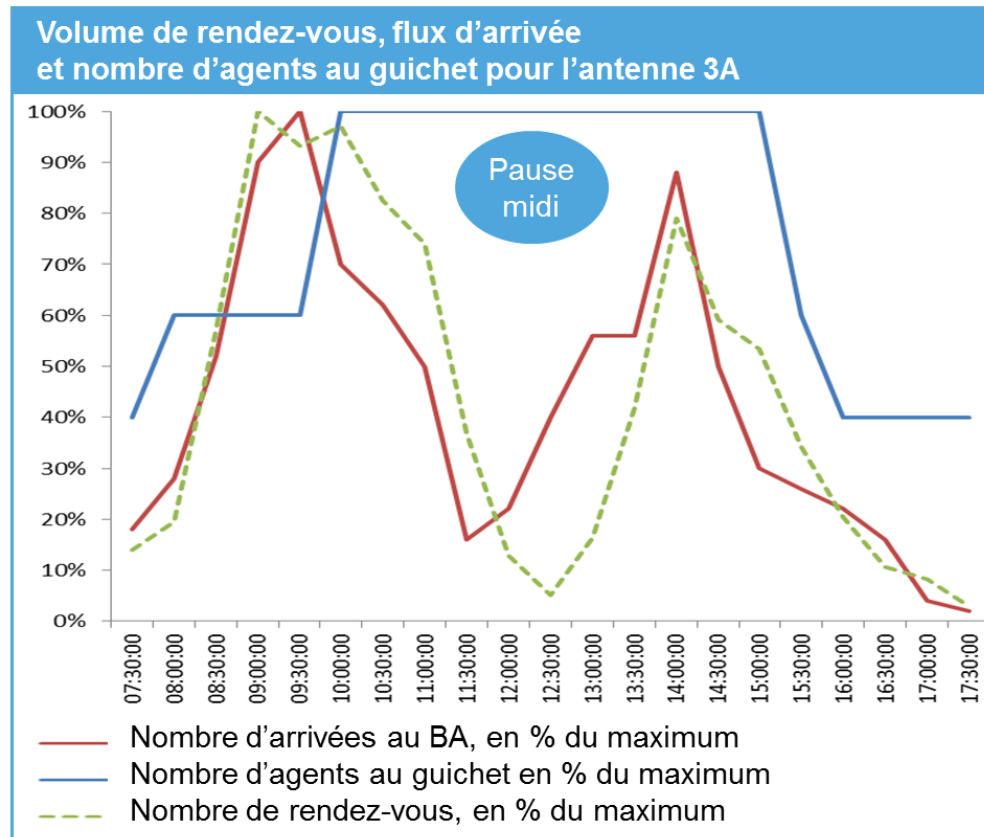
Source: extraction DRDV complète année 2014
(rendez-vous de consultation, hospitalisation et hospitalisation de jour)

ANNEXE 23 : DOSSIERS DE FACTURATION EN ANOMALIE OU CONTENTIEUX AU GHEST DEPUIS LE PASSAGE A PASTEL



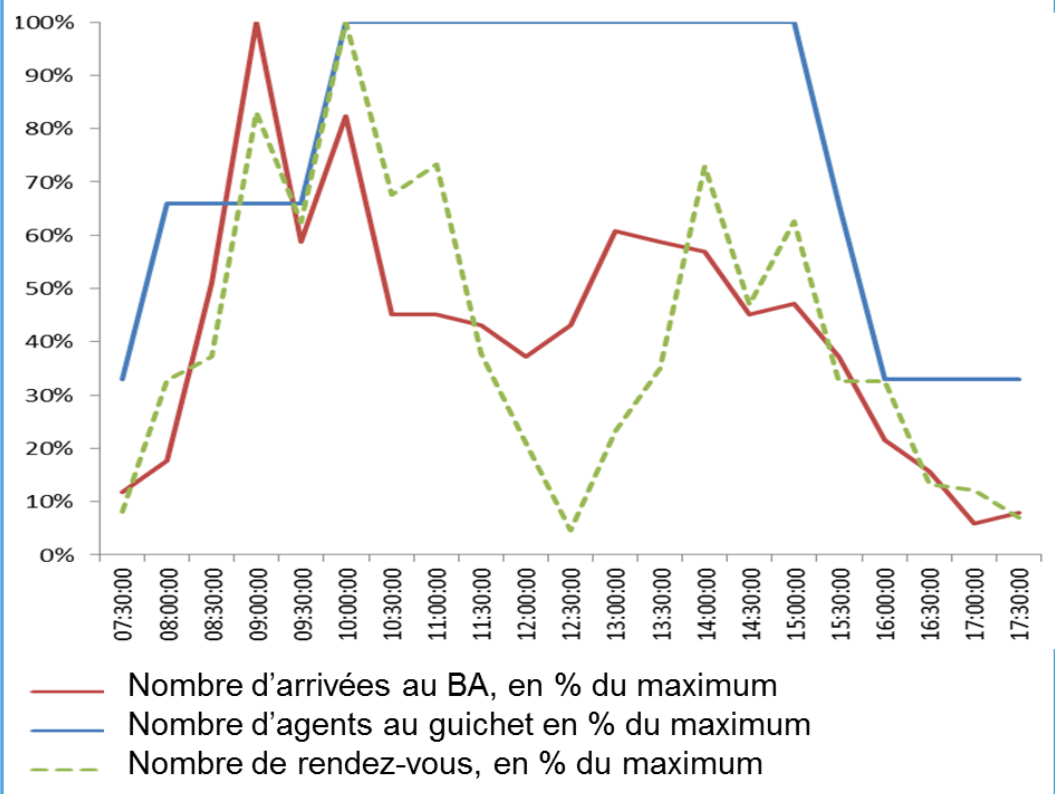
- (1) Estimation basée sur les contentieux de facturation de mars 2015 au Groupement Hospitalier Est
 (2) Estimation basée sur l'analyse des contentieux et les anomalies en gestion 2014 & 2015 au Groupement Hospitalier Est

ANNEXE 24 : VOLUME DE RENDEZ-VOUS, FLUX D'ARRIVEE DES PATIENTS ET NOMBRE D'AGENTS PRESENTS AU GUICHET POUR LES DIFFERENTES ANTENNES DU BDA



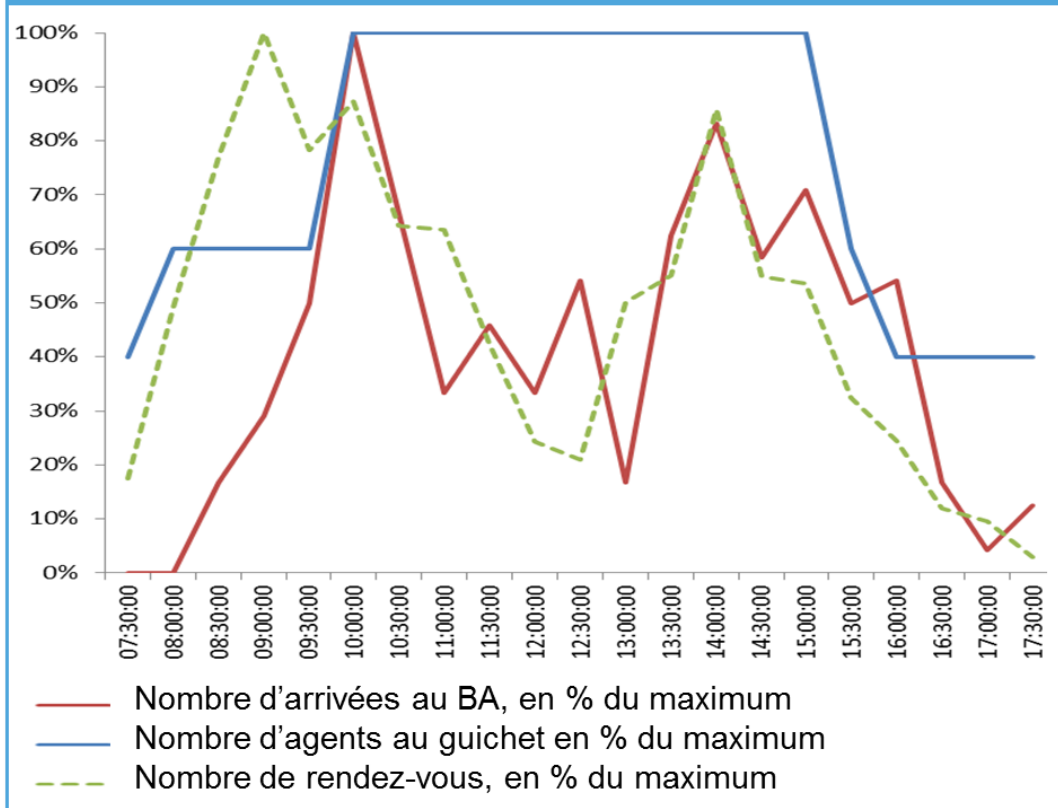
Sources: Arrivées au BA: collecte d'information auprès des patients venant au BA entre le 18 et 24 juin 2015
Nombre d'agents au guichet: journée type donnée par I. Veillet
Nombre de RDV: extraction DRDV, année 2014 complète

Volume de rendez-vous, flux d'arrivée et nombre d'agents au guichet pour l'antenne 3B



Sources: Arrivées au BA: collecte d'information auprès des patients venant au BA entre le 18 et 24 juin 2015
 Nombre d'agents au guichet: journée type donnée par I. Veillet
 Nombre de RDV: extraction DRDV, année 2014 complète

Volume de rendez-vous, flux d'arrivée et nombre d'agents au guichet pour l'antenne du Pavillon Médical



Sources: Arrivées au BA: collecte d'information auprès des patients venant au BA entre le 18 et 24 juin 2015
 Nombre d'agents au guichet: journée type donnée par I. Veillet
 Nombre de RDV: extraction DRDV, année 2014 complète

ANNEXE 25 : RESULTATS SYNTHETIQUES DE L'ENQUETE DE SATISFACTION MENEES AUPRES DES AGENTS DU BDA

1 Non satisfaisant/ Très peu adapté
4 Très satisfaisant/ Très adapté

Questions	Résultats			
	1	2	3	4
0. Selon vous, quel est le niveau de satisfaction des patients vis-à-vis de l'admission aux HCL	▲			
1. La simplicité pour ouvrir un dossier / réaliser une admission		▲		
2. Le temps passé pour effectuer une admission	▲			
3. La qualité des outils à votre disposition pour le traitement des dossiers	▲			
4. Votre niveau de compétence par rapport aux exigences du poste			▲	
5. La répartition de la charge de travail des agents dans la journée	▲			
6. L'organisation de l'équipe pour répondre aux sollicitations des patients et des autres services		▲		
7. La capacité de l'équipe à résoudre les problèmes du quotidien		▲		
8. L'ambiance au sein de l'équipe		▲		
9. La communication avec les secrétariats médicaux		▲		
10. La communication avec les professionnels soignants		▲		

- 28 réponses sur 60 agents (47%)
- **Résultats généralement faibles** sur le processus d'admission
- **Satisfaction sur le niveau de compétences**
- Des **résultats mitigés sur la dynamique d'équipe** et les **interfaces** avec les autres services

Source : Enquête réalisée auprès des agents du bureau des admissions avec 28 résultats exploitables

ANNEXE 26 : EVALUATION DES COMPETENCES DES AGENTS D'UNE ANTENNE DU BDA POUR UN POSTE EN FRONT-OFFICE

Evaluation des compétences des admissionnistes d'une antenne pour un poste front office														
<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="background-color: red; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;"></div> 1 Non acquis</div> <div style="background-color: yellow; width: 15px; height: 15px; display: inline-block;"></div> 2 en cours														

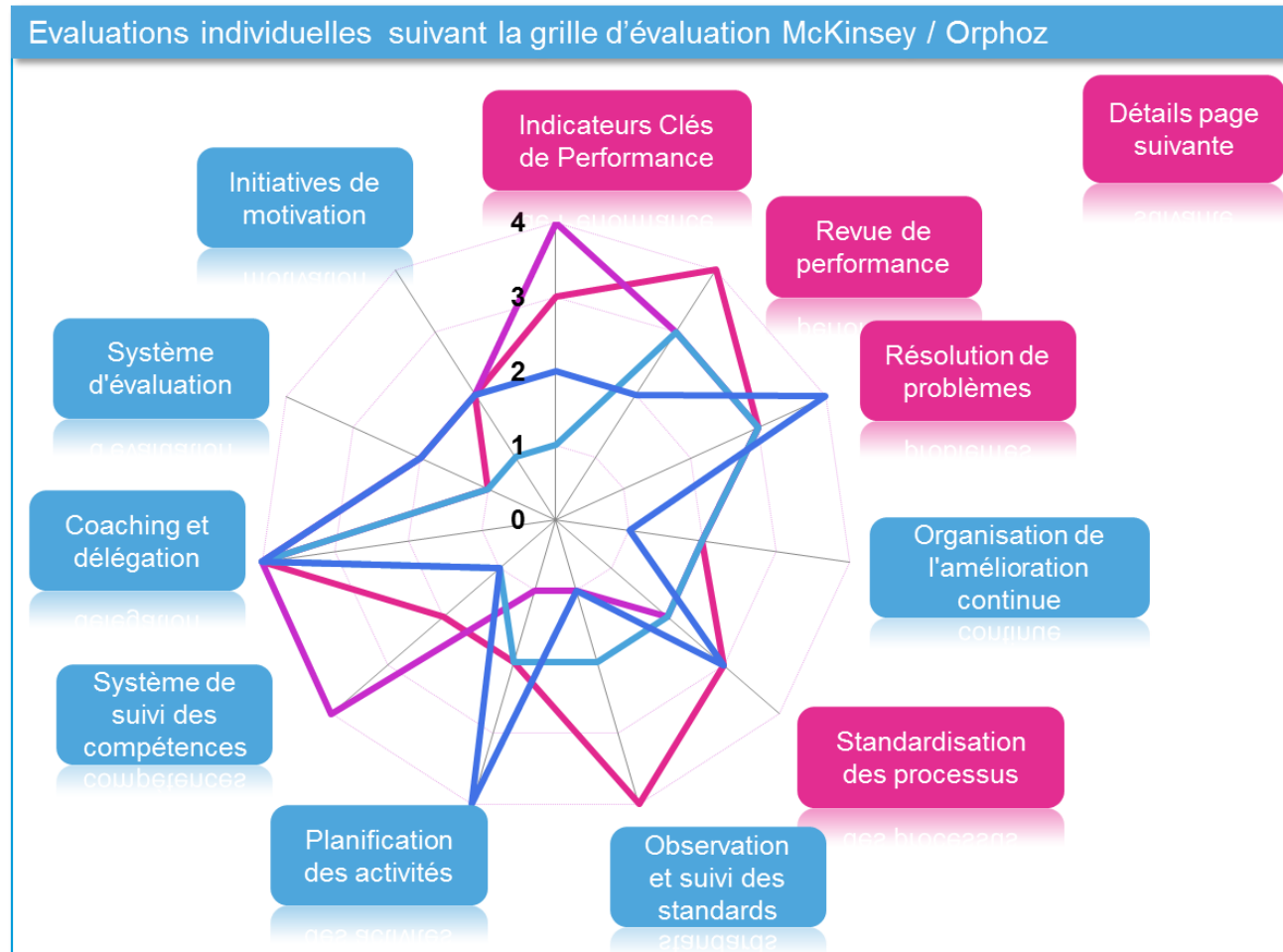
Source: évaluation adjoint des cadres au 7 juillet 2015

ANNEXE 27 : EVALUATION DES COMPETENCES DES AGENTS D'UNE ANTENNE DU BDA POUR UN POSTE EN BACK-OFFICE

Evaluation des compétences des admissionnistes d'une antenne pour un poste back office															
Agent	1	Non acquis													
	2	en cours													
	3	acquis													
	4	réfèrent													
Ancienneté au 1er juillet 2015	Front Office 1	Front Office 2	Front Office 3	Front Office 4	Front Office 5	Front Office 6	Front Office 7	Front Office 8	Front Office 9	Front Office 10	Back Office 1	Back Office 2	Back Office 3	Back Office 4	
	2 ans	7 ans	12 ans	4 mois	2 ans	1 mois	6 mois	10 ans	20 ans	20 ans	10 ans	20 ans	20 ans	20 ans	
PASTEL															
Gestion des dossiers H et SE	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	
Gestion du mouvement	1	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	3	3	3	
Gestion des actes	1	2	2	1	1	1	1	3	3	3	2	3	3	3	
Gestion de la caisse	1	2	2	1	1	1	1	3	1	3	1	2	2	2	
CONNAISSANCES TECHNIQUES															
Réglementation	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	4	3	3	
Gestion des débiteurs	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	4	3	3	
Règles de facturation	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	
Lecture du fichier CDR	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Recherche des informations dans serveur Y	1	1	3	1	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	
CONTENTIEUX															
Gestion des listes d'erreurs avant facturation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	
Gestion des erreurs de facturation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	
Réclamations téléphoniques	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	
Réclamations courriers	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	

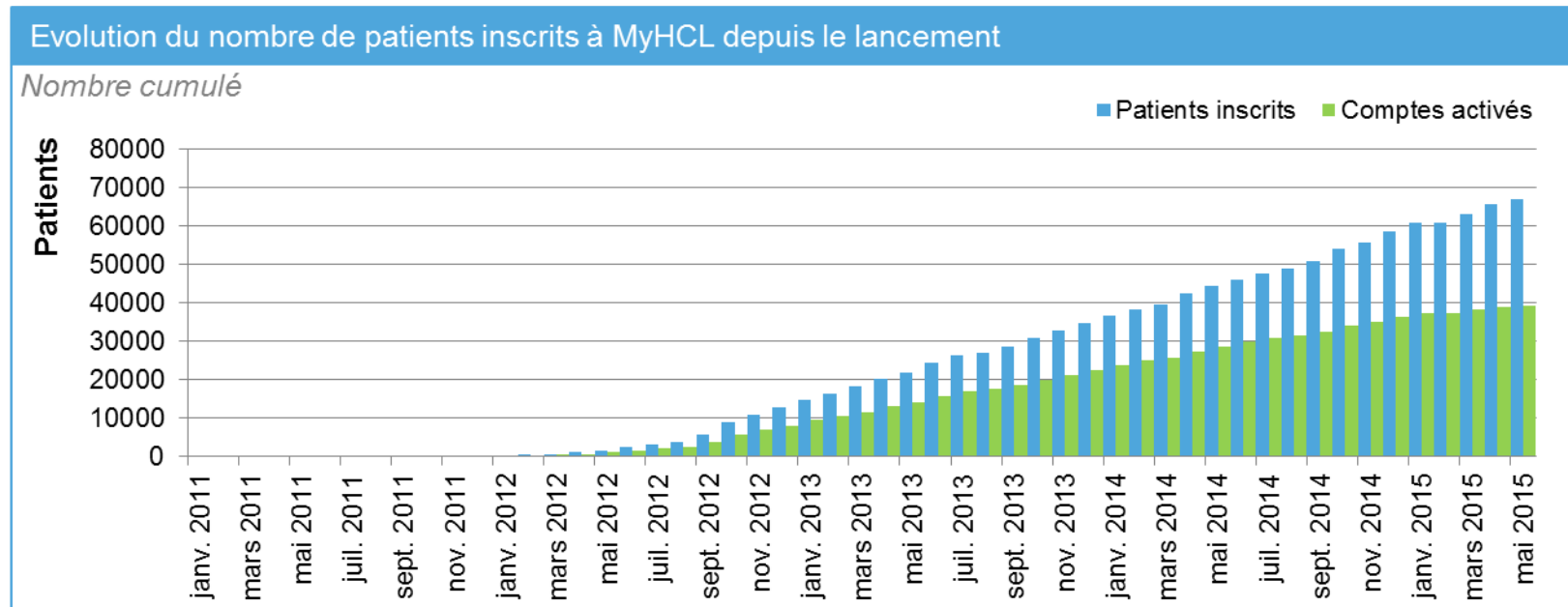
Source: évaluation adjoint des cadres au 7 juillet 2015

ANNEXE 28 : RESULTATS SYNTHETIQUES DES EVALUATIONS INDIVIDUELLES REALISEES PAR LES TROIS ADJOINTS DES CADRES ET LA RESPONSABLE DU BDA A PROPOS DU PILOTAGE



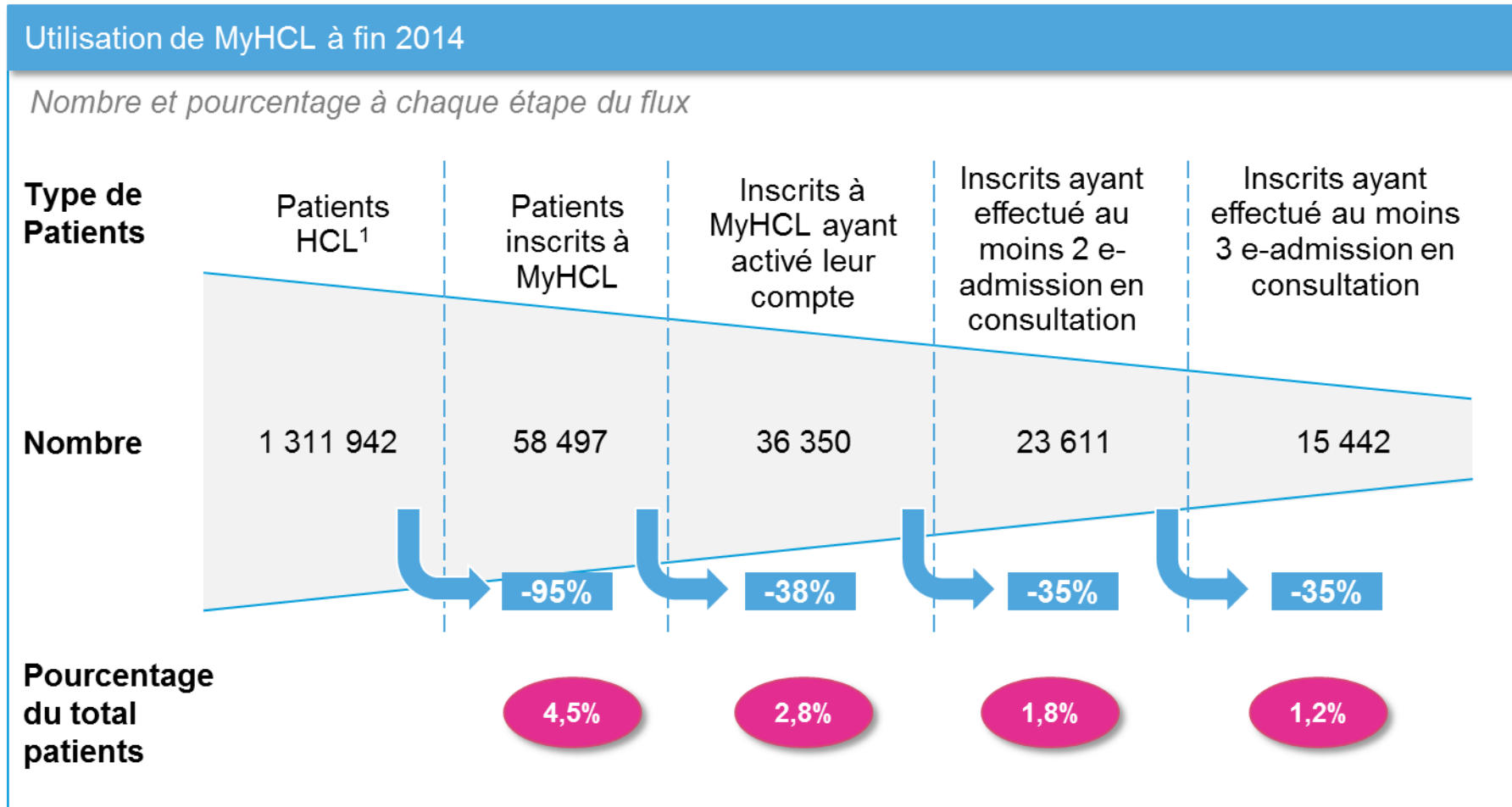
Source: auto-évaluations croisées suivant grille d'évaluation, juillet 2015

ANNEXE 29 : EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS INSCRITS A MYHCL ET DU NOMBRE DE PATIENTS AYANT ACTIVE LEUR COMPTE



Source : chiffres fournis par la DSII en juin 2015

ANNEXE 30 : UTILISATION DE MYHCL A FIN 2014



Source : chiffres fournis par la DSII en juin 2015
 (1) Nombre d'IPP actifs entre 2012 et 2014

ANNEXE 31 : PROSPECTUS D'INFORMATION POUR LES PATIENTS DU GASSIOT HOUSE OUTPATIENT CENTRE, AU ROYAUME-UNI

'Checking in' for your appointment

When you come to the Outpatient Centre, please check in at the self check-in kiosks.



Please bring your appointment letter with you as this has a barcode at the top to help you 'self check-in'

If you self check-in you will not need to queue at reception unless directed to do so by the message on the kiosk screen.

There will be someone near the kiosks to assist you if you need help

Where should I sit in the waiting room?

You can sit anywhere you like as the seating isn't allocated to any specific clinic. There is WiFi available in the waiting room. The WiFi Spark network should show up on your device – just click connect and follow the instructions.



Waiting to see a nurse or doctor

The doctor or nurse will know when you have checked in as they can see this on their screen in the clinic room.

2

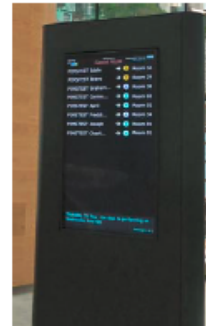
How do I know which clinic room to go to?

You will be called to the room using an electronic system. **Please watch the screens** located around the waiting room until your name is shown. This will tell you which gate / door to use (A B or C) and which number room to go into (1-41).

If you are unsure of where to go there will be someone there to help you.

How do I find out about waiting times?

Messages will run along the bottom of the screens updating you on clinic waiting times



Don't worry about missing your turn; if you don't come to the room within a reasonable period of time after being called, a member of staff will come to look for you.

If your clinic is running late you will have time to have a drink / snack from our AMT stall in the waiting room

Having a blood test

After you have seen the doctor or nurse you may need to have a blood test. These can be

done in Gassiot House. Your doctor or nurse will ask you to take a seat back in the waiting area. As soon as someone is free to do your blood test they will alert you using the electronic system. Please watch the screens again for your name to come up. The blood tests are usually done in area C.

Having a 'pre-operative assessment' appointment

Most patients needing an operation require a pre-operative assessment before they come into hospital for an operation. These appointments at St Thomas' are in Gassiot House. If you have one of these pre-operative assessment appointments please look at the screens and wait for your name to come up. You are likely to be called into area B or C.

'Checking out' after your appointment

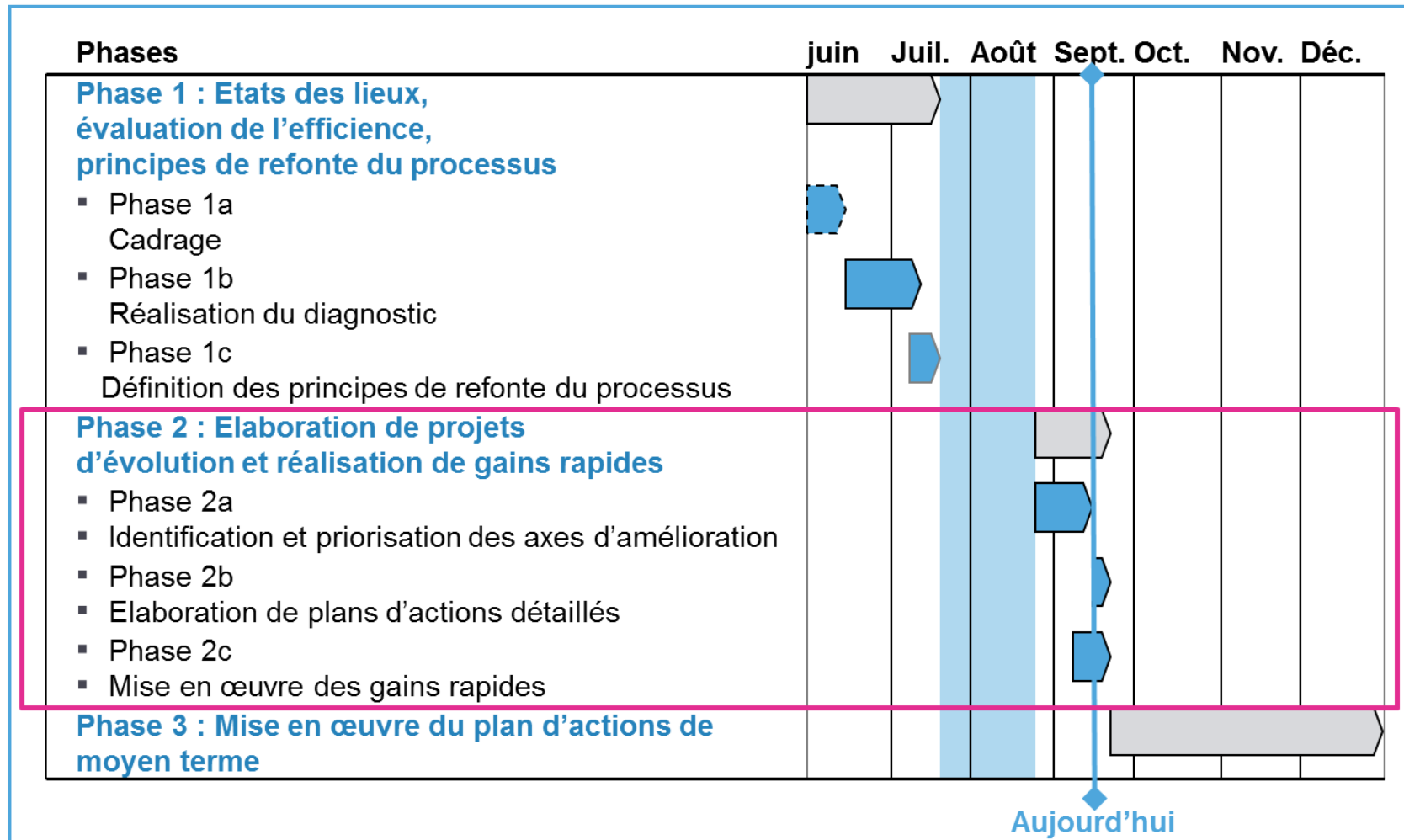
When you have finished your clinic appointment you will need to go back to the reception desk and 'check out'.

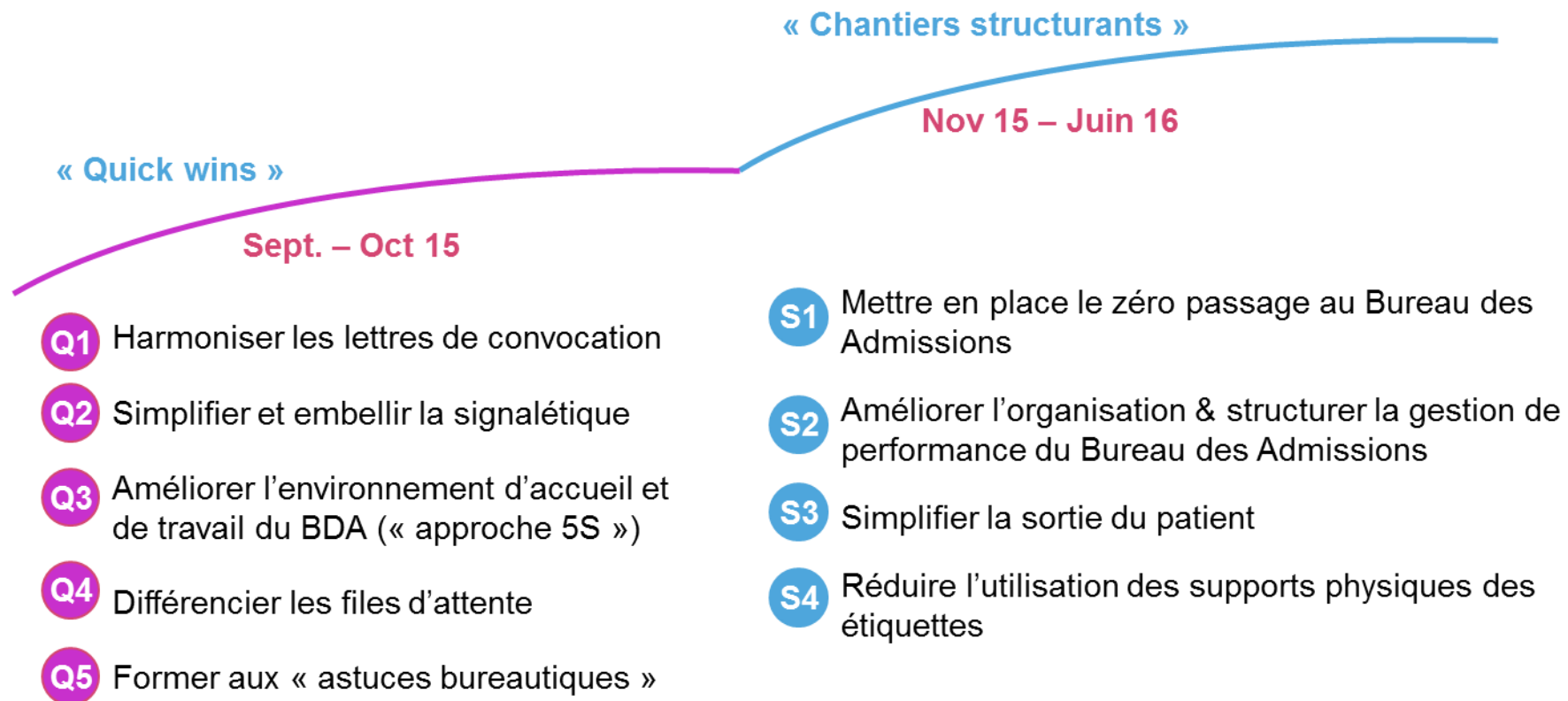
Please hand in the form given to you by your clinician. The receptionist will book any further appointments that you may need, or inform you whether to expect an appointment from another department by post.

If you have any questions about your outpatient appointment, please ask a member of staff.

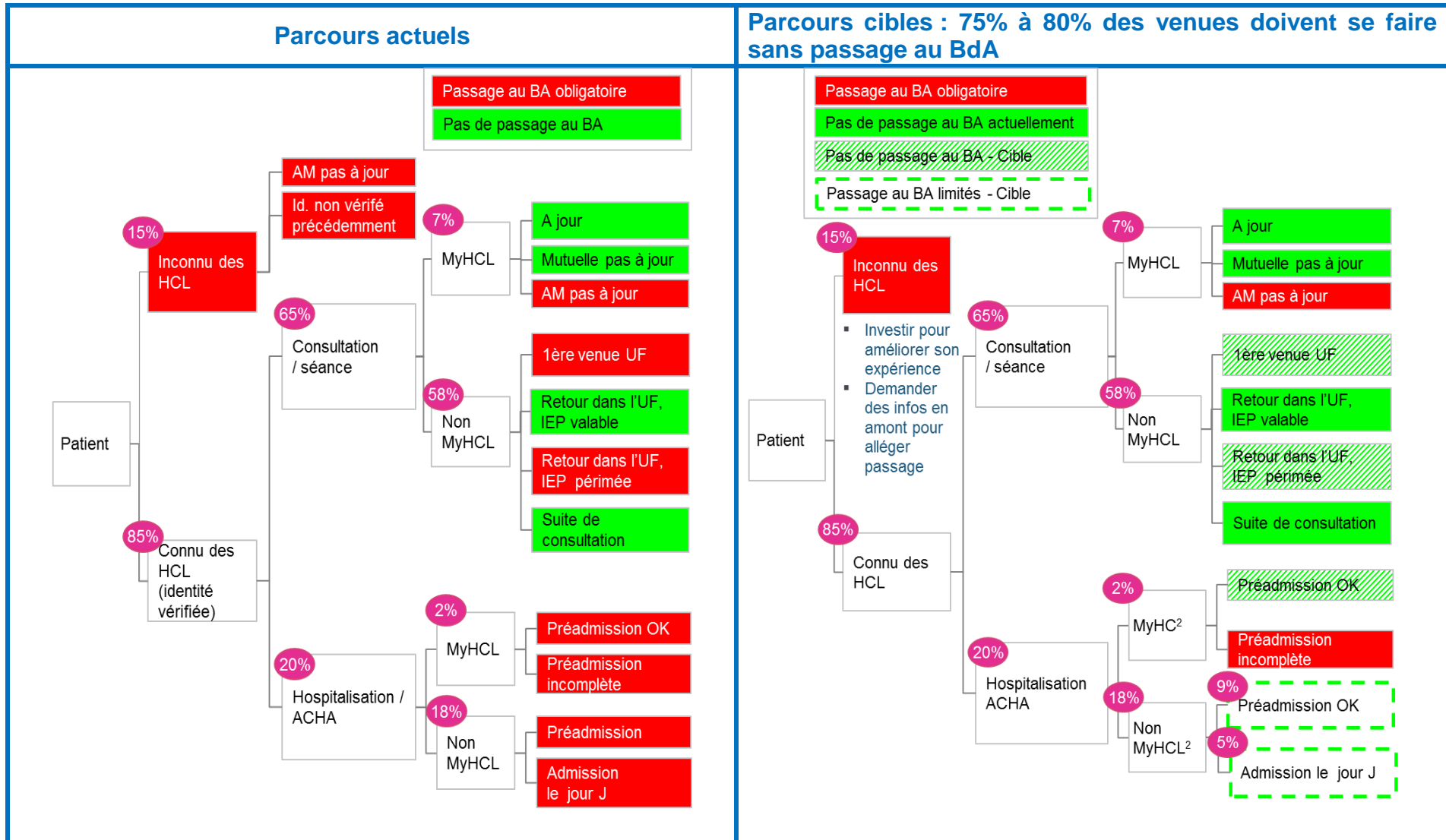
4

ANNEXE 32 : CALENDRIER DE LA PHASE 2 « ELABORATION DE PROJETS D'EVOLUTION ET REALISATION DE GAINS RAPIDES »

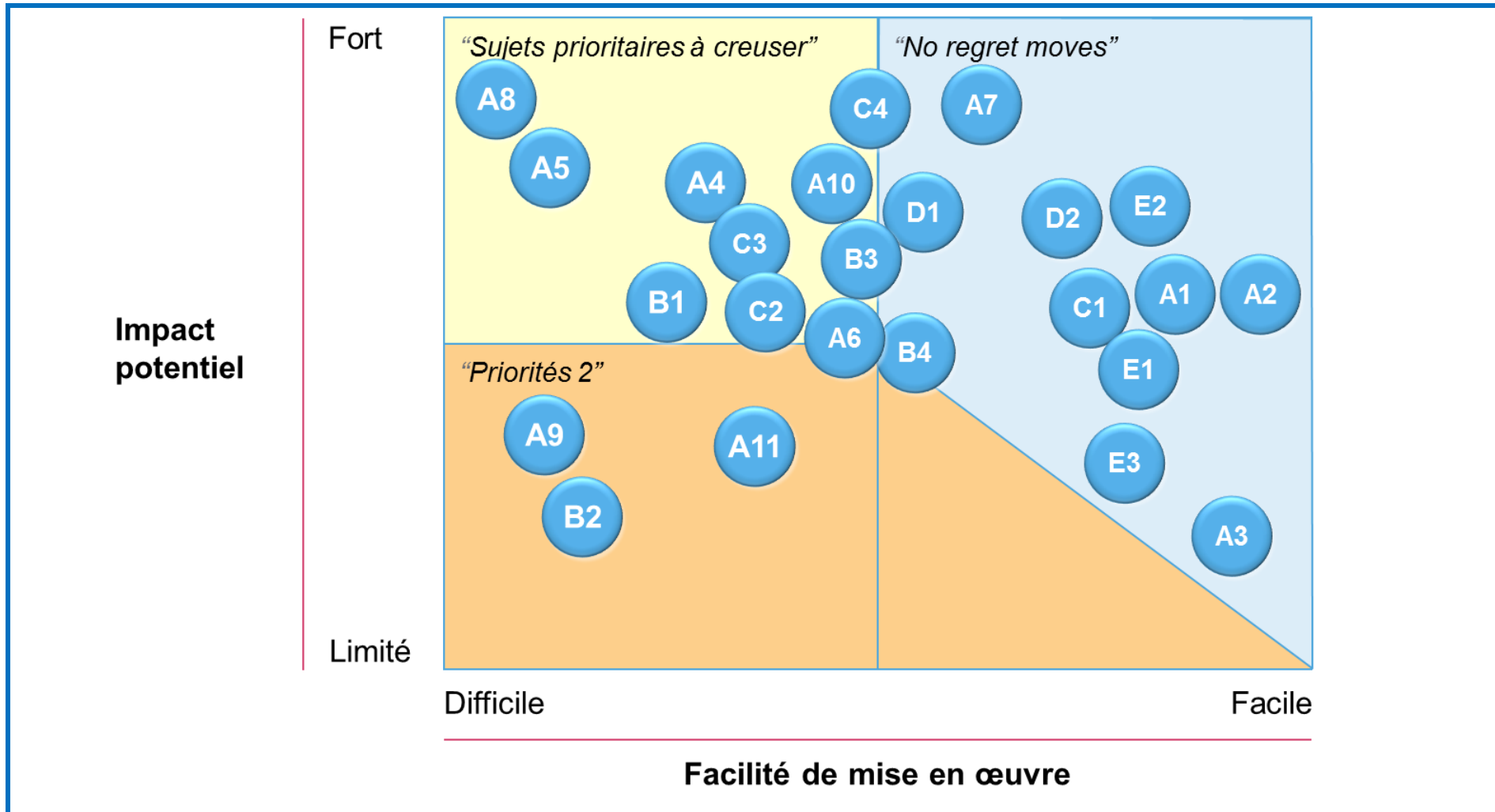




ANNEXE 33 : COMPARAISON AUJOUR'DHUI / VISION CIBLE DES PARCOURS PAR TYPE DE PATIENTELE



ANNEXE 34 : RESULTATS DE LA REFLEXION SUR LA PRIORISATION DES LEVIERS D'AMELIORATION (LISTE DES ACTIONS PAGE SUIVANTE)



A- Eliminer certains passages au BdA

- A1. Revoir les standards des lettres de convocation et adapter l'info (e.g., demande d'infos)
- A2. Établir des standards de parcours plus clairs et renforcer l'information / la formation des secrétariats médicaux et améliorer l'interface / coordination
- A3. Développer l'information patient lors de la première venue pour améliorer son orientation future dans le processus
- A4. Développer l'utilisation de MyHCL:
- Inscription par défaut (éventuellement sur version "light")
 - Simplification du workflow pour le patient
 - Développement promotion de l'outil aux guichets
- A5. Réduire l'utilisation des étiquettes au strict nécessaire (par ex. prélèvements bio) / simplifier étiquettes
- A6. Supprimer le passage au BDA pour préadmission, par ex. via formulaires en sortie de consultation ou bornes
- A7. Développer les admissions de consultation en back-office à partir des données d'Easily (ou de listes fournies par les services)
- A8. Créer / gérer des venues multi-UF
- A9. Développer un accueil médico-administratif dans les services (pour certaines tâches ?)
- A10. Supprimer le passage au BDA pour les sorties :
- Fusionner bulletin de situation et bon de sortie
 - Installer des bornes self-service
- A11. Redéployer des ressources vers une fonction d'accueil/ orientation pour supprimer les demandes d'information au BDA

B- Améliorer l'adéquation besoins/ressources

- B1. Mieux répartir les RdV au sein des plages de consultation ouvertes
- B2. Élargir les plages de consultations proposées dans la journée
- B3. Ajuster les horaires de présence des agents (horaires décalés...)
- B4. Flexibiliser le travail entre back-office et front-office afin d'ajuster les ressources front-office au flux

C- Améliorer conditions, qualité et efficacité du travail au BdA

- C1. Renforcer les standards opératoires :
- Étapes de traitement des dossiers
 - Informations à collecter pour mieux sécuriser le recouvrement
 - Faire évoluer les règles de gestion du tiers payant
- C2. Améliorer les postes de travail (5S, outils SI, bureautique, ergonomie...)
- C3. Renforcer les compétences des agents
- C4. Automatiser certaines tâches, par exemple :
- La création de l'IEP à partir de l'IPP, UF, date, etc.
 - Les activités de saisie manuelle Easily – Pastel
 - La recherche de droits sur CDR

D- Mieux piloter la performance opérationnelle

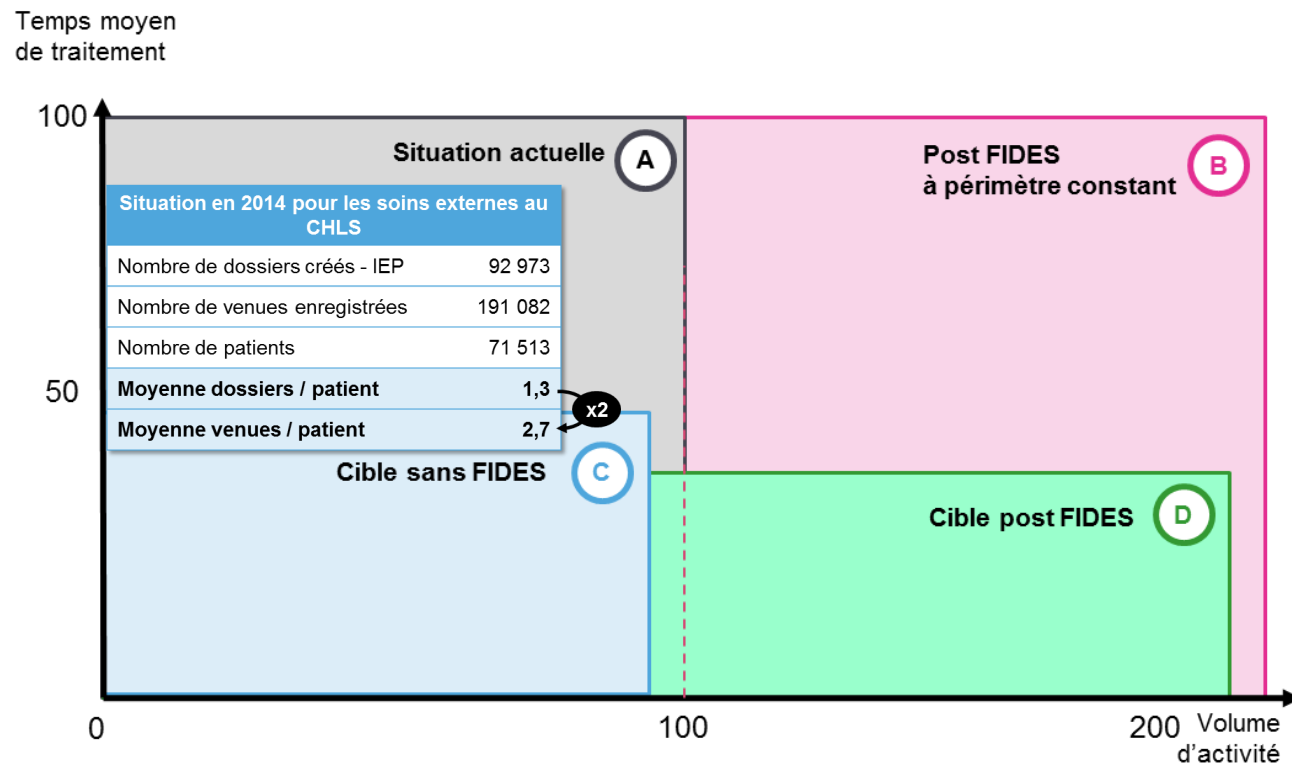
- D1. Établir un tableau de bord de pilotage opérationnel et compléter les KPIs suivis (par ex. nbre de passages au BDA, tps de parcours patient, satisfaction patient...)
- D2. Mettre en place des dialogues de performance quotidiens, hebdomadaires, mensuels

E- Améliorer les autres éléments de l'expérience patient

- E1. Améliorer la signalétique
- E2. Établir un processus spécifique (par ex. guichet prioritaire) pour les ambulanciers, personnes prioritaires, premières venues, etc.
- E3. Déployer 5S dans les salles d'attente

ANNEXE 35 : ESTIMATION DE L'IMPACT DE FIDES SUR LE BDA AUX HCL

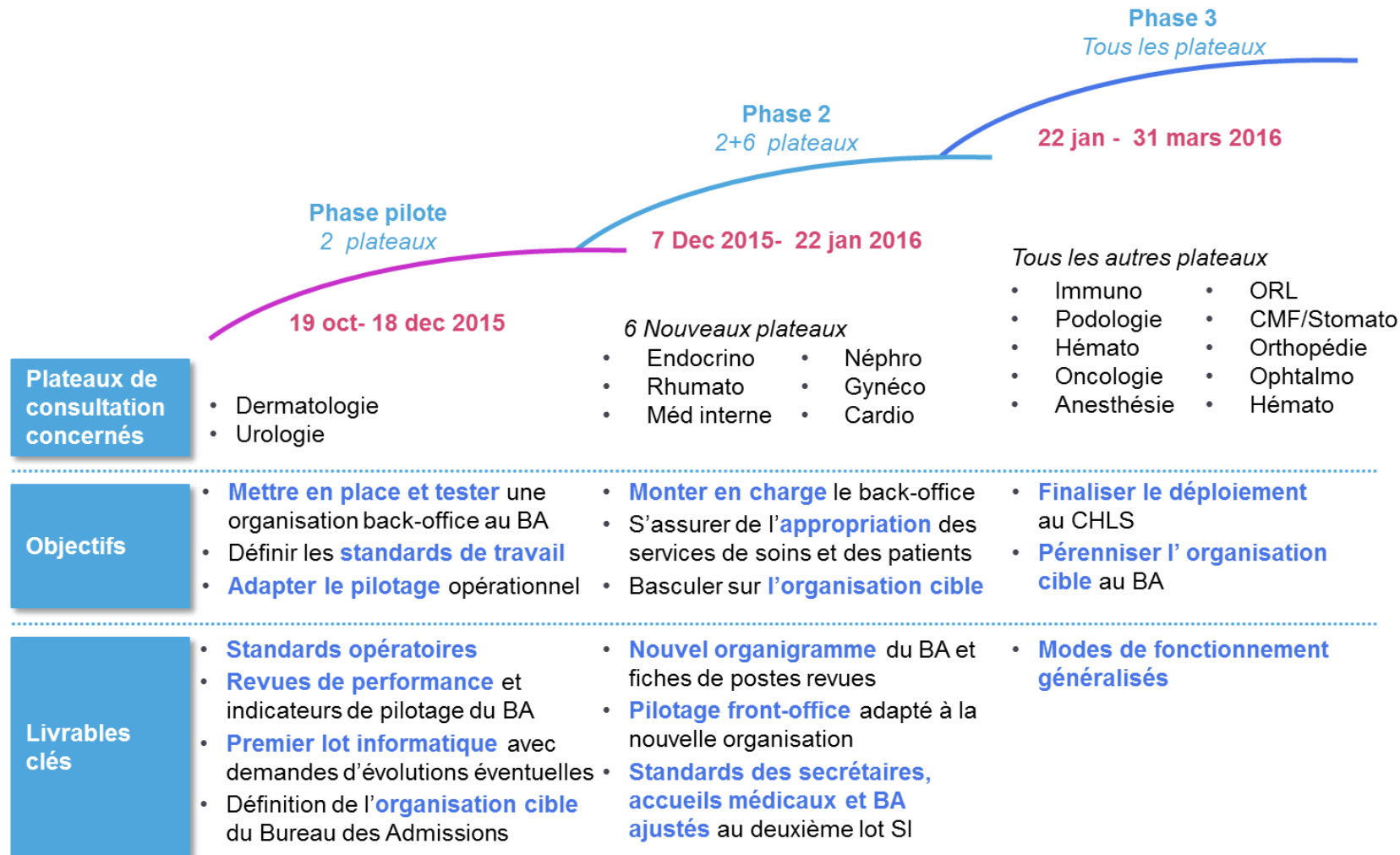
Charge de travail du BA ($\text{Volume d'activité} * \text{temps moyen de traitement}$)



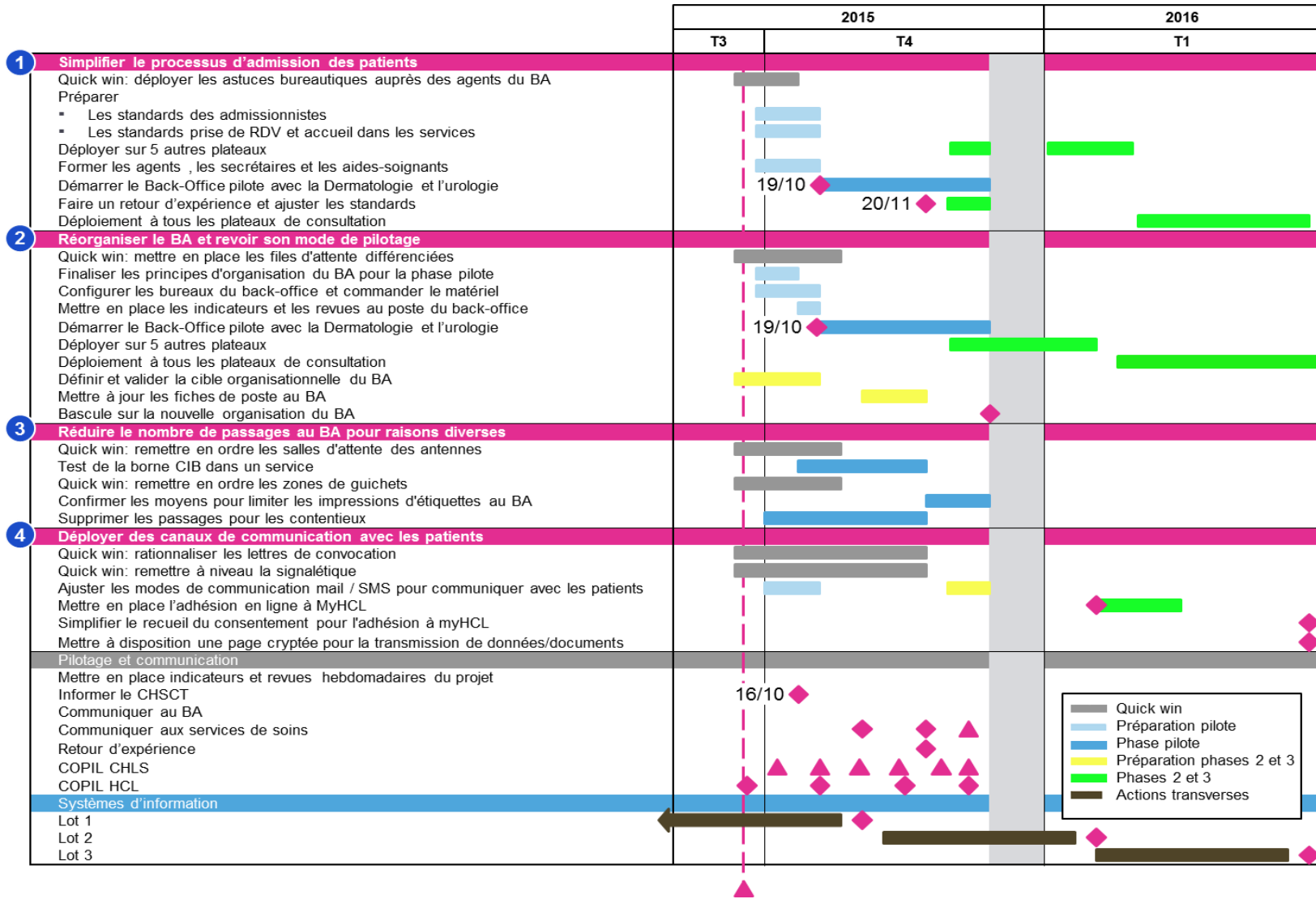
Illustratif

- A** Situation actuelle
- B** Post FIDES à périmètre constant
- Doublement (voire plus) du nombre de dossiers à créer
 - Evolution incertaine du temps de traitement par dossier : plus de contrôles mais des dossiers supplémentaires FIDES plus simples
- C** Cible sans FIDES
- ~50-70% de gains de productivité
 - ~10-20% de passages en moins pour des raisons diverses (impression étiquettes, sorties, etc.)
- D** Cible post FIDES
- ~50% de gains de productivité ?
 - Doublement (voire plus) du volume d'activité
 - Mais temps de traitement des dossiers supplémentaires FIDES inférieur à la moyenne

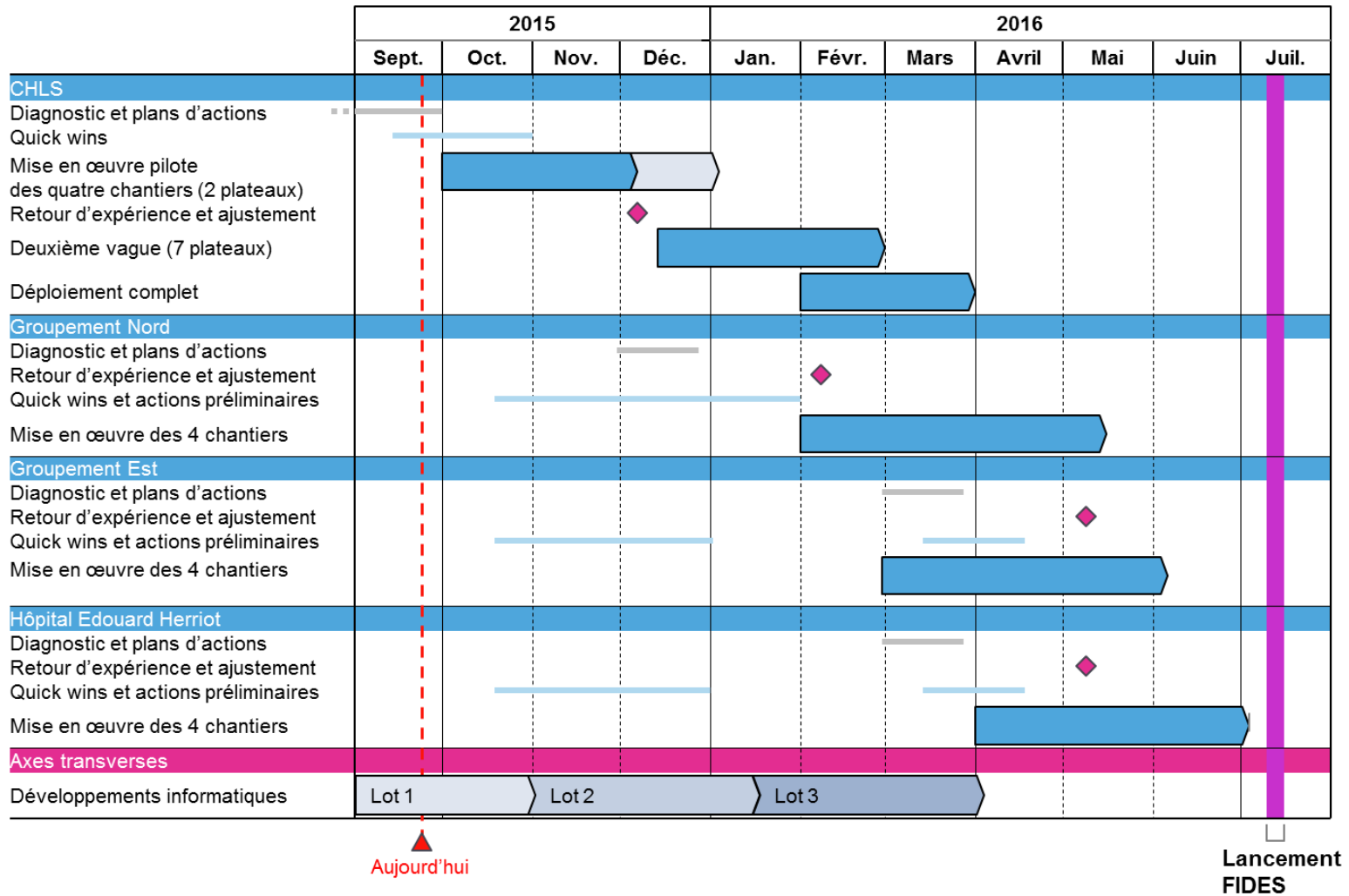
ANNEXE 36 : CALENDRIER DE DEPLOIEMENT DU PROJET AU GHSUD



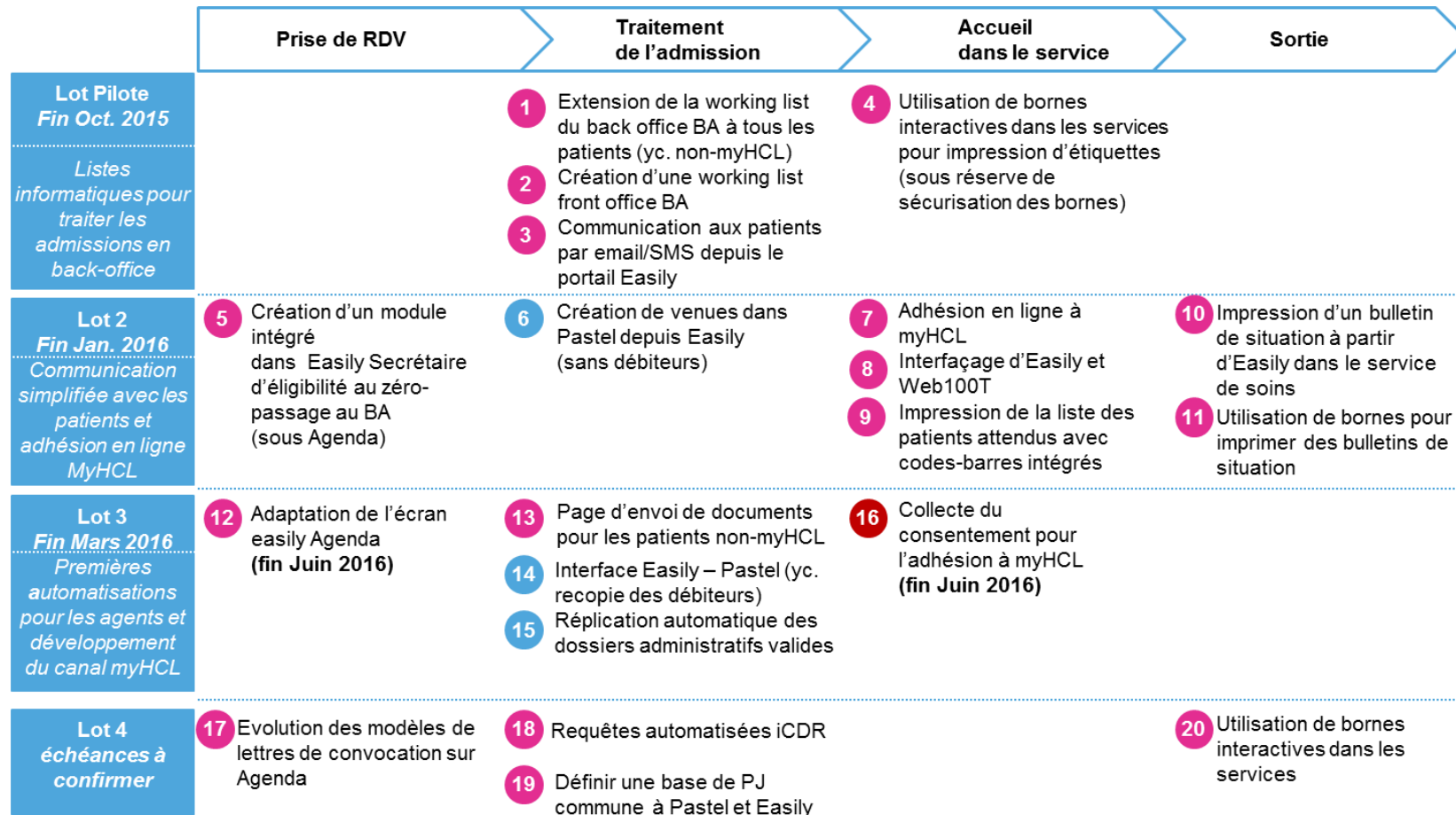
ANNEXE 37 : PLANNING DETAILLE DU DEPLOIEMENT DES QUATRE CHANTIERS DU PROJET AU GHSUD



ANNEXE 38 : CALENDRIER DE DEPLOIEMENT DU PROJET SUR LES DIFFERENTS GROUPEMENTS DES HCL (CONDITIONNE AU SUCCES DU PILOTE CHLS)



ANNEXE 39 : CALENDRIER PREVISIONNEL DE LIVRAISON DES DEVELOPPEMENTS INFORMATIQUES



Points de développements informatiques

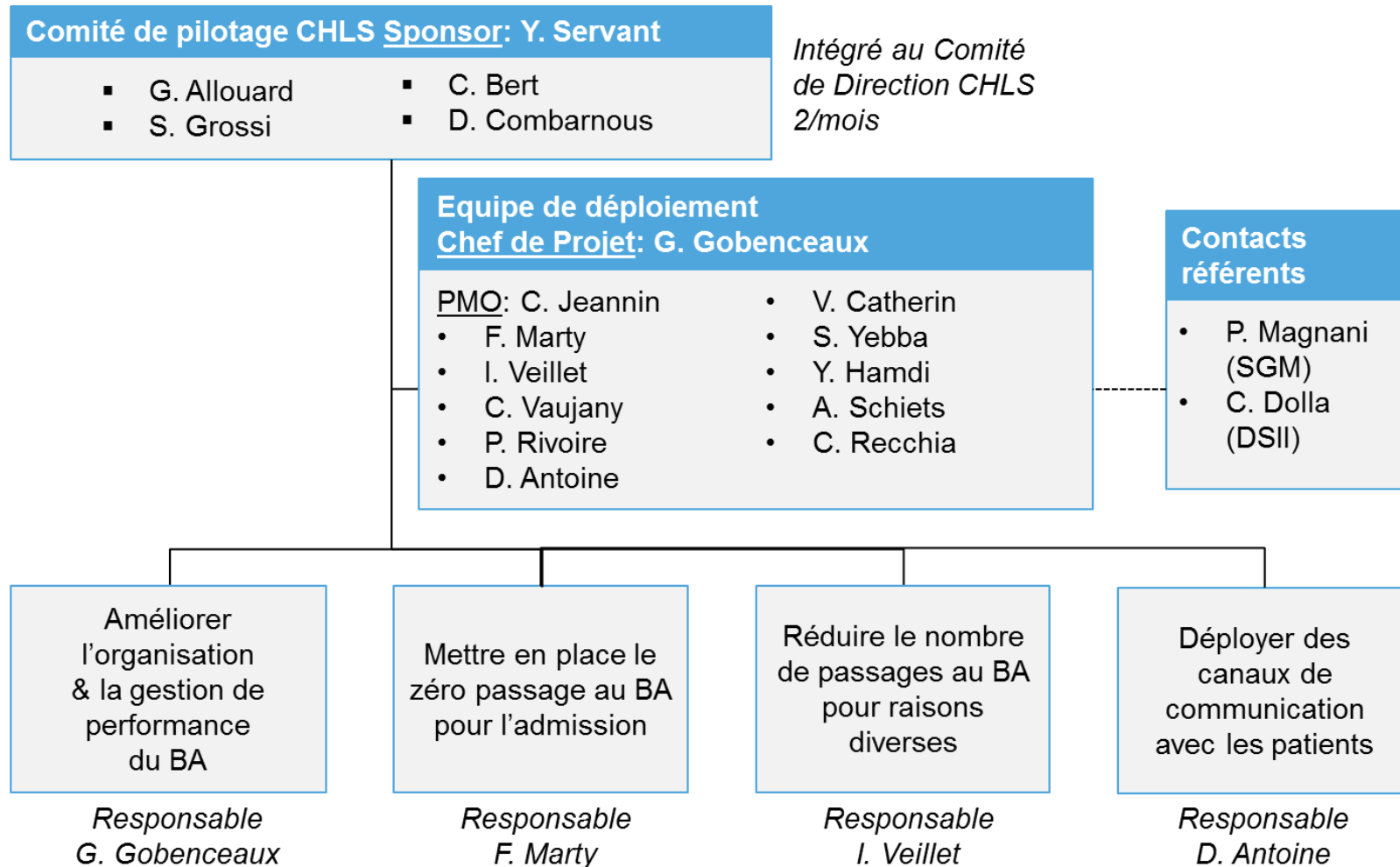


Sous réserve accord MiPiH



Échéances à discuter

ANNEXE 40 : COMPOSITION DE L'EQUIPE PROJET GHSUD POUR LA PHASE PILOTE ET LE DEPLOIEMENT DU PROJET SUR TOUT LE GROUPEMENT



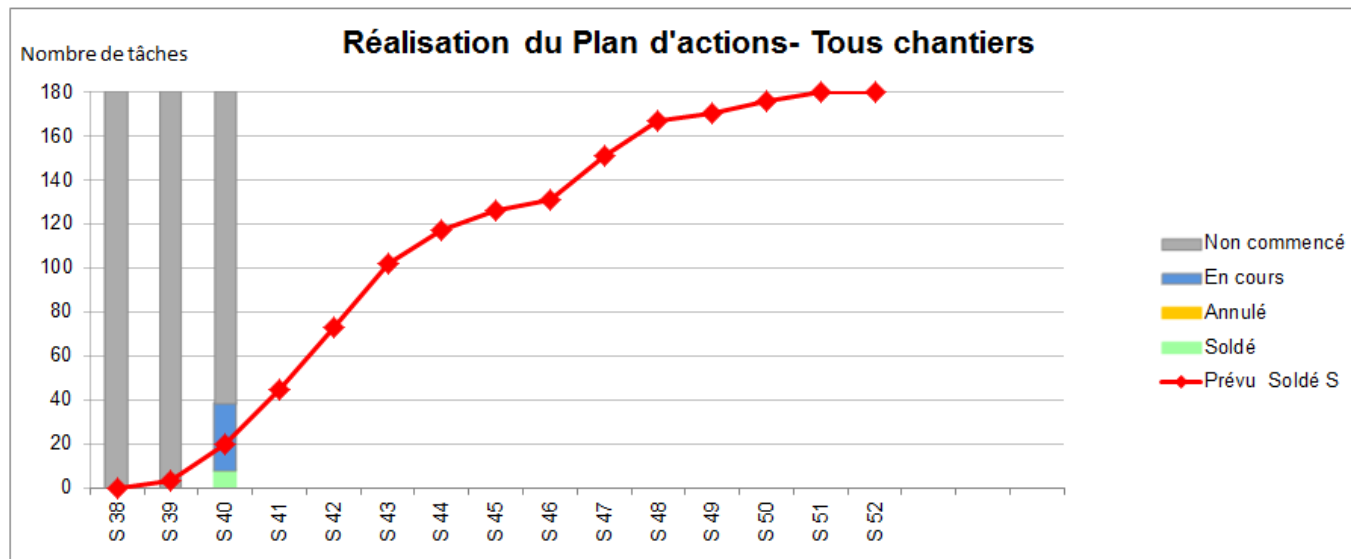
ANNEXE 41 : NOMS DES SPONSORS (HCL) ET DES RESPONSABLES (CHLS) DE CHAQUE CHANTIER

	Sponsor proposé	Responsable de la mise en œuvre au CHLS
1 Simplifier le processus d'admission des patients	G. Couillard	<ul style="list-style-type: none">F. Marty
2 Réorganiser le BA et revoir son mode de pilotage	L. Caille	<ul style="list-style-type: none">G. Gobenceaux
3 Réduire le nombre de passages au BA pour raisons diverses	L. Caille	<ul style="list-style-type: none">I. Veillet
4 Déployer des canaux de communication avec les patients	P. Castets	<ul style="list-style-type: none">D. Antoine
Rôle	<ul style="list-style-type: none">Vérifier que les travaux avancent conformément au plan de travailRemonter et faire débloquent les points de difficultéEtre garant de la cohérence des solutions mises en œuvre pour le chantier dans les différents groupements	

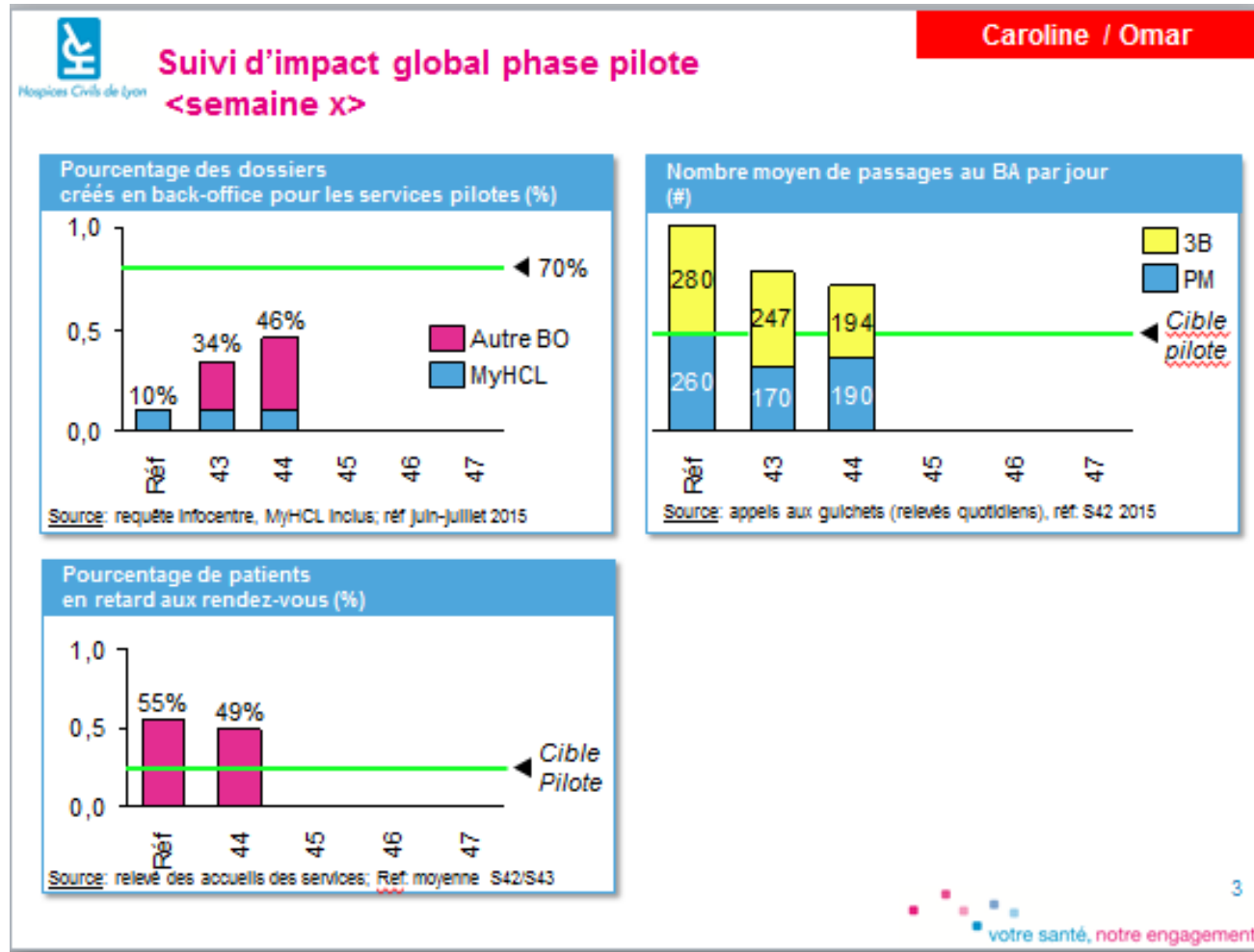
ANNEXE 42 : EXTRAITS DU FICHIER DE SUIVI DU PLAN D' ACTIONS « PMO » (PROJECT MANAGEMENT OFFICE) POUR LE GHSUD

Chantier	Action	Tâche	Responsable	Ressources nécessaires	Consultant	Semaine de fin prévue	Statut d'avancement	S39	S40	S41
Piloter et communiquer les changements Sponsor: Y. Servant Responsable: G. Gobenceaux	Piloter le projet	Animer la revue hebdomadaire avec l'équipe pilote	Guillaume		Omar	43	En cours			
		Définir les indicateurs de suivi d'impact pour le projet (yo validation avec Y. Servant)	Guillaume	Caroline, Damien	Omar	41	En cours			
		Mettre en place les moyens de collecte des indicateurs du projet (y.c. automatismes), initialiser les références et confirmer les cibles	Caroline	DSII, Pauline	Omar	41	En cours			
		Reboucler sur la liste d'indicateurs	Caroline		Omar	43	Non commencé			

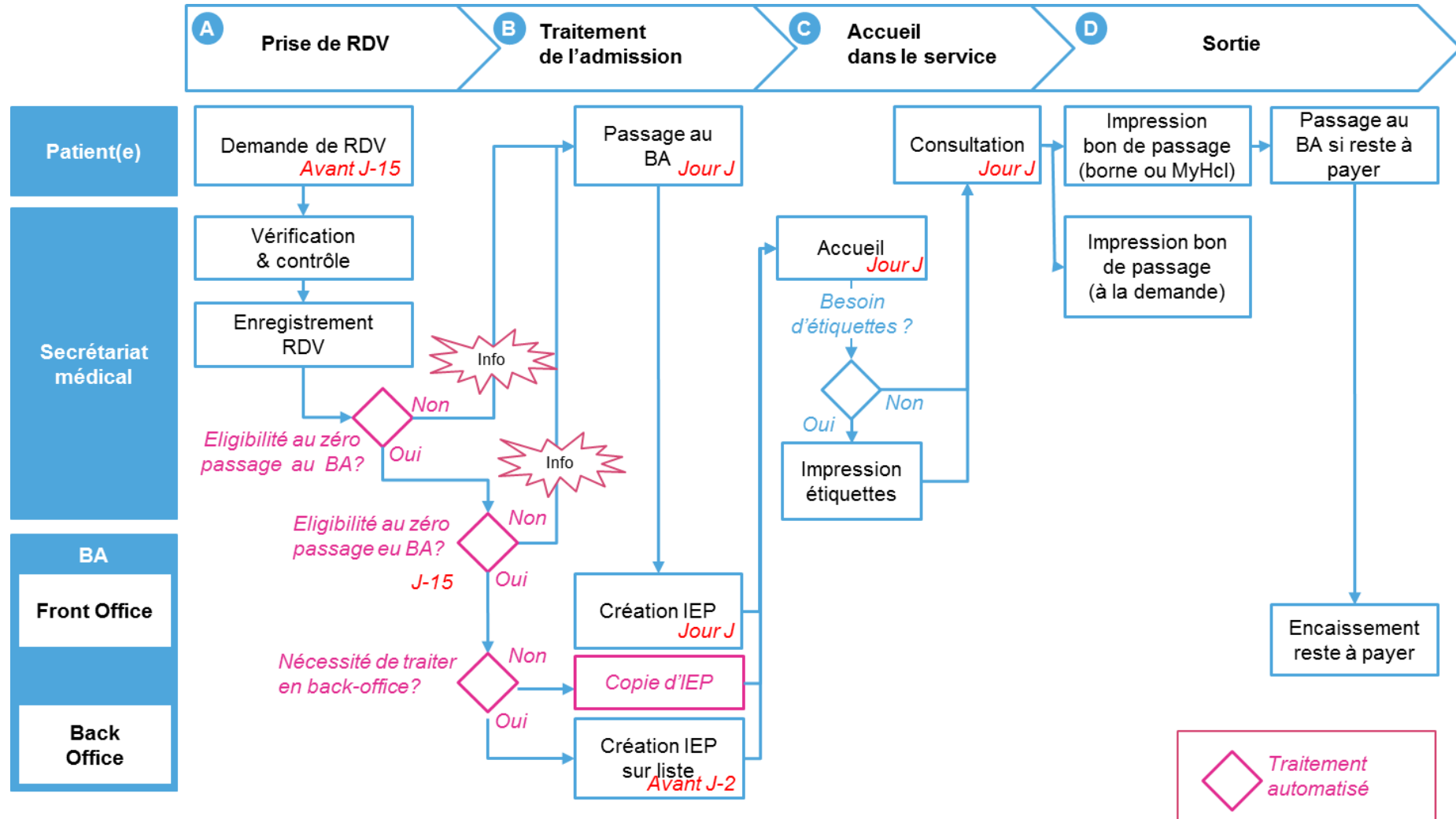
Evolution globale projet



ANNEXE 43 : EXTRAIT DE LA PRESENTATION « SUIVI HEBDOMADAIRE » POUR LE GHSUD (AVANT LE LANCEMENT DE LA PHASE PILOTE)



ANNEXE 44 : PROCESSUS CIBLE DE L'ADMISSION EN CONSULTATION



ANNEXE 45 : EXTRAIT DU PLAN DE COMMUNICATION AVANT LE DEMARRAGE DU PILOTE AU GHSUD

Public ciblé	Type de revues	Dates	Personnes en charge	Supports de communication
Directeur du Groupement: Yves Servant	Entretien	05/10/2015	Guillaume	Présentation des indicateurs
	Entretien	À définir	Guillaume	À définir
	Entretien	À définir	Guillaume	À définir
Président CMEL: Martine Laville	Entretien	07/10/2015	Guillaume	N/A
Directeurs référents (G. Allouard, S. Grossi)	Présentation en réunion de direction	28/09/2015	Guillaume	N/A
Chefs de pôles (F. Berard, M. Fessy)	Présentation en comité de gouvernance locale	13/10/2015	Guillaume	N/A
Chef de service uro : Pr. Alain Ruffion	Email	04/10/2015	Guillaume	Support de communication v1
	Entretien	13/10/2015	Guillaume	N/A
Chef de service dermato : Pr. Luc Thomas	Email	04/10/2015	Guillaume	Support de communication v1
	Entretien	07/10/2015	Guillaume	N/A

JEANNIN	Caroline	2015
EDH Promotion 2014-2016		
CHOC DE SIMPLIFICATION AU BUREAU DES ADMISSIONS		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Les Hospices Civils de Lyon ont lancé en juin 2015 un projet de simplification de l'admission des patients dans le but d'améliorer la qualité du service rendu, de rendre le bureau des admissions plus efficient et de sécuriser les processus administratifs. Le passage systématique au bureau des admissions de la quasi-totalité des patients engendre en effet des temps d'attente particulièrement longs et une complexité importante du parcours patient. Une nouvelle organisation va donc être testée au groupement Sud : les patients connus des HCL se rendant en consultation n'auront plus à passer par le bureau des admissions s'ils ont communiqué un numéro de téléphone et ont fourni les pièces justificatives nécessaires. Cette solution de traitement anticipé en « <i>back-office</i> » des demandes d'admission en consultation est complétée par plusieurs améliorations : développement de MyHCL, réaménagement des antennes du bureau des admissions, automatisations dans le traitement des dossiers, ajustement des capacités aux flux, etc. Au-delà du sujet du processus d'admission, ce projet illustre parfaitement les facteurs clés de réussite d'une réorganisation d'ampleur : expérimentation préalable sur un périmètre réduit, équipe projet multidisciplinaire, présence d'un « acteur frontière » encourageant la collaboration interprofessionnelle, communication régulière sur les changements attendus et accompagnement sur le terrain, prise en compte des attentes de chacun et des contraintes techniques, pilotage fin des différentes étapes du projet et évaluations à échéances régulières de l'avancement du plan d'actions... Tant les résultats concrets que la méthodologie de ce projet sont donc riches d'enseignements pour tous les managers hospitaliers.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Bureau des admissions ; simplification ; réorganisation ; <i>Lean management</i> ; « <i>back-office</i> » ; FIDES ; qualité ; parcours ; consultation ; gestion de projet ; conduite du changement.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		