



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

---

**« Adapter une méthode de management issue de l'industrie au milieu hospitalier : l'implantation du *lean* management au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille »**

---

**Faustine Beys**

---

# Remerciements

---

Je souhaite tout d'abord remercier Monsieur ARNAUD, Directeur Général du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille, et Monsieur DONIUS, Directeur Général Adjoint, ainsi que toute l'équipe de direction pour la qualité de leur accueil et la transmission de leur passion du métier de directeur d'hôpital.

Je tiens tout particulièrement à exprimer ma reconnaissance à ma maîtresse de stage, Angélique BIZOUX-COFFIGNIER, Directrice du Département des Ressources Physiques, pour son temps que je sais rare et précieux, pour ses conseils et son écoute tout au long de mon stage mais surtout pour avoir, par son exemple, conforté mon enthousiasme à exercer ce métier.

Je remercie également Marie-Cécile BOUILLOT, Directrice adjointe du Département des Ressources Physiques, pour son accompagnement tout au long de mon stage.

De la même manière, je remercie Anne GIRARD, Directrice adjointe au Département des Ressources Financières, pour sa relecture bienvenue, mais également pour ses encouragements sans faille pendant mes huit mois de stage.

Mes remerciements s'adressent également à Agnès FERET, Marion GUIHARD et Estelle QUELDERIE de la Délégation d'Appui à la Performance pour m'avoir associée à la démarche *lean* et à leurs travaux.

Je souhaite remercier toutes les équipes médicales, paramédicales, administratives et techniques du CHRU, rencontrées dans le cadre de la rédaction de ce mémoire et qui, par leurs avis, ont permis d'enrichir ma réflexion sur le sujet.

Enfin, je remercie Patrick De Coster, Directeur du CHU de Dinant Godinne, pour avoir accepté d'encadrer ce travail et m'avoir transmis, au cours de nos échanges, son expertise et son expérience du *lean* management.

« Quand le problème est bien compris, l'amélioration devient possible. »

Taiichi Ohno, *L'Esprit Toyota* (1989)

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	5
1 Le <i>lean</i> management, méthode novatrice issue de l'industrie, exige une communication adaptée pour convaincre de son bien-fondé .....	6
1.1 Malgré les objectifs poursuivis, la démarche <i>lean</i> , inconnue du milieu hospitalier, ne remporte pas d'adhésion immédiate et sans réserve de la part des professionnels de santé, conduisant ainsi le CHRU de Lille à insister sur son caractère participatif .....	6
1.1.1 Les objectifs <i>lean</i> du CHRU de Lille .....	6
1.1.2 La réserve des professionnels hospitaliers.....	8
1.1.3 Une démarche avant tout participative .....	10
1.2 L'implantation du <i>lean</i> au CHRU de Lille constitue un défi managérial ambitieux dans un environnement empreint d'exigences quantitatives et qualitatives.....	12
1.2.1 Vers un changement de paradigme : la lutte contre les gaspillages et l'identification de la valeur ajoutée par l'utilisation de la Value Stream Mapping .....	12
1.2.2 Le <i>lean</i> management, méthode de terrain dans un environnement d'exigences qualitatives et quantitatives.....	19
2 La méthode d'implantation du <i>lean</i> management employée par le CHRU de Lille permet d'en identifier les facteurs de réussite.....	22
2.1 Le <i>lean</i> nécessite une méthodologie structurée.....	22
2.1.1 Définir .....	22
2.1.2 Mesurer.....	24
2.1.3 Analyser .....	25
2.1.4 Innover.....	26
2.1.5 Contrôler .....	27
2.2 Le rassemblement de professionnels moteurs autour de la démarche et la mise à disposition d'outils <i>lean</i> innovants permet au CHRU de Lille de conduire et d'accompagner le changement.....	28
2.2.1 L'identification d'un leader <i>lean</i> , un facteur essentiel de réussite .....	28
2.2.2 La nécessité de valoriser le travail des équipes.....	30
2.2.3 Le management visuel pour conduire et accompagner le changement .....	31

3.1	Les premiers résultats de la démarche au CHRU de Lille sont encourageants mais permettent néanmoins d'identifier les limites du <i>lean</i> en milieu hospitalier.....	35
3.1.1	Les premiers résultats du <i>lean</i> management au CHRU.....	35
3.1.2	Les limites du <i>lean</i> à l'hôpital : une attention particulière portée à la méthodologie.....	38
3.1.3	Partout, le <i>lean</i> ? .....	41
3.2	L'animation du déploiement de la démarche <i>lean</i> au DRP en tant que chef de projet.....	42
3.2.1	La mise en place d'une équipe <i>lean</i> au sein du DRP.....	42
3.2.2	L'extension à de nouveaux secteurs .....	45
3.3	La promotion du développement des compétences est un axe indispensable du <i>lean</i> management .....	46
3.3.1	Le développement des talents.....	47
3.3.2	La formation .....	48
	Conclusion .....	51
	Bibliographie .....	53
	Liste des annexes .....	55

---

## Liste des sigles utilisés

---

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

COFIL : Comité de Pilotage

COMOP : Comité Opérationnel

CTE : Comité Technique d'Etablissement

DAP : Délégation d'Appui à la Performance

DCHR : Direction du Confort Hôtelier et de la Restauration

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Département des Ressources Humaines

DRP : Département des Ressources Physiques

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAB : Hôpital Ami des Bébé

MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique

PTE : Petits Travaux d'Entretien

VSM : Value Stream Mapping

## Introduction

Les établissements de santé évoluent actuellement dans un environnement de réformes successives, organisant leur gouvernance, rénovant en profondeur leur financement, développant les notions de pilotage médico-économique, de performance et d'amélioration continue.

Ainsi, la performance définie comme la « *procuration du meilleur état de santé possible aux populations en étant réactif par rapport aux besoins de ces dernières, tout en restant économiquement supportable pour la nation* »<sup>1</sup> et l'efficience, anglicisme dérivé du mot *efficiency* qui peut être définie par la capacité d'une organisation à obtenir de bons résultats en utilisant le moins de ressources possibles, ne sont plus des notions étrangères à l'hôpital et font partie du quotidien des professionnels hospitaliers.

A ce titre, la frontière entre l'hôpital et l'entreprise devient plus perméable, le premier s'inspirant de plus en plus des standards et méthodes de management de la seconde pour répondre aux exigences nouvelles qui lui sont imposées. Ce fut le sens de l'arrivée du Nouveau Management Public à l'hôpital et c'est précisément le sens de l'arrivée du *lean management*, méthode issue de l'industrie automobile, à l'hôpital.

Né dans les années soixante dans l'entreprise automobile Toyota, le *lean management* (« maigre » en anglais) est une organisation de travail dont l'objectif est de lutter contre les gaspillages et activités sans valeur ajoutée tout en transformant le mode de management des équipes. Le terme *lean* a été adopté par une équipe de chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) suite à une observation des méthodes de production de l'entreprise Toyota. James Womack et D.Jones ont également étudié le système Toyota et décrivent le *lean* comme un moyen « *d'ajouter de la valeur, de réduire les gaspillages et d'initier un processus d'amélioration continue* (kaizen en japonais). »<sup>2</sup>

Les premiers travaux autour de l'implantation du *lean* à l'hôpital ont été publiés au début des années 2000 en Angleterre suite à un rapport de la National Health Service Modernisation Agency<sup>3</sup> et d'un article décrivant l'expérimentation du *lean* dans un hôpital américain en 2002. L'arrivée du *lean* en milieu hospitalier se justifie notamment par la

---

<sup>1</sup> FERMON B. et GRANDJEAN P., Performance et innovation dans les établissements de santé, éd. DUNOD 2015, Introduction.

<sup>2</sup> WOMACK C. et JONES D., That machine that changed the world, Freepress, 1990.

<sup>3</sup> BRANDAO DE SOUZA L., "Trends and approaches in *lean management*", Leadership in Health Services, 22 (2) 2009, pp. 121-139.

nécessité de mieux utiliser les ressources disponibles pour répondre aux besoins en constante évolution et aux exigences nouvelles de performance et d'efficience.

Parce qu'il a des conséquences sur le quotidien des professionnels hospitaliers et transforme certaines pratiques managériales, le *lean* management conduit vers une évolution de la culture hospitalière. Cependant, l'hôpital est un environnement dont les particularités, les contraintes et obligations réglementaires sont nombreuses, en conséquence, le *lean* management à l'hôpital ne peut être le *lean* de chez Toyota.

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille, seul CHU de la région Nord-Pas-de-Calais, qui compte près de 4 millions d'habitants, s'est engagé dans l'expérimentation du *lean* management en 2014. Il a, par ailleurs, une vocation interrégionale pour certaines prises en charge très spécialisées dans le cadre de l'Interrégion Nord-Ouest qui compte près de 10 millions d'habitants. Dans ce cadre, le CHRU de Lille accueille chaque année près de 205 000 patients en hospitalisation MCO et assure plus de 1 400 000 prises en charge en consultation et soins externes. Il mobilise à cette fin 15 600 professionnels en exercice ou en formation et dispose d'un budget consolidé de 1 119 M€.<sup>4</sup>

- **L'introduction du *lean* management au CHRU de Lille**

Soucieux de développer sa politique de performance, de marketing et de communication, le CHRU de Lille a lancé en 2013 une réflexion sur les outils permettant de renforcer ces axes. La création d'une Délégation d'Appui à la Performance (DAP) auprès de la Direction Générale de l'établissement a ainsi concouru au développement de cette politique.

En 2014, soutenue par la Direction Générale et par la Fédération Marketing, Performance et Communication du CHRU, la DAP a proposé l'expérimentation du *lean* management dans l'établissement. Grâce à cette méthode managériale innovante pour un établissement de santé, le CHRU souhaite poursuivre sa politique d'amélioration continue au service de ses patients et de ses professionnels ainsi que conforter ses pratiques professionnelles en qualité, en délais et ses conditions de travail.

Les deux périmètres d'expérimentation retenus par le CHRU sont le Département des Ressources Physiques et le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né. Ils ont été choisis grâce à

---

<sup>4</sup> Données issues du rapport d'activité 2014-2015 du CHRU de Lille

l'enthousiasme et la volonté des responsables concernés d'expérimenter le *lean* dans leur secteur.

Considérant la nouveauté que représentait cette méthode pour le CHRU, l'établissement a fait le choix d'être accompagné par deux cabinets pendant plusieurs mois. L'un a œuvré à la mise en place du *lean* au sein du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né de novembre 2014 à juillet 2015, l'autre a travaillé sur le périmètre du DRP au cours de la même période. Le CHRU a choisi deux cabinets offrant des compétences distinctes garantissant un accompagnement de qualité adapté aux secteurs retenus. En effet, sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né un cabinet doté de plusieurs expériences *lean* en milieu hospitalier a été privilégié alors que pour le DRP, un cabinet dont l'expérience se concentrait davantage sur le secteur privé et la *supply chain*<sup>5</sup> a été retenu par l'établissement.

Au cours de la phase d'accompagnement, les deux cabinets de *consulting* ont proposé des thématiques d'intervention précises, pour lesquelles la même méthodologie a été employée : observations sur le terrain, entretiens avec les acteurs clés, réalisation de la cartographie du processus en vigueur, de la cartographie du processus cible, élaboration et mise en place des plans d'actions et suivi des plans d'actions. Cette phase d'accompagnement a été ponctuée, dans les deux périmètres *lean* du CHRU, de comités de pilotage (COFIL) ou comités opérationnels (COMOP) servant à présenter l'état d'avancement des chantiers et éventuellement proposer des solutions/arbitrages aux points bloquants.

Au sein du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, les trois thématiques suivantes ont été retenues :

- L'accueil téléphonique des secrétariats médicaux en gynécologie et obstétrique ;
- L'hôtellerie dans les suites de naissance ;
- L'organisation des soins de jour.

Au DRP, les deux chantiers suivants ont été retenus :

- En maintenance : le traitement des demandes d'intervention requalifiées en demandes de travaux ;
- En achats/approvisionnements : la formulation de la demande d'achat et d'approvisionnement.

---

<sup>5</sup> Chaîne logistique

Depuis le mois de juillet 2015, l'établissement n'est plus accompagné et œuvre, seul, à la fois à la consolidation de la méthode *lean* sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né et le DRP, à travers le suivi régulier des plans d'actions, et au déploiement de la démarche sur d'autres secteurs au sein de ces mêmes périmètres. Ainsi, le *lean* est actuellement en cours de déploiement au sein de la blanchisserie de l'établissement.

- **Quelle place pour le *lean* à l'hôpital ?**

Né dans l'industrie automobile, le *lean* management est aujourd'hui peu ou pas implanté à l'hôpital. L'objectif de son implantation est d'apporter aux établissements de santé un levier supplémentaire au service des politiques d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, des conditions de travail et de recherche de la performance.

Cela constitue néanmoins un défi managérial pour les établissements de santé puisque, malgré les objectifs d'amélioration continue poursuivis et le caractère participatif de sa méthodologie, le *lean* management, méthode peu connue et issue du secteur privé, suscite la réserve des professionnels de santé, plus particulièrement au sein des secteurs de soins, et des partenaires sociaux.

Dans ce contexte de méfiance du personnel hospitalier concernant la part croissante de la performance dans les établissements de santé, comment garantir la réussite de l'implantation du *lean* management, méthode issue de l'industrie, dans les hôpitaux ?

L'évolution des pratiques managériales induite par le *lean* management est-elle souhaitable ? Quelles sont les limites de la méthode *lean* appliquée à l'hôpital ?

Quel est l'apport réel du *lean* management à l'hôpital, dans un milieu professionnel où la recherche de la qualité et de la performance est intégrée depuis plusieurs années sous l'impulsion d'institutions telles que la Haute Autorité de Santé ou l'Agence Nationale d'Appui à la Performance ?

Nous verrons que le *lean*, méthode issue de l'industrie et novatrice pour les établissements de santé, exige une communication adaptée pour convaincre de son bien-fondé (I). Nous analyserons ensuite la méthodologie employée par le CHRU de Lille pour déterminer les facteurs de réussite de l'implantation du *lean* en milieu hospitalier (II). Pour finir, nous étudierons les enseignements tirés par le CHRU de Lille à partir des premiers résultats de la démarche pour garantir le déploiement du *lean* au sein de l'établissement (III).

## Méthodologie

Ce sujet a été au centre de mon second stage hospitalier puisque j'ai pu participer en tant qu'observatrice à tous les comités de pilotage organisés sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né ainsi que sur le DRP. De la même manière, j'ai pu assister aux présentations de la démarche et l'avancée de ses chantiers dans les différentes instances de l'établissement (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Comité Technique d'Etablissement, Comité de Performance, etc.). J'ai également été associée aux réunions internes de la Délégation d'Appui à la Performance, en charge du pilotage institutionnel et opérationnel de la démarche.

Par ailleurs, au cours de mon stage je me suis vue confier, en tant que chef de projet, l'animation du déploiement de la méthode *lean* au sein du Département des Ressources Physiques. Plus précisément, j'ai été chargée de proposer une méthodologie du déploiement de la démarche après son expérimentation et l'accompagnement par un cabinet, ainsi que de son pilotage opérationnel sur un chantier en particulier : la préparation des commandes en blanchisserie.

La présente analyse a été réalisée à partir d'une recherche bibliographique volontairement large. En effet, les ouvrages étudiés concernent à la fois le *lean* de manière générale, notamment en milieu industriel mais également l'implantation du *lean* en milieu hospitalier. De même, la démarche *lean* a fait l'objet d'un grand nombre d'articles, y compris dans le milieu de la santé, dont la lecture a enrichi le travail d'étude. J'ai également participé à un séminaire sur le *lean* management organisé par le Centre Hospitalier de Beauvais, ainsi qu'au colloque international « *lean* management » organisé par le CHU de Dinant Godinne à Bruxelles.

De nombreux entretiens ont été menés avec des membres du personnel médical, paramédical, technique et administratif concerné par l'implantation de la démarche *lean* au CHRU de Lille (la liste des personnes rencontrées se trouve en annexe I). Ces entretiens n'ont pas été réalisés à partir d'une grille d'entretien type et ont été adaptés en fonction de la personne interrogée et de son rôle dans l'implantation du *lean* management à l'hôpital.

# **1 Le *lean* management, méthode novatrice issue de l'industrie, exige une communication adaptée pour convaincre de son bien-fondé**

Issu du secteur privé, le *lean* management est peu connu des professionnels de santé et génère de la réserve. Le CHRU de Lille est alors particulièrement attentif à la communication, particulièrement concernant les objectifs poursuivis par l'implantation de cette démarche. Il s'agit surtout de rassurer les professionnels et de garantir leur participation tout au long du processus (1.1). Cependant, le *lean* management représente pour le CHRU de Lille un défi managérial ambitieux, puisqu'il entraîne une évolution des pratiques managériales, dans un environnement empreint d'exigences qualitatives et quantitatives (1.2).

## **1.1 Malgré les objectifs poursuivis, la démarche *lean*, inconnue du milieu hospitalier, ne remporte pas d'adhésion immédiate et sans réserve de la part des professionnels de santé, conduisant ainsi le CHRU de Lille à insister sur son caractère participatif**

Le CHRU, à travers un dispositif de communication structuré, souhaite présenter les objectifs poursuivis dans le cadre de l'implantation du *lean* management (1.1.1). Cependant, la réserve des professionnels de santé reste importante (1.1.2) et nécessite, pour le CHRU, d'insister sur le caractère participatif de cette démarche (1.1.3).

### **1.1.1 Les objectifs *lean* du CHRU de Lille**

Au CHRU de Lille, dès le lancement de la démarche, le *lean* a fait l'objet de présentations régulières au sein des instances de l'établissement (Conseil de Surveillance, Commission Médicale d'Établissement, Comité Technique d'Établissement, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Assemblée Générale des Cadres, Comité de Performance, Collège des chefs de pôles...)

Cette communication institutionnelle, à visée informative et pédagogique, se veut rassurante sur les objectifs poursuivis et présentés ci-dessous, à l'opposé des objectifs de *cost-killing*<sup>6</sup> :

- Aborder plusieurs dimensions telles que l'organisation du travail, le développement des ressources humaines, la sécurité, l'environnement de travail et l'aménagement des postes ;
- S'appuyer sur un partage d'expériences et sur l'élaboration de référentiels qui prennent en compte les organisations du travail ;
- Identifier tout ce qui empêche les collaborateurs de faire leur travail dans les meilleures conditions ;
- Mettre en place un plan d'actions avec les personnels concernés par la problématique.

Par ces communications, le CHRU de Lille souhaite démontrer qu'il poursuit des objectifs ambitieux qui concernent tant l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, que l'amélioration des conditions de travail des professionnels hospitaliers. De même, le CHRU souhaite faire preuve de transparence, une notion importante du *lean* management, qui conditionne l'adhésion des équipes. Par ailleurs, il est systématiquement rappelé lors de ces temps de présentation que c'est bien le *lean* qui doit s'adapter à l'environnement hospitalier et non pas l'inverse.

Pour rassurer le personnel hospitalier, certains établissements ayant expérimenté le *lean* management ont fait le choix de rédiger une charte. Sans être contraignant, cet outil, qui n'a pas été employé par le CHRU de Lille, engage moralement la direction de l'établissement et vise à rassurer les professionnels. C'est notamment le cas du CHU de Dinant Godinne dont la charte insiste notamment sur les points suivants :

- La Direction encourage un modèle d'organisation ouvert à un changement continu ;
- La Direction s'engage à prôner une culture de la sécurité axée sur le respect, l'ouverture et la transparence ;
- La Direction s'engage à développer un système de transmission des incidents non sanctionnant. Les personnes qui déclarent un problème ou un incident auront la garantie que le signalement de ce problème n'aboutira à aucune suite négative sauf si celui-ci a été réalisé de façon intentionnelle ou répétitive.

---

<sup>6</sup> Réducteur de coûts

### 1.1.2 La réserve des professionnels hospitaliers

Malgré ces communications, les professionnels de santé ont fait état, dès le démarrage, de leur réserve concernant la mise en place du *lean* management. Cette réserve a en particulier été exprimée lors des instances représentatives du personnel (CTE, CHSCT), mais aussi lors d'ateliers dans le cadre des différents chantiers *lean*.

Cette méfiance des professionnels peut s'expliquer notamment par l'abondance de littérature à charge contre le *lean*, particulièrement sur internet. La traduction du terme lui-même peut amener à certaines conclusions hâtives puisque le terme «*lean*», pouvant être traduit par «maigre», est souvent rapproché du terme de « dégraissage » et donc de *cost-killing* qui inquiète le personnel hospitalier dans un contexte budgétaire nationalement contraint.

Les représentants du personnel du CHRU de Lille ont ainsi interpellé la Direction de l'établissement lors d'un CHSCT. Leur argumentaire était notamment étayé par de nombreux articles disponibles sur internet, instruisant à charge la méthode *lean*. Un tract rédigé par l'un des syndicats majoritaires de l'établissement comportait l'encart suivant :

« Une méthode « industrielle » appliquée à l'hôpital :

*Dans le dernier « Contact »<sup>7</sup>, on nous fait l'éloge du lean management, une méthode organisée du travail très utilisée dans l'industrie, notamment dans l'automobile, comme chez Toyota. Quand on regarde sur Internet, on trouve la définition de cette méthode: performance en matière de productivité, de baisse des coûts, et lutte contre le gaspillage et le temps perdu. Gérer l'hôpital comme une usine, certains à la direction en rêvent, mais pas nous ! »*

D'autres établissements ont rencontré une résistance beaucoup plus importante, c'est notamment le cas du CHU de Toulouse qui en 2013 lors de l'organisation d'une conférence sur le *lean* a fait face à une opposition syndicale forte doublée d'un relais médiatique national. Le syndicat majoritaire de l'établissement dénonçait alors un « piège » à travers « l'exacerbation des individualités » et le « le summum de l'intensification avec en prime la recherche de la servitude volontaire par une soi-disant autonomie ». <sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>Journal du CHRU de Lille

<sup>8</sup> Article de presse Médiapart, « CHU de Toulouse, la direction plébiscite le *lean manufacturing* », 8 mars 2013.

La méfiance du personnel porte principalement sur les conséquences que pourraient avoir d'éventuels gains de productivité : suppression de personnel ? Réduction de moyens ? Intensification du travail ? Course à la performance ?

En effet, le risque de la méthode *lean* réside dans son utilisation détournée par certaines structures dont les objectifs principaux sont uniquement l'amélioration de la productivité et de la rentabilité. La recherche d'une meilleure performance est effectivement l'un des objectifs du *lean*, qui s'attache à ne conserver que les tâches dites « à valeur ajoutée », mais elle ne peut être souhaitée au détriment de la qualité de vie au travail des agents et de prise en charge des patients. Appliqué exclusivement pour poursuivre des objectifs de productivité et de rentabilité, le *lean management* ne pourra rencontrer l'adhésion des professionnels de santé, nécessaire à sa réussite.

Cette réserve est particulièrement présente au sein des services de soins puisque la rationalisation induite par le *lean* peut impliquer des choix qui, selon les professionnels hospitaliers, ne leur permettront pas d'exercer pleinement leur mission de soignants. Nous pouvons notamment citer en ce sens plusieurs caractéristiques du métier de soignant et de l'environnement hospitalier qui peuvent être en contradiction avec la rationalisation qu'implique le *lean management* :

- La multiplicité des temporalités (chronicité, urgence) ;
- La multiplicité et la diversité des réponses que peuvent nécessiter l'état d'un seul patient ;
- La difficulté à anticiper l'activité pour partie non programmée ;
- La difficulté d'anticiper l'état de santé d'un patient ;
- Le caractère singulier de la décision de soin qui l'éloigne de toute forme de « mécanisation » ou standardisation.<sup>9</sup>

Ces caractéristiques nous rappellent alors que le *lean* de Toyota ne peut être appliqué sans adaptation au milieu hospitalier. L'appellation « *lean santé* » ou « *lean healthcare* », utilisée notamment par le Québec prend alors tout son sens puisqu'il s'agit d'adapter le *lean* à l'environnement hospitalier, dont les obligations, en termes de prise en charge du patient et de conditions de travail du personnel, conduisent à une approche singulièrement différente de celle pratiquée par l'industrie.

Cette réserve des professionnels de santé est néanmoins à nuancer car certains membres du personnel ont accueilli l'expérimentation de cette démarche avec beaucoup d'enthousiasme et d'intérêt. C'est particulièrement le cas de ceux qui disposaient d'une

---

<sup>9</sup> FERMON B. et GRANDJEAN P., Performance et innovation dans les établissements de santé, éd. DUNOD 2015, pp 255.

connaissance, voire même d'une expérience du *lean* dans le cadre de leur parcours professionnel. D'autres étaient également en attente d'outils d'amélioration continue. C'est le cas du responsable des approvisionnements de la Direction de l'Approvisionnement, de la Logistique et de la Fonction Linge du CHRU, particulièrement enthousiaste au moment de l'expérimentation du *lean*, puisqu'il en avait eu l'expérience dans le secteur privé et qu'il savait ainsi que les outils *lean* pouvaient constituer un appui méthodologique important dans la perspective d'une amélioration du service rendu au client interne. De la même manière, le chef du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né était particulièrement enthousiaste au démarrage de l'expérimentation du *lean* management, qu'il connaissait au travers de lectures personnelles et a consacré une énergie importante à convaincre ses collègues des bienfaits de la méthode.

### 1.1.3 Une démarche avant tout participative

Einstein disait « *Il est plus facile de briser un atome qu'un préjugé* », les valeurs et outils qui caractérisent la méthode *lean* permettent de répondre, en partie, aux critiques évoquées dans la partie précédente.

En effet, les outils du *lean* management sont avant tout des outils participatifs. L'objectif est, comme le souligne Patrick De Coster, directeur du CHU de Dinant Godinne, de faire de chacun des professionnels hospitaliers un « résolveur de problème »<sup>10</sup>. Il s'agit de faire évoluer les pratiques managériales pour encourager la proposition de solutions d'amélioration continue par le personnel.

Cette réorganisation dite de « l'intérieur », par ceux qui pratiquent, est un élément essentiel de la méthode *lean*. En effet, la participation et l'association des professionnels est au cœur des outils du *lean* : ateliers Value Stream Mapping, chantier 5S, *stand-up meeting*.<sup>11</sup>

Le Value Stream Mapping (VSM) ou cartographie des flux repose entièrement sur la participation des professionnels puisque ce sont eux qui décrivent les flux et interfaces d'un processus. Au CHRU, la VSM d'un processus est réalisée sur une demi-journée et mobilise tous les interlocuteurs d'une thématique. J'ai pu participer à la VSM du chantier approvisionnement du CHRU de Lille et constater que le cabinet accompagnant l'établissement s'appuyait entièrement sur l'expertise et l'analyse des professionnels de terrain. Ces derniers ont décrit le processus d'approvisionnement dans son intégralité, de

---

<sup>10</sup> Propos recueillis lors d'un entretien téléphonique avec Patrick De Coster.

<sup>11</sup> Réunion debout

la saisie de la commande à la livraison dans un service et ont caractérisé la nature des flux, qu'ils soient informatifs ou de validation. Ils ont également identifié les différentes interfaces avec les autres services et pointé les dysfonctionnements altérant le bon déroulement du processus. Nous reviendrons plus tard dans cette étude sur l'utilisation de la VSM.

De même, la mise en place de chantiers 5S, par le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, l'un concernant le local des archives, l'autre le bureau du secrétariat médical de frappe, repose sur la participation des professionnels de santé. Le chantier 5S est une méthode d'organisation des lieux qui permet de travailler un environnement ordonné et rangé favorisant une atmosphère de travail plus sereine et permettant d'améliorer la prise en charge des patients ou le cas échéant des clients. En effet, en s'assurant que chaque élément a une place et une fonction précises et partagées par tous, le circuit est optimisé et les gaspillages de toute nature sont considérablement réduits.

Pour comprendre ce qu'est un chantier 5S et le rôle des professionnels qui y participent, voici le sens qui est donné à chaque « S » de l'outil *lean* :

- Seira : éliminer l'inutile ;
- Seiton : ranger ;
- Seiso : inspecter ;
- Seiketsu : standardiser ;
- Shitsuke : maintenir.

On comprend ici aisément que seuls les professionnels de terrain sont en mesure d'apporter les réponses nécessaires à l'avancement d'un tel chantier. Le chantier 5S favorise le travail en équipe puisqu'ensemble, les membres d'un même service vont participer au chantier et proposer des solutions d'amélioration de l'aménagement de l'espace. L'équipe propose également la mise en place d'un système de standardisation partagé par tous.

La participation des professionnels hospitaliers est donc essentielle puisqu'elle conditionne l'appropriation et l'adhésion des équipes à la démarche *lean*. En effet, un chantier *lean* aura peu d'impact si les premiers concernés par le plan d'amélioration continue ne sont pas associés à la recherche de solutions. Le *lean* management encourage ainsi le passage de la culture du « pompier solitaire »<sup>12</sup> à celle de la recherche de solutions en équipe. En cela, le *lean* constitue une évolution des pratiques

---

<sup>12</sup> Propos recueillis au cours d'un entretien téléphonique avec Patrick De Coster

managériales importante, notamment pour un établissement de l'envergure du CHRU de Lille.

## **1.2 L'implantation du *lean* au CHRU de Lille constitue un défi managérial ambitieux dans un environnement empreint d'exigences quantitatives et qualitatives**

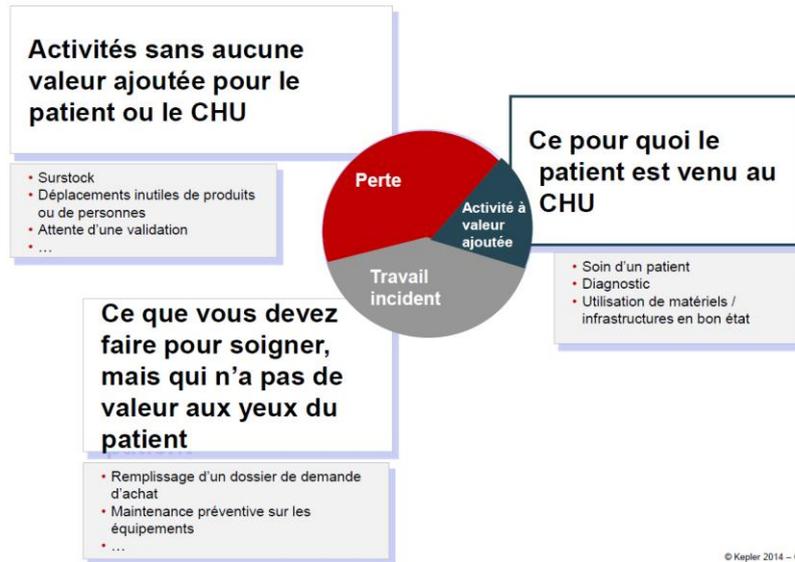
Nous l'avons vu, le *lean* management est une évolution des pratiques managériales hospitalières. En cela, son expérimentation et son déploiement constituent un défi managérial ambitieux pour le CHRU de Lille puisqu'il induit une évolution de paradigme (1.2.1). La démarche *lean* induit également une évolution des pratiques dans un environnement dont les exigences quantitatives et qualitatives sont de plus en plus importantes. (1.2.2)

### **1.2.1 Vers un changement de paradigme : la lutte contre les gaspillages et l'identification de la valeur ajoutée par l'utilisation de la Value Stream Mapping**

Tout d'abord, le *lean* nécessite d'éliminer les gaspillages et activités n'ayant pas de valeur ajoutée pour l'établissement.

Comme le montre le schéma ci-dessous, il existe trois types d'activités : celles qui ont une valeur ajoutée et qui sont la raison même de la venue du patient au sein du CHRU, les activités nécessaires mais qui n'ont pas de valeur aux yeux du patient, et les activités qui n'ont aucune valeur ajoutée pour le patient ou pour l'établissement. C'est au sein même de cette dernière catégorie que l'on trouve les gaspillages auxquels l'objectif du *lean* management est de mettre fin.

La façon la plus simple d'appréhender le lean management, c'est de partir à la chasse aux pertes



Appelé « *muda* » en japonais, la notion de gaspillage est centrale dans le *lean*. Elle comprend toutes les activités qui n'ont aucune valeur ajoutée pour le patient et pour l'établissement. Ces gaspillages peuvent être de différentes natures et sont systématiquement détaillés lors des présentations de la démarche pour faciliter leur identification par les équipes.



- La surproduction : surproduire c'est produire plus que ce qui est nécessaire et entraîne du stockage. En milieu hospitalier, la surproduction résulte souvent de la bonne volonté du personnel de prévoir plus que nécessaire en anticipation de demandes ou situations imprévues.

Nous pouvons ici nous interroger sur le sens de la « surproduction », notamment en milieu soignant. Peut-on « surproduire » du soin ? Nous comprenons ici la complexité d'appliquer cette analyse en secteur soins.

- Les attentes : elles concernent le patient comme le personnel et peuvent générer de fortes tensions. Elles engendrent des temps d'inactivité du personnel et peuvent susciter l'anxiété chez les patients. Elles sont coûteuses puisque le temps lui-même représente un coût important, rarement rattrapable.
- Les transports inutiles : les mouvements de matériels inutiles peuvent augmenter le risque de perte ou de casse ou encore de mauvais étiquetage qui peuvent diminuer la qualité des soins. Ils augmentent l'insatisfaction du patient.
- La sur-qualité ou « *sur-processing* » : Elle est souvent liée en milieu hospitalier aux contraintes règlementaires.
- Les stocks : Il s'agit là des stocks inutiles qui engendrent des pertes de temps et d'espace notamment.
- « Rebutés » ou reprises : Elles résultent d'une activité qui n'a pas été correctement réalisée dès la première fois.
- Les déplacements inutiles : Ils entraînent de la fatigue et accentuent la pénibilité des conditions de travail des professionnels de santé.

Tous ces gaspillages mènent au gaspillage ultime qu'est l'inexploitation voire la perte de potentiel humain, cœur de l'hôpital, générateur d'idées et de solutions d'amélioration pour des situations créatrices d'insatisfaction.

Si ces gaspillages sont facilement observables en milieu industriel, ils sont plus difficiles à objectiver dans le milieu hospitalier, la nature même des activités hospitalières ne pouvant être comparée à la nature d'activités industrielles poursuivant un but lucratif. La réponse lorsque l'on questionne l'origine d'une activité sans valeur ajoutée est souvent la même :

« *On a toujours fait comme cela* ». Pourtant, l'appréhension de ces gaspillages permet d'améliorer considérablement les conditions de travail ainsi que la qualité de prise en charge des patients. Nous comprenons ici aisément en quoi le *lean* est un défi managérial ambitieux pour le CHRU, il impose une évolution de paradigme et une lutte contre les gaspillages dans un environnement dont les caractéristiques sont particulières au sein duquel on ne peut raisonner comme dans une entreprise. C'est alors à l'établissement d'insuffler cette évolution des pratiques, notamment par la pratique du *gemba*, « là où ça se passe » en japonais, que nous détaillerons ci-après, et en développant les compétences des professionnels hospitaliers, particulièrement en ce qui concerne la détection des anomalies de processus.

Le CHRU de Lille utilise ainsi la VSM, outil *lean* employé lorsqu'il s'agit de travailler sur les gaspillages et la notion de valeur ajoutée et permet d'amorcer une évolution de culture vis-à-vis de certaines habitudes professionnelles.

Nous l'avons vu, la notion d'activité à valeur ajoutée est une notion centrale dans la démarche *lean*. Il s'agit de définir la valeur du point de vue des patients et des clients internes pour caractériser une activité et déterminer son utilité.

James Womack et Daniel Jones ont établi 5 principes de base<sup>13</sup>, tous autour de la notion de valeur, sur lesquels le *lean* repose :

- Définir la valeur du *lean* attendue par le patient/le client ;
- Identifier la chaîne de valeur ;
- Réduire toutes les opérations sans valeur ajoutée ;
- Tirer les flux : ne produire que des soins ou services en termes de « bien et de bon » pour les patients/clients ;
- Viser la perfection : l'amélioration continue n'ayant pas de limite et ne devant être perçue comme une utopie.

Il est important de rappeler ici que la notion de valeur ajoutée en milieu hospitalier est bien différente de celle du milieu industriel, les obligations de service public ainsi que le fonctionnement même de l'hôpital challengent quotidiennement la notion d'activité à valeur ajoutée dans les établissements de santé.

La valeur ajoutée peut être définie comme « *le résultat d'actions qui améliorent la qualité et qui en réduisent les coûts* ». <sup>14</sup> En milieu industriel, pour déterminer la valeur d'une activité, il faut répondre à trois questions : L'activité réalisée engendre-t-elle une

---

<sup>13</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 34.

<sup>14</sup> OVREITVEIR J., STAINES A., *L'amélioration de la valeur dans les services de santé*, Springer 2011, Introduction.

transformation du service attendu ? L'activité peut-elle être réalisée dès le premier essai ? Le client serait-il prêt à payer pour cette activité s'il le devait ? Pour un établissement de santé, les réponses à ces questions ne sont pas aisées puisque la valeur d'une activité dépend de ce qui est attendu par le patient/le client interne. Certaines activités importantes aux yeux de certains patients/clients, notamment la qualité de l'accueil, n'auront pas la même valeur pour d'autres.

A l'hôpital plusieurs questions peuvent guider un établissement pour identifier la valeur ajoutée : la tâche exécutée permet-elle d'apporter une fonction nouvelle au soin ou à la prestation ? Si le patient devait payer pour cette tâche, le ferait-il ? L'activité contribue-t-elle à garantir une meilleure prise en charge pour le patient ?

Dans les établissements de santé, il existe une part importante d'activité sans valeur ajoutée. Elles peuvent être particulièrement pénalisantes pour un établissement, notamment dans le contexte actuel où la performance et l'efficacité des hôpitaux sont des exigences.

De plus, les établissements de santé connaissent un autre type d'activité : les activités sans valeur ajoutée mais nécessaires. Il s'agit des tâches qui ne disposent pas de valeur ajoutée mais qui sont pourtant nécessaires au fonctionnement normal d'un établissement. C'est par exemple le cas des actions de *reporting*. L'objectif est de faire en sorte d'en réduire les coûts et le temps sans pour autant les éliminer puisqu'elles sont nécessaires. La difficulté pour un établissement de santé est ici majeure, puisqu'il doit assurer la gestion simultanée d'aspects techniques, médicaux et humains, portefeuille multifactoriel qu'il doit prendre en compte dans la définition de la valeur de ces actions.

L'analyse de la chaîne du flux de valeur, notamment via l'utilisation de la Value Stream Mapping (ou cartographie des flux) pointe toute les activités réalisées qui n'apportent pas de valeur ajoutée. Cet outil, très visuel, présente, sous une forme graphique, l'ensemble des flux d'un processus : flux humains, d'informations, d'équipements, etc. Il permet notamment de faire apparaître les gaspillages et actions sans valeur.

Pour réaliser la VSM d'un processus, la méthodologie utilisée par le CHRU de Lille est la suivante :

- Choisir la chaîne de flux de valeur à étudier : en l'espèce nous analyserons la VSM produite sur le chantier de la requalification d'une demande de travaux en intervention ;
- Réunir sur une journée toutes les personnes concernées par le processus ;

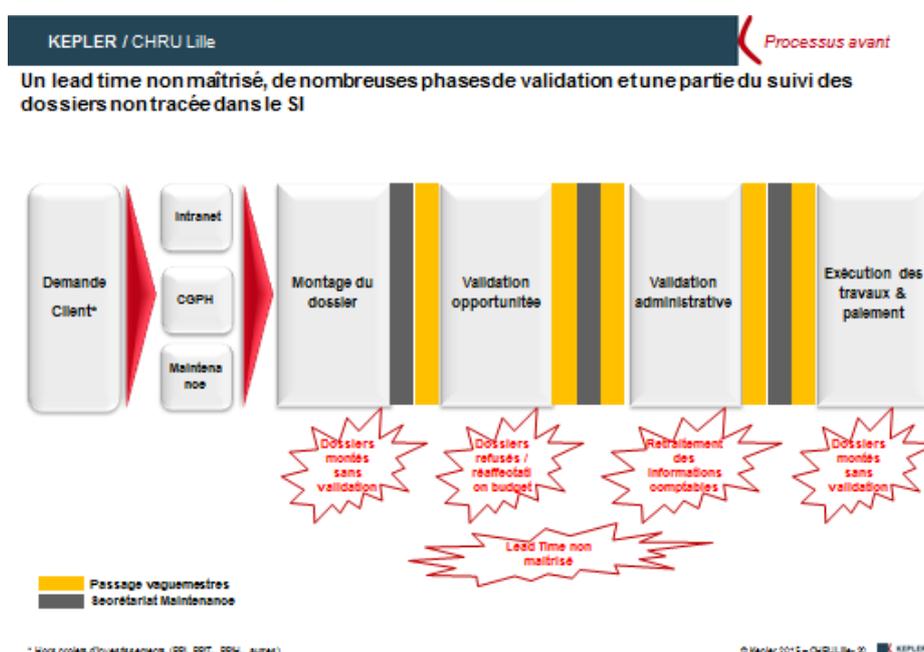
- Fixer sur un mur une affiche large de papier kraft, sur laquelle sera dessinée la cartographie des flux via l'utilisation de post-it colorés selon que l'action ait, ou non, une valeur ajoutée ;
- Commencer par le but final du processus.

Chacune des étapes dessinées est ensuite renseignée par son nombre d'intervenants, le temps qu'elle prend, les outils utilisés et les temps d'attente.



Réalisation de la VSM du chantier achat/approvisionnement : formulation de la demande d'achat/approvisionnement.

Ci-après, la formalisation de la VSM pré-*lean*, c'est-à-dire précédent l'expérimentation, sur le chantier de la maintenance a permis de caractériser les dysfonctionnements et les interfaces de ce processus.



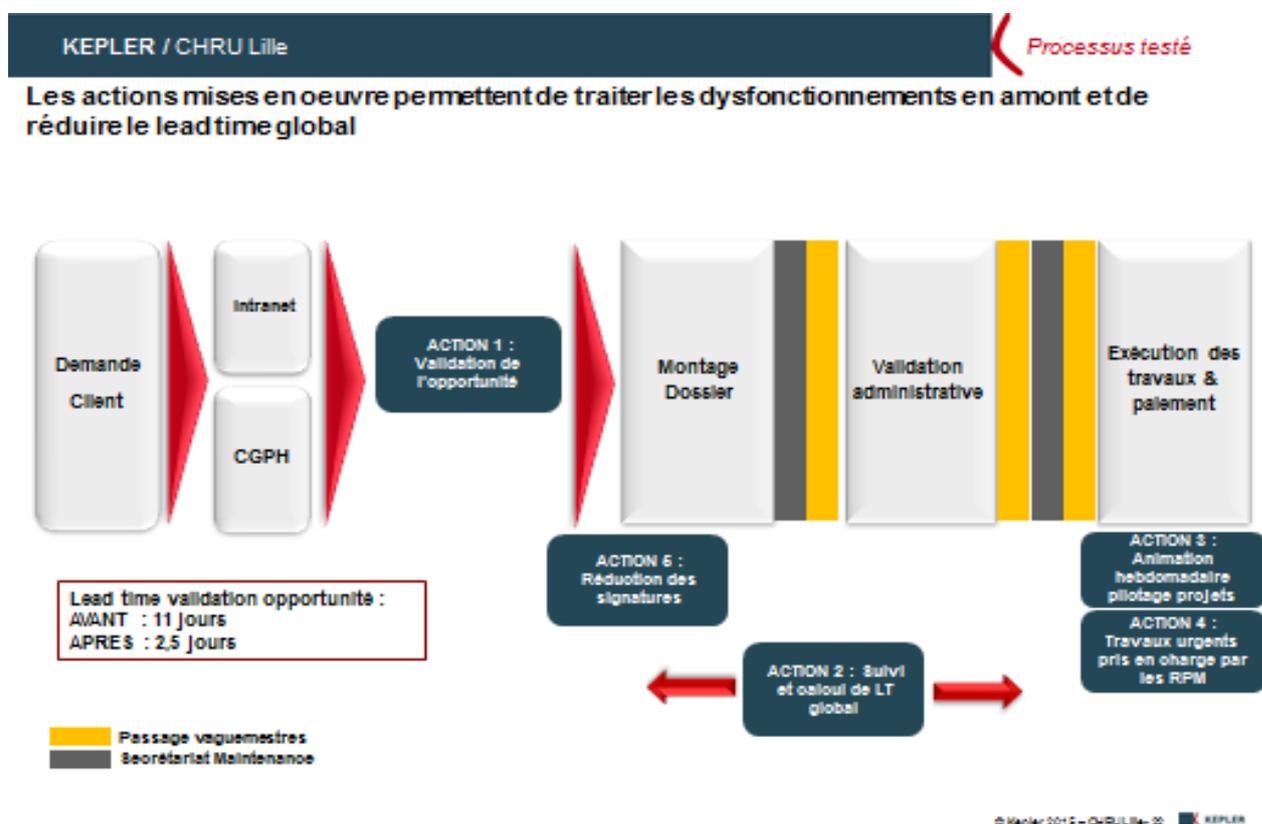
Ont notamment pu être identifiés les dysfonctionnements suivants :

- Des phases de validation trop nombreuses et génératrices de perte de temps ;
- Un *lead-time*<sup>15</sup> non maîtrisé ;
- Une partie du suivi des dossiers non tracée dans le système d'information.

De plus, la VSM a permis la distinction des interfaces avec la Direction du Confort Hôtelier et de la Restauration (CGPH ou Coordination Générale des Pôles Hôteliers sur le schéma), les services de soins, la comptabilité travaux et les vagemestres.

La réalisation d'une VSM dite « actuelle » permet ensuite d'établir la mise en place d'un chantier d'amélioration dit « VSM future ou cible », également réalisée sur une journée pour permettre, à partir des écarts observés, d'améliorer les flux. De cette VSM future découlera ensuite le plan d'actions prioritaires visant à atteindre les objectifs d'amélioration du chantier. La VSM permet tout particulièrement d'attirer l'attention sur l'importance de la coordination entre les services dans une organisation aussi complexe que l'organisation hospitalière.

Ci-après, la VSM future du chantier de la maintenance, incorporant le plan d'actions.



<sup>15</sup> Délai entre le démarrage du processus et son achèvement

Les actions d'amélioration suivantes ont été identifiées suite à la VSM cible :

- Validation de l'opportunité avant le montage du dossier ;
- Réduction du nombre de signatures ;
- Mise en place d'une réunion hebdomadaire de pilotage des projets ;
- Permettre la réalisation directe des travaux urgents par les responsables professionnels de maintenance ;
- Suivre le *lead-time* global ;

Cet outil nécessite un investissement en temps très important de la part des équipes, que les établissements de santé doivent prendre en compte et sur lequel nous reviendrons ultérieurement au cours de cette analyse.

### **1.2.2 Le *lean* management, méthode de terrain dans un environnement d'exigences qualitatives et quantitatives**

Le *lean* management conduit vers une évolution des pratiques managériales. C'est notamment le cas du *gemba*, littéralement « là où ça se passe » terme qui résume le fait pour les managers de se rendre sur le terrain de manière régulière.

Cette « *direction par les yeux* »<sup>16</sup> est un point essentiel de la méthode *lean*, Patrick De Coster, Directeur du CHU de Dinant Godinne, y voit plusieurs avantages :

- Une diminution de la distance entre le management et le terrain ;
- Un outil qui permet de poser les bonnes questions pour comprendre la réalité du terrain ;
- Un moyen pour apprendre de ses collaborateurs et améliorer son processus de décision ;
- Un moyen pour contribuer à la pérennisation des améliorations ;
- Un moyen pour remercier et féliciter et montrer du respect.

En effet, la présence des managers sur le terrain est un vecteur important de cette évolution de culture qu'induit le *lean*. Ainsi, la Délégation d'Appui à la Performance du CHRU de Lille veille à être présente sur le terrain avec les équipes pour accompagner certains changements, c'est notamment le cas pour le déploiement du *lean* en cours à la blanchisserie dont le démarrage est conditionné par plusieurs temps d'observation sur le

---

<sup>16</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 21.

terrain. Chaque atelier *lean* du CHRU a démarré par plusieurs visites de terrain pour comprendre les processus, réalités et contraintes des équipes. Cette présence des managers est particulièrement attendue et appréciée par les professionnels hospitaliers et conditionne l'adhésion de ces derniers.

Lors des entretiens réalisés sur le terrain, sans que j'aborde la question, il m'a systématiquement été affirmé à quel point les visites de terrain avaient eu leur importance dans la part d'adhésion des équipes à la démarche. Eric Guyader, Directeur du Centre Hospitalier de Beauvais a, à ce propos, affirmé lors du séminaire « *le lean management à l'hôpital* », imposer à son équipe de direction de se rendre sur le terrain deux heures par semaine.

La pratique du *gemba* enrichit les managers, certains d'entre eux, rencontrés lors d'entretiens m'ont affirmé disposer d'« *une meilleure compréhension des activités* »<sup>17</sup>. Elle leur permet de se poser les « *cinq pourquoi* » préconisés par T. Ohno<sup>18</sup> :

- Quand se passe le « quoi » (le quoi étant le processus analysé)?
- Combien peut-il y avoir de quoi, qui, où et quand ?
- Comment se passe le quoi ?
- Pourquoi le quoi s'est-il produit, quelle en est la justification ?
- Pour quoi améliorer la situation du quoi ? Pour quel(s) objectifs ?

La légende raconte que Taiichi Ohno lui-même avait pour habitude de laisser ses cadres passer des journées entières dans un cercle qu'il traçait à la craie par terre, jusqu'à ce qu'ils « *voient ce qu'ils étaient censés regarder* »<sup>19</sup>. Regarder c'est dépasser le stade du simple « voir » seulement à travers le prisme de ce que l'on pense ou connaît déjà.

La pratique du terrain permet notamment de se mettre d'accord sur la cause d'un problème, elle encourage le dialogue jusqu'à ce qu'un consensus émerge sur la formulation d'un problème.

La difficulté du *gemba* au CHRU de Lille réside dans sa pratique régulière. En effet, la taille de l'établissement et la charge de travail des managers ne facilitent pas la pratique du terrain et représentent un véritable défi pour l'établissement. Nous pouvons ici nous interroger sur la pratique du *gemba* dans un établissement de la taille du CHRU de Lille : rappelons que l'établissement comporte 3245 lits, assure près de 206 000 prises en charge en hospitalisation par an et s'étend sur 474 885 mètres carrés comprenant 61

---

<sup>17</sup> Propos recueillis au cours d'un entretien avec le chef du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né

<sup>18</sup> BALLE M. et BEAUVALLET G., *Le management lean*, Editions Pearson, 2013, pp 37.

<sup>19</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 69.

bâtiments<sup>20</sup>, la pratique du terrain ne peut donc pas y être la même que dans un établissement d'une taille plus réduite. Il faut cependant préciser que les directeurs référents de pôles du CHRU pratiquent le *gemba* de manière régulière et que les membres de l'équipe de direction sont régulièrement invités par la Direction Générale à se rendre sur le terrain.

De même, la notion de temps est également ici particulièrement importante, comment trouver le temps, ressource rare de l'hôpital ? Nous pouvons ici citer le CHU de Dinant Godinne (d'une taille toutefois nettement plus réduite que le CHRU de Lille) dont le directeur s'astreint à consacrer trois heures par semaine de son agenda à la visite du terrain et à la rencontre de patients.

Nous l'avons vu, un établissement qui décide d'employer le *lean* management se doit de faire preuve de pédagogie et de transparence à l'égard des professionnels qui le composent. Le *lean* suscite la réserve des professionnels puisqu'il implique une évolution des pratiques managériales. En imposant de mesurer la valeur des activités, en luttant contre les gaspillages, il est un défi important pour celui qui voudrait le mettre en place. Cependant, l'expérience du CHRU de Lille démontre qu'une méthodologie structurée et minutieuse ainsi que l'accompagnement des équipes vers le changement sont des facteurs de réussite fondamentaux de l'implantation du *lean* management à l'hôpital.

---

<sup>20</sup> Données issues du rapport d'activité 2014-2015 du CHRU de Lille

## **2 La méthode d'implantation du *lean* management employée par le CHRU de Lille permet d'en identifier les facteurs de réussite**

Nous l'avons vu, l'implantation du *lean* management à l'hôpital est un défi managérial ambitieux qui repose sur la pédagogie et la communication à l'intention des professionnels de santé pour les convaincre de son bien-fondé. L'analyse de la méthode employée par le CHRU de Lille dans un premier temps nous permettra d'en identifier les facteurs de réussites (2.1), puis nous verrons ensuite la nécessité de fédérer les professionnels de santé et de les accompagner à travers la mise à disposition d'outils *lean* (2.2).

### **2.1 Le *lean* nécessite une méthodologie structurée**

La méthodologie employée par le CHRU s'articule autour de 5 mots clés : Définir (2.1.1) - Mesurer (2.1.2) – Analyser (2.1.3) – Innover (2.1.4) – Contrôler (2.1.5). Cette méthode dite « *D.M.A.I.C* »<sup>21</sup> est la méthodologie préconisée pour mettre en place le *lean* management et nous allons la détailler ci-après en l'illustrant par l'expérimentation du CHRU de Lille.

#### **2.1.1 Définir**

La définition du périmètre d'un chantier *lean* est une étape décisive pour le bon déroulement et la réussite du chantier. Il s'agit, tout au long de cette phase de définition, d'évaluer les bénéfices et les moyens à mettre à disposition.

La précision des contours du projet doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- Quel service ?
- Quels objectifs / gains recherchés ?
- Quel processus étudier ?
- Quel calendrier proposer ?

---

<sup>21</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 73.

Il est essentiel que le projet identifié se caractérise par un gain (qualitatif et/ou quantitatif) important pour le patient et/ou pour l'établissement, qu'il s'agisse des conditions de travail du personnel, de l'efficacité, ou encore de l'amélioration de la prise en charge du patient. De même, le chantier *lean* doit reposer sur un processus facilement identifiable, pouvant impliquer un ou plusieurs services. C'est ainsi qu'au DRP, le processus de la formulation de la demande d'achat et d'approvisionnement ainsi que la requalification d'une demande d'intervention en demande de travaux ont été retenus pour faire l'objet d'un chantier *lean*.

Ensuite, l'identification de l'équipe projet est une étape particulièrement importante. Nous reviendrons ultérieurement sur l'importance du « *leader lean* », mais nous pouvons d'ores et déjà affirmer que la désignation d'un professionnel de santé en charge de conduire le projet est un élément essentiel de la réussite d'un chantier.

Sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, chaque chantier est conduit par un binôme associant un médecin et un cadre de proximité garantissant ainsi l'implication du corps médical, de l'encadrement et des professionnels de terrain.

De même, au DRP, un pilote de chantier est identifié et il est accompagné par la DAP ou par le référent *lean* de sa direction.

L'identification de l'équipe-projet permet de définir la structure des COMOP et COPIL, c'est à dire les membres de droit et ceux qui seront invités en fonction de l'ordre du jour. Le CHRU a souhaité garantir l'opérationnalité de cette structure puisque les instances de pilotage se réunissent toutes les six semaines et rassemblent des professionnels d'horizons divers afin d'apporter leur vision d'expert sur les différents chantiers *lean*.

Comme indiqué lors de la première partie, l'appropriation par les équipes de la démarche *lean* est un facteur fondamental de la réussite de l'implantation du *lean* à l'hôpital. Il s'agit donc au cours de cette phase de sensibiliser les acteurs en leur présentant le *lean* management et l'évolution des pratiques qu'il implique, la présentation des ateliers et des objectifs et gains associés. C'est à cette étape précise que peut être construite une charte projet. Cet outil, utilisé sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né décrit le périmètre et les objectifs du chantier *lean*, les exigences de la patiente, les indicateurs qui permettront de mesurer l'état d'avancement du plan d'action, le plan d'action et l'équipe projet associée. (cf. annexe II). Cette charte est un guide partagé, rédigé en collaboration avec les équipes concernées.

Concernant la phase de définition, la totalité des éléments présentés ci-dessus a été communiquée lors de la première réunion de l'instance de pilotage : COMOP pour le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, COPIL pour le DRP. Enfin, la partie de définition du projet a

été conclue par une étape importante de communication officielle à la fois sur la démarche et son calendrier et a été communiquée à l'ensemble du service concerné.

Cette phase de définition est actuellement en cours sur le chantier de la distribution des commandes en blanchisserie. En tant que chef de projet du déploiement du *lean* sur le DRP, je constate l'importance du temps passé à définir le périmètre nécessairement limité d'un chantier *lean* et la nécessité d'impliquer tous les professionnels concernés par le processus. Chaque professionnel est rencontré au cours d'un entretien ce qui permet notamment de prendre connaissance de la structure du processus en question, de ses dysfonctionnements et des interfaces qui existent entre un service et un autre. Pour exemple, la rencontre de la responsable de la distribution de la blanchisserie a mis à jour l'importance de l'interface avec la Direction du Confort Hôtelier et de la Restauration, notamment à travers les conseillères en linge présentes sur chaque site, mais également avec les transports pour la livraison du linge. Cette rencontre nous a permis d'établir les différents flux et échanges entre la blanchisserie et ses interlocuteurs, sans quoi le cantonnement à l'organisation interne de la blanchisserie aurait été une erreur.

### **2.1.2 Mesurer**

La performance du processus dans son état *pré-lean* est mesurée grâce à l'analyse des modes de travail existants (organisation, compétences, outils, etc). L'objectif de cette phase est d'impliquer les professionnels et l'encadrement dans l'identification d'indicateurs de performance et de qualité partagés qui serviront ensuite à mesurer l'état d'avancement de chacun des chantiers *lean*.

Cette phase dite de « mesure » analyse plus particulièrement les gaspillages évoqués lors de la première partie et repose également sur l'emploi du *gemba* et de la VSM, outils détaillés plus tôt dans cette étude.

Pour exemple, concernant le chantier « Amélioration de l'accueil téléphonique par les secrétariats médicaux en gynécologie et obstétrique » au sein du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, plusieurs indicateurs ont été identifiés par l'équipe projet au cours d'une réunion spécifique « indicateurs ».

La première étape de cette réunion a consisté à identifier les difficultés des patientes :

- Des difficultés d'accès au secrétariat téléphonique des consultations et donc des difficultés d'inscription en consultation prénatale ;
- Une mauvaise orientation des appels vers les secrétariats médicaux ;
- Une incompréhension de certains problèmes techniques ;

- Des difficultés dans la prise de rendez-vous sur internet.

La définition de ces difficultés a ensuite conduit à l'identification d'indicateurs de performance et des modalités associées à ces indicateurs :

- Nombre d'appels pris ;
- Taux de prise d'appels ;
- Nombre d'inscriptions prénatales ;
- Taux d'appels mal orientés ;
- Taux de non-venues en consultation gynécologie.

Ces indicateurs ont fait l'objet de mesures initiales au mois de janvier 2015 et d'une analyse afin d'identifier des mesures-cibles par la suite. Pour exemple le nombre d'inscriptions prénatales en janvier était de 94 et la mesure-cible a été définie, par le groupe de travail « indicateurs », composé de tous les professionnels de santé concernés, à 105 inscriptions.

### **2.1.3 Analyser**

La phase d'analyse repose sur l'étude des dysfonctionnements et de leurs causes racines. On retrouve ici la méthode des *cinq pourquoi* évoquée dans la première partie. Elle permet d'identifier les leviers d'amélioration du processus.

Si l'on poursuit l'illustration du chantier « amélioration de l'accueil téléphonique par les secrétariats médicaux en gynécologie et obstétrique » du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, plusieurs causes racines ont pu être identifiées et ont permis de faire le lien avec le plan d'actions.

En voici quelques exemples :

- Environnement de travail : promiscuité des postes téléphoniques, cause racine : salle mal insonorisée, matériel audio peu efficace.  
Piste d'amélioration : Insonorisation, qualité du matériel à améliorer, 1 ligne par pièce ? ;
- Matériel : Script téléphonique peu efficace, cause racine : contenu non efficace, mauvaise orientation de la patiente initialement.  
Piste d'amélioration : retravailler la qualité du script, privilégier une ligne pour l'orthogénie ? ;

- Acteurs : mauvaise orientation par le standard. Cause racine : problème de renseignement dans l'annuaire mis à disposition du standard, manque d'informations données aux standardistes.  
Piste d'amélioration : observer le travail des standardistes et échanger avec eux pour améliorer les pratiques.

L'analyse des causes et son constat partagé permettent de proposer des solutions efficaces d'amélioration continue, c'est le sens des groupes de travail dont l'objectif est la recherche collective d'axes d'amélioration par les professionnels de santé.

#### **2.1.4 Innover**

La phase d'innovation consiste à mettre en œuvre les leviers d'amélioration produits par la phase d'analyse et à enclencher la démarche d'amélioration continue. L'objectif est de définir les modalités de suivi du plan d'actions et de mettre en place des rituels de management et de pilotage du plan d'actions. L'innovation consiste ici en la mise à disposition d'outils nouveaux permettant la mise en œuvre du plan d'action : management visuel, *stand-up meeting*, etc.

La méthodologie retenue pour le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né et le DRP concernant cette phase a été l'organisation de points hebdomadaires pour suivre l'avancement du plan d'actions avec les pilotes des chantiers pour permettre d'identifier les principales difficultés rencontrées et suivre les résultats. Ces rencontres permettent de partager des résultats et gains obtenus au travers des indicateurs de performance identifiés lors de la phase de « mesure » et si besoin d'adapter les actions en fonction des difficultés rencontrées sur le terrain suivant le principe d'amélioration continue. Sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, la mise en place d'un tableau de bord pour chaque chantier permet de suivre cette phrase de mise en œuvre (cf. annexe III). La phase d'innovation s'appuie notamment sur plusieurs outils *lean* dont le management visuel, que nous analyserons dans seconde sous-partie de cette étude.

Côté DRP, sur le chantier de la maintenance, la mise en place d'une réunion tripartite hebdomadaire (accompagné du management visuel) est l'outil *lean* innovant. Cette réunion de pilotage des projets, qui rassemble le service de la comptabilité des travaux, des représentants de la maintenance et des représentants de la Direction du Confort Hôtelier et de la Restauration (DCHR) permet d'accélérer considérablement le processus de décision de la demande d'intervention à la requalification en demande de travaux. Comme nous l'évoquons lors de la VSM actuelle réalisée sur ce chantier, le *lead-time* entre la demande d'intervention et la requalification en demande de travaux était d'une

durée initiale de 11.5 jours. Ce délai, trop long, s'expliquait notamment par un circuit complexe de validation et de nombreux déplacements de dossiers au sein des différents services. L'un des obstacles était également budgétaire puisque se posait la question du budget sur lequel imputer les demandes de travaux, celui du DRP ou de la DCHR ? Aujourd'hui, toutes ces décisions sont prises, dans la mesure du possible, au cours de la réunion tripartite et les dossiers sont validés et signés sur place, écourtant le *lead-time* actuel à 2.5 jours.

### **2.1.5 Contrôler**

La phase de contrôle s'attache à évaluer l'impact des leviers *lean* sur la performance et à identifier les leviers d'amélioration à pérenniser. Elle mesure ainsi les progrès accomplis sur les différents chantiers via le recueil d'un retour qualitatif du personnel sur les solutions mises en œuvre et la pertinence ou non de leur pérennisation. Elle identifie et analyse les écarts entre les objectifs ciblés et les résultats observés. Cette phase a fait l'objet des derniers COMOP et COPIL de la phase d'accompagnement du CHRU par les deux cabinets.

Pour exemple, le chantier *lean* de la formulation de la demande d'achat et d'approvisionnement du DRP avait pour objectif de clarifier la vision des clients et d'améliorer la communication clients fournisseurs. Plusieurs actions ont été mises en place pour répondre à ces objectifs :

- La mise en place d'une réunion bimensuelle tripartite de validation des nouvelles demandes de référencement composée par le représentant des achats, le représentant des approvisionnements et un expert technique selon le sujet traité. Le périmètre de chantier *lean* achats/approvisionnement a été limité à deux familles : les fournitures de bureau et les produits d'hygiène et d'entretien ;
- Le « nettoyage » de la base de référencement pour éviter la multiplication des nouvelles demandes et la complexification du circuit de commande ;
- Le suivi des réclamations clients pour satisfaire davantage les demandes clients, qui avaient été identifiées comme l'un des dysfonctionnements majeurs de ce processus lors de la VSM actuelle.

Au dernier COPIL sur le DRP, il a été décidé de poursuivre l'épuration de la base, les réunions bimensuelles de validation ainsi que le suivi des réclamations des clients, les résultats étant particulièrement encourageants notamment concernant le traitement plus rapide de la demande de référencement et la réponse systématique faite au client.

Nous l'avons vu, une méthodologie structurée garantit la réussite de l'implantation du *lean* management à l'hôpital. Chaque phase est à suivre minutieusement, sinon les bienfaits de la démarche ne pourront être identifiés aisément. Cependant, la réussite du *lean* ne dépend pas uniquement des outils sur lesquels elle s'appuie et d'une structure bien définie, il s'agit également de fédérer les professionnels hospitaliers autour de la démarche, dans le but de les accompagner vers l'évolution des pratiques induite par le *lean*.

## **2.2 Le rassemblement de professionnels moteurs autour de la démarche et la mise à disposition d'outils *lean* innovants permet au CHRU de Lille de conduire et d'accompagner le changement**

La participation des professionnels de santé à l'implantation du *lean* est l'élément central de la démarche. En effet, l'adhésion et l'appropriation par les équipes des différents outils *lean* conditionnent sa réussite. Cette adhésion peut être obtenue à la fois par l'identification d'un *leader lean* qui fédèrera autour de lui les différents professionnels (2.2.1) et par la reconnaissance du travail des équipes (2.2.2). Enfin, la mise à disposition d'outils *lean* tels que le management visuel, permet d'accompagner les professionnels vers le changement (2.2.3).

### **2.2.1 L'identification d'un leader *lean*, un facteur essentiel de réussite**

Le *lean* induit une évolution des pratiques managériales de l'hôpital. Cette évolution ne peut se faire sans une adhésion importante des équipes et une appropriation des outils par les professionnels hospitaliers, qui sont au cœur du changement comme nous l'avons constaté précédemment.

Cette évolution des pratiques doit être incarnée par un *leadership* fort et mobilisateur. Le *leadership lean* doit susciter l'adhésion, convaincre et diffuser la confiance parmi ses équipes. C'est une personnalité qui, par son exemple et son dynamisme, parvient à conduire une équipe vers le changement.

La directrice générale du Centre de Santé et des Services Sociaux Jardins Roussillon a présenté le leadership lors du Colloque *Lean* de la santé et des services sociaux 2014 à Montréal de la manière suivante :

« *C'est un défi culturel qui dépasse largement la gestion de projet. C'est une démarche majeure de changement d'un système de gestion des soins et services basé sur 4 piliers :*

- *Le respect des personnes ;*
- *La poursuite de l'amélioration continue ;*
- *La recherche de la performance ;*
- *La perspective à long terme des actions.»<sup>22</sup>*

La présence d'un leader mobilisateur est essentielle, notamment pour le maintien d'une dynamique dans un environnement hospitalier souvent agité. Lors d'un entretien avec une sage-femme cadre, celle-ci m'exprimait le rôle fondamental joué par le chef de pôle lors de l'implantation de la démarche *lean* sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né. En effet, le chef de pôle, sensibilisé à la démarche *lean* au cours de lectures personnelles, a joué un rôle moteur dans la mise en place de la démarche. Cela a commencé par le volontariat, puisque, comme détaillé lors de l'introduction de cette analyse, le CHRU de Lille a privilégié la mise en place du *lean* sur des périmètres où des managers avaient exprimé leur souhait d'expérimenter la démarche.

Dans un service de santé, notamment dans une maternité réalisant près de 5600 accouchements par an et, à l'époque, en cours de labellisation Hôpital Ami des Bébé (HAB), le souhait de développer le *lean* management était particulièrement ambitieux. En effet, le label HAB, mis en place à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF garantit la qualité d'accueil des parents et nouveau-nés au sein des maternités<sup>23</sup>, il implique pour les établissements qui souhaitent le recevoir, une réorganisation des soins importante. La disponibilité de l'encadrement était alors une véritable difficulté et l'adhésion des équipes difficile à obtenir dans un contexte où la labellisation HAB mobilisait fortement leur quotidien.

Le projet a donc été porté par le chef de pôle, qui, il est important de le souligner, a bénéficié du soutien de la part de l'encadrement des services concernés.

Le chef de pôle a notamment fréquemment pratiqué le *gemba* et s'est souvent étonné au cours de ses visites sur le terrain, auxquelles j'ai régulièrement pu participer, d'apprendre que les choses fonctionnaient d'une manière bien différente que celle qu'il pouvait avoir à l'esprit. Sa présence à chacun des comités opérationnels, de même que sa disponibilité

---

<sup>22</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 122.

<sup>23</sup> <http://amis-des-bebes.fr>

pour participer à certains ateliers a considérablement encouragé les équipes à s'investir dans cette démarche. De plus, en participant à des visites extérieures au CHRU et notamment au Centre Hospitalier de Liège pour y visiter le standard téléphonique, le chef de pôle s'est ainsi fait le relais d'idées novatrices au sein de son pôle.

Concernant le chantier *lean* du DRP, la présence de la Directrice du Département aux comités de pilotage, ainsi que sa volonté de débloquent certaines situations a permis de faire considérablement avancer les chantiers. A son initiative, un travail de clarification budgétaire est actuellement en cours entre le DRP et la DCHR, notamment pour éviter tout blocage budgétaire au moment de la validation des demandes d'interventions.

Leader *lean* de son établissement, Patrick De Coster énonce sept règles de management pour conduire le changement au sein de ses équipes<sup>24</sup> :

- Montrer l'exemple en restant humble ;
- Etre ambitieux pour le patient qui doit se trouver au centre des préoccupations ;
- Mettre les bonnes personnes à la bonne place ;
- Encourager l'autoqualité par le discernement et la rigueur ;
- Communiquer et rendre les infos visuelles ;
- Soutenir l'apprentissage et la formation ;
- Motiver et aller sur terrain.

### **2.2.2 La nécessité de valoriser le travail des équipes**

La reconnaissance du travail des équipes, au cœur du processus *lean* est un facteur de réussite non négligeable de la démarche. Nous l'avons dit, la mise en place du *lean* représente un investissement important, notamment en matière de temps. Concernant le chantier *lean* au DRP, les deux pilotes du chantier « traitement de la demande d'intervention requalifiée en demande de travaux », ont souvent insisté sur les bénéfices que leur avaient apportés le *lean* management mais ils ont souhaité préciser lors de nos entretiens le temps important qu'ils avaient dû y consacrer.

Reconnaître cet investissement peut notamment permettre de relancer une dynamique *lean* qui pourrait être en train de s'essouffler. C'est notamment le cas au sein du DRP sur le chantier de la maintenance, à un moment où la dynamique du changement semblait

---

<sup>24</sup> Présentation réalisée lors du séminaire « le *lean* management à l'hôpital » du Centre Hospitalier de Beauvais le 30 juin 2015

ralentie par des blocages d'ordre budgétaire, la présence et les encouragements de la Directrice du Département lors d'un comité de pilotage ont permis de relancer une machine en train de s'enrailler. Présente à la réunion tripartite précédant le comité de pilotage dont il est question, j'avais pu constater les difficultés de l'équipe de mettre à profit les outils *lean* à cause de blocages budgétaires au sujet desquels des éclaircissements étaient attendus. Les félicitations et encouragements de la direction de leur département, qui a reconnu leur travail et l'efficacité des outils mis en place en termes de relation client notamment, ainsi que la garantie d'apporter une solution aux blocages budgétaires, a rassuré les équipes et a permis d'éviter leur démotivation. De plus, le déroulement du COPIL dans leur salle de réunion, au milieu des outils *lean* visuels mis en place a, fortement participé à la reconnaissance de leur travail.

De même, la reconnaissance institutionnelle du travail mené est tout aussi importante. Un responsable de la maintenance m'exprimait au cours d'un entretien sa fierté d'avoir été convié à l'Assemblée Générale des Cadres pour exposer les résultats du chantier *lean* mené sur le DRP. La parution d'un article dans le journal de l'établissement a également été un signal fort de la direction pour saluer le travail mené par les professionnels hospitaliers.

Pour promouvoir le travail réalisé ainsi que valoriser l'investissement des professionnels hospitaliers, le CHU de Dinant Godinne a réalisé un film sur la pratique du *lean* au sein de leur établissement. Ce film, présenté lors du séminaire du Centre Hospitalier de Beauvais, est un outil de communication particulièrement intéressant puisqu'il met en image ce qu'il est parfois difficile d'exprimer de manière plus abstraite. On y voit les équipes lors de *stand-up meeting*, l'utilisation de méthodes de management visuel ainsi que des témoignages de professionnels. La direction de l'établissement n'apparaît à aucun moment dans cette réalisation, il s'agit de ne mettre en avant que le travail des professionnels de santé.

Actuellement, la Délégation d'Appui à la Performance du CHRU travaille à la réalisation d'un outil de communication semblable, auquel j'ai pu apporter une contribution en filmant un entretien avec le chef de pôle Femme-Mère-Nouveau-Né.

### **2.2.3 Le management visuel pour conduire et accompagner le changement**

Outil support du *lean* management, le management visuel a pour but de mettre en évidence les écarts entre la situation dite idéale et la situation actuelle mais il permet également de rendre plus simple et plus visible tout ce qui peut l'être (mise en place de

tableaux de bord, planning, affichage de résultats...) Il n'est pas simplement utilisé dans un but unique d'affichage, il doit être construit et partagé par tous ceux qui l'utilisent. En ce sens, il peut être un outil d'animation d'équipe. Le management visuel permet également l'implication de tous par le partage d'informations, d'avancements et de points bloquants et peut engendrer la mise en place de plan d'actions préventives et curatives.

En guise d'exemple, le CHRU de Lille a adopté, sur ses deux périmètres *lean*, des outils de management visuel.

Au sein du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, le management visuel a accompagné des rituels de management mis en œuvre dans le cadre notamment des chantiers d'amélioration de l'accueil téléphonique des secrétariats médicaux et d'amélioration de l'organisation interne des soins de jour.

Des réunions hebdomadaires de quelques minutes dites *stand-up meeting* (réunions debout annonçant leur durée limitée) dont les objectifs sont de partager les chiffres-clés et les difficultés de la semaine écoulée, s'appuient sur le management visuel notamment pour partager les résultats clefs.

C'est notamment le cas dans le bureau des secrétaires médicales où le nombre d'inscriptions à l'accouchement enregistré la semaine précédente est inscrit en vert s'il est satisfaisant (objectif fixé à 104 pour une semaine de 5 jours), en rouge s'il ne l'est pas. Y figure également le suivi détaillé quotidien des appels téléphoniques et du nombre d'inscriptions sous la forme d'un diagramme.



Le management visuel peut également être utilisé comme support de planification, c'est-à-dire pour afficher la répartition des activités, c'est notamment le cas pour les soins de

jour où l'affichage du planning de la journée permet au personnel soignant de visualiser la répartition des activités ce qui permet d'optimiser la gestion des salles et diminuer le temps d'attentes des patientes.

De la même manière, sur le chantier *lean* de la maintenance au DRP, le management visuel a été utilisé notamment pour représenter le plan de charge des chargés d'opération et ainsi mieux répartir les activités entre ces derniers. Ces tableaux sont affichés dans la salle de réunion du groupe B de la maintenance du CHRU et sont visibles par tous.



Ainsi, le management visuel est un vecteur de transparence au sein des équipes. Il permet la construction d'une culture collective de la performance et de la transparence partagée par tous via des supports dont l'utilité est avérée et m'a été rapportée au cours de chacun des entretiens que j'ai réalisés.

Nous pouvons cependant nuancer ici les bienfaits du management visuel qui peut, dans certains cas, se révéler déstabilisant pour le personnel. En effet, le management visuel peut être ressenti comme un contrôle du travail réalisé rendu ensuite public et qui serait donc vecteur de pression psychologique pour les professionnels de santé. Il peut également être vécu comme infantilisant, particulièrement pour le visuel de couleur verte pour mettre en avant, rouge pour alerter. L'importance de la pédagogie et de la communication à l'intention des équipes prend alors tout son sens.

Le *lean* fait évoluer les habitudes des professionnels hospitaliers et en cela, la méthodologie employée se doit d'être particulièrement structurée, sans quoi l'attente de résultats entraînera un désintérêt de la part des professionnels de santé, qui sont eux-mêmes garants du succès de la démarche. L'exemple du CHRU de Lille permet de tirer plusieurs enseignements, sur la base des premiers résultats identifiés suite à l'expérimentation du *lean*, qui serviront à la mise en œuvre du déploiement de la démarche à d'autres périmètres au sein de l'établissement.

### **3 Sur la base des premiers résultats du *lean* management, le CHRU de Lille tire les enseignements de son expérience pour assurer la réussite du déploiement de la démarche à d'autres périmètres**

Fort de son expérimentation, le CHRU de Lille est en mesure de tirer plusieurs enseignements, sur la base des premiers résultats du *lean* management, qui lui serviront de guide pour le déploiement de la démarche dans l'établissement. L'expérience du CHRU a montré d'encourageants résultats mais a également fait apparaître certaines limites de l'implantation du *lean* en milieu hospitalier, que la direction de l'établissement devra anticiper dans la poursuite de sa démarche (3.1). Nous verrons ensuite la nécessité de proposer une méthodologie de déploiement partagée par tous comme j'ai pu le faire en tant que chef de projet du déploiement au sein du DRP (3.2). Enfin, nous verrons que le développement des compétences doit être un axe majeur du déploiement du *lean* management, les professionnels de santé se trouvant au cœur de cette évolution des pratiques (3.3).

#### **3.1 Les premiers résultats de la démarche au CHRU de Lille sont encourageants mais permettent néanmoins d'identifier les limites du *lean* en milieu hospitalier**

L'expérimentation du CHRU de *lean* a donné lieu à de nombreux résultats qualitatifs et quantitatifs qui permettent de tirer les enseignements de l'application de la démarche en milieu hospitalier (3.1.1). Ces premiers résultats bien qu'encourageants font apparaître quelques limites et rappellent notamment l'importance de la méthodologie employée (3.1.2) et nous permettent de nous interroger sur la possibilité d'étendre le *lean* dans tous les champs d'activité de l'hôpital (3.1.3).

##### **3.1.1 Les premiers résultats du *lean* management au CHRU**

Expérimentée depuis la fin de l'année 2014 par le CHRU, le *lean* management a fait apparaître un certain nombre de résultats quantitatifs et qualitatifs.

Au DRP, les deux périmètres choisis pour expérimenter la démarche ont connu plusieurs évolutions dont les effets bénéfiques ont pu être identifiés. Sur le chantier maintenance « traitement de la demande d'intervention requalifiée en demande de travaux », la principale avancée réside dans la réduction du *lead-time* de la demande d'intervention, initialement de 11 jours, celui-ci est de 2.5 jours en moyenne aujourd'hui. Ce gain de temps a été rendu possible grâce notamment à la réduction du circuit des signatures, les dossiers étant signés au cours de la réunion tripartite, et à la validation de l'opportunité de la demande d'intervention avant le commencement du montage du dossier. Aujourd'hui, un dossier ne peut faire l'objet d'une présentation en réunion tripartite sans que son financeur et son budget aient été identifiés au préalable. De plus, le chantier *lean* a permis d'améliorer l'interface avec la DCHR, qui dispose d'un budget pour les petits travaux d'entretien (PTE) et qui est aujourd'hui systématiquement représentée lors des réunions tripartites hebdomadaires. La relation client a également été améliorée car aujourd'hui les réclamations font l'objet d'un suivi à travers un fichier de réclamations. Lors d'un entretien avec la cadre supérieure du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, alors que nous parlions du *lean* sur son périmètre, celle-ci s'est félicitée de l'expérimentation du *lean* sur la maintenance et a constaté un changement de pratiques puisqu'elle est aujourd'hui systématiquement informée des suites données à chacune de ses demandes d'intervention. Enfin, l'utilisation du management visuel permet au groupe de maintenance d'établir le plan de charge entre les différents chargés d'opération.

Sur le chantier de la formulation de la demande d'achat/approvisionnement, des résultats sont également identifiables. La base de référencement est en cours d'épuration et la validation de l'opportunité des nouvelles demandes de référencement se fait au cours des réunions bimensuelles évoquées plus tôt dans cette étude, en présence d'un expert technique (en l'espèce, une conseillère en hygiène de la DCHR. De plus, la relation client connaît une importante évolution puisqu'aujourd'hui, la date de livraison du produit au sein du logiciel de commande n'est plus la date de livraison au magasin logistique, ce qui entraînait auparavant une importante insatisfaction de la part des services qui croyaient à un retard, mais la date prévisionnelle de livraison au sein du service. Les réclamations clients sont aujourd'hui systématiquement tracées dans un fichier de réclamation, 53 réclamations ont été ainsi tracées en 1.5 mois.<sup>25</sup>

Sur le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né, des évolutions dans les pratiques ont donné lieu à d'importants résultats.

---

<sup>25</sup> Résultats identifiés entre mi-mai et début juillet 2015 par le fichier de suivi des réclamations.

Le chantier concernant l'hôtellerie dans les suites de naissance a notamment permis une nette amélioration dans le service des petits déjeuners servis aux patients suite à un partage d'idées avec les aides-soignantes/auxiliaires de puériculture et le service restauration. Cette amélioration s'est mise en place de manière à ne pas complexifier les conditions de travail du personnel en charge de la distribution du petit-déjeuner et donne satisfaction aux patientes comme l'ont démontré les résultats d'un questionnaire de satisfaction dans le service.<sup>26</sup> En effet, le petit-déjeuner atteint la note de 4.3/5, soit un point supplémentaire par rapport au précédent questionnaire proposé en 2013. De plus, les patientes déjà venues pour un autre accouchement sont 7/10 à avoir remarqué un changement dans la qualité du petit déjeuner comme en témoignent les photos ci-dessous. La première photo représente le petit déjeuner avant le *lean*, et la seconde le résultat après l'expérimentation de la démarche *lean* sur le secteur.



Ce chantier a également permis de lutter contre les gaspillages à travers la mise en place d'une fiche à l'intention des patientes qui leur permet de choisir ce qu'elles souhaitent

<sup>26</sup> Questionnaire réalisé en août 2015 par la Délégation au Marketing, à l'Attractivité et aux Relations aux Usagers du CHRU.

pour le petit déjeuner; le gaspillage de nourriture est donc moindre et les patientes sont plus satisfaites par cette liberté de choix.

Au-delà du petit-déjeuner, le *lean* dans le service des suites de naissance a permis de décloisonner certaines pratiques et d'amener les services de soins et l'hôtellerie à travailler ensemble, chacun comprenant les contraintes de l'autre.

Sur le chantier *lean* de l'organisation des soins de jour, la planification des activités s'est améliorée grâce au management visuel notamment, comme nous l'avons évoqué précédemment dans cette étude. De plus, un important travail de réorganisation des activités de soins de jour est en cours grâce à la mise en place d'un groupe de travail dont l'intérêt collectif est d'améliorer davantage la qualité de la prise en charge des patientes.

Enfin, le chantier *lean* concernant l'organisation des secrétariats médicaux de gynécologie et d'obstétrique a permis de développer une culture du résultat au sein des secrétariats médicaux puisque la communication hebdomadaire des indicateurs d'inscriptions est aujourd'hui effective. L'augmentation du taux d'appels décrochés est importante puisqu'elle est passée de 56% à 67%.<sup>27</sup> Le développement de la culture du résultat a également permis aux équipes de s'investir davantage dans la proposition de solutions d'amélioration, notamment concernant le changement de script pour orienter les patientes. Le *lean* a mis à disposition de l'encadrement des secrétariats médicaux des outils de performance, à utiliser prudemment, l'objectif n'étant pas de surveiller les secrétaires et de dévaloriser celles dont le nombre de décrochés serait insuffisant.

Si des résultats qualitatifs et quantitatifs sont identifiés, il est important de rappeler que le *lean* à l'hôpital est une démarche nouvelle dont l'application est relativement récente et dont les bénéfices à moyen terme seront à évaluer au regard de la capacité à maintenir les innovations.

### **3.1.2 Les limites du *lean* à l'hôpital : une attention particulière portée à la méthodologie**

Le CHRU de Lille a choisi d'implanter le *lean* management via l'installation de différents chantiers *lean*. Cette approche par « secteur » *lean* est principalement justifiée par la taille de l'établissement qui ne permet pas une application immédiate de la démarche sur la

---

<sup>27</sup> Evolution mesurée entre fin 2014 et juin 2015.

totalité de l'établissement. Cette approche par secteur, si elle paraît justifiée pendant la période d'expérimentation, présente cependant quelques limites.

Les spécialistes de l'implantation du *lean* management à l'hôpital, dont fait partie Patrick De Coster, Directeur du CHU de Dinant Godinne, hôpital qui emploie le *lean* management depuis près de six ans, s'accordent à dire que le *lean* doit être un « *changement total de culture* »<sup>28</sup>. Le risque d'une approche par secteur serait alors que le changement ne soit pas total et que l'évolution des pratiques promue par le *lean* ne puisse être diffusée dans la totalité de l'établissement.

Patrick De Coster explique que la taille de l'établissement ne doit pas être un obstacle à la diffusion de ce changement de pratique. Il interpelle sur le danger de la « *mode lean* » comme cela a pu exister aux Etats-Unis et qui conduit souvent à un échec de la démarche et ainsi à une forme de scepticisme des professionnels hospitaliers sur les nouvelles méthodes de management. Il m'a également exposé au cours d'un entretien qu'il s'était attaché à recruter un Directeur des Ressources Humaines prêt à s'engager dans le *lean* management et à suivre une démarche mise en place depuis six ans au sein de l'établissement. Patrick De Coster parle ainsi de « *contamination positive* »<sup>29</sup> encourageant, à chaque entretien de recrutement, que le *lean* fasse partie des critères de sélection. La méthode *lean* du CHU de Dinant Godinne a consisté à poursuivre ses activités mais avec une méthode totalement différente qu'est le *lean* management.

L'approche du CHRU de Lille se base d'abord sur un temps d'expérimentation et d'ajustement avant un déploiement plus généralisé, cependant le risque est de voir la dynamique s'essouffler dans l'établissement, notamment à cause de la disparité du niveau de formation *lean* d'un service, voire d'une direction à l'autre. L'un des objectifs du *lean* étant de faire de chaque membre du personnel un « *résolveur de problème* », l'évolution globale des pratiques managériales dans la totalité de l'établissement est donc un facteur essentiel de réussite.

Nous pourrions ici suggérer que la totalité de l'équipe de direction du CHRU de Lille soit formée au *lean* management et aux outils afin que soit diffusée plus largement et équitablement la méthode au sein de l'établissement. De la même manière, à l'image d'autres établissements, des séminaires de direction pourraient être organisés sur la thématique du *lean* pour permettre un échange et des partages d'expérience entre directions sur les outils employés, les succès et échecs de la démarche *lean* sur les différents secteurs. En effet, et ce malgré la communication interne sur la démarche,

---

<sup>28</sup> Propos recueillis lors d'un entretien téléphonique avec Patrick De Coster.

<sup>29</sup> *Ibid.*

seuls le DRP, le pôle Femme-Mère-Nouveau-Né et la DAP sont concernés aujourd'hui par le *lean* management, ce n'est donc pas la majorité du CHRU et de nombreux professionnels ignorent encore ce qu'est le *lean*.

La structure de ce séminaire de direction pourrait être organisée pour répondre aux interrogations suivantes :

- Quelle est la vision de l'équipe de direction de l'établissement après un déploiement global du *lean* management ? ;
- Quelles valeurs l'équipe de direction veut-elle diffuser au sein de l'établissement ? ;
- Quels sont les objectifs prioritaires ? ;
- Quelle structure adopter ? ;
- Quel plan de formation faut-il prévoir ? ;
- Comment communiquer ? ;
- Comment coordonner les chantiers d'amélioration continue en place (certification HAS, certification des comptes, démarche qualité) avec le *lean* management ? <sup>30</sup>

Ces échanges et partages d'expériences peuvent également être réalisés avec d'autres établissements, à l'image du CH de Beauvais qui a organisé un séminaire sur le *lean* et a invité tous les établissements de santé de France pour échanger sur la mise en place du *lean* à l'hôpital. Ainsi, dans le cadre d'un Comité de Performance, j'ai suggéré que la thématique du prochain séminaire organisé par le CHRU et à destination d'établissements extérieurs soit le *lean* management à l'hôpital.

La superposition des chantiers d'amélioration continue à l'hôpital aujourd'hui constitue une opportunité de perfectionner la qualité des soins et la prise en charge des patients, elle permet également de certifier la gestion budgétaire de l'établissement et en cela, concourt à son efficacité et à sa performance. Cependant, la multiplication de ces démarches brouille l'environnement hospitalier et génère un certain nombre de contraintes qu'il est parfois difficile pour les professionnels hospitaliers d'accepter. Anticiper les limites du *lean* en milieu hospitalier c'est alors pouvoir expliquer la place du *lean* management au milieu de la certification HAS, de la certification des comptes et de toutes les autres démarches institutionnelles d'amélioration de l'efficacité (programme d'actions Horizon 2020, base d'Angers...). Le *lean* management peut ainsi être présenté comme un support non contraignant d'amélioration continue, fournissant des outils

---

<sup>30</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 134.

simples d'utilisation et accessibles par tous dans le but de mettre en place un référentiel partagé et des axes d'améliorations qui résultent d'un travail en équipe.

### 3.1.3 Partout, le *lean* ?

L'implantation du *lean* management ne peut être la solution à tous les problèmes de l'hôpital. Il doit se concentrer sur des processus identifiables dont les dysfonctionnements et leurs causes sont partagés par tous mais doit également être attentif aux obligations qui incombent aux hôpitaux et à leurs particularités. Le danger est que les standards véhiculés par le *lean* management puissent contrevenir à certaines de ces caractéristiques spécifiques de l'hôpital, notamment concernant les conditions de travail du personnel hospitalier et la prise en charge des patients.

En effet, plusieurs analyses se sont attachées à mesurer les résultats obtenus par le *lean*. C'est notamment le cas de l'analyse d'Holden en 2011<sup>31</sup> qui a évalué les résultats du *lean* dans les services d'urgences. Ces résultats, éminemment positifs, démontrent une amélioration globale dans la prise en charge des patients (augmentation du nombre de consultations, diminution du temps d'attente, meilleure satisfaction des patients). Ces résultats sont cependant à nuancer car ils ne concernent que les services d'urgence, dont le fonctionnement n'est pas toujours représentatif de celui des autres services mais également parce que ces analyses se concentrent sur l'amélioration de la prise en charge du patient mais pas sur l'amélioration des conditions de travail du personnel hospitalier.

Le *lean* est une méthodologie dont l'application stricte à l'hôpital peut être dangereuse car elle peut conduire à une rationalisation des activités qui ne peut être appliquée strictement à l'hôpital, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de cette étude. C'est pourquoi, les établissements de santé, et donc le CHRU doivent alors être attentifs à ne pas s'éloigner des objectifs d'amélioration de la prise en charge des patients et des conditions de travail du personnel. Patrick De Coster, Directeur du CHU de Dinant Godinne, avoue lui-même l'erreur faite par son établissement d'avoir initialement centré son approche uniquement sur le *lean process*, ou *lean* des processus, et non sur le développement des compétences et l'implication des cadres. Leurs actions étaient davantage centrées sur l'amélioration de l'organisation et non sur le patient.

Les établissements traditionnellement davantage centrés sur les soins que sur leur destinataire ont d'ores et déjà entamé un virage important en remplaçant le patient au cœur

---

<sup>31</sup> HOLDEN R.J. « *Lean* thinking in Emergency Departments: A critical review », *Annals of Emergency Medicine*, 57 (3), 2011, pp 265-278.

de la prise en charge : chirurgie ambulatoire, parcours et filières de soins, etc. Le *lean* participe à cette évolution des pratiques à laquelle les établissements doivent rester attentifs pour garantir la qualité de la prise en charge du patient et des conditions de travail du personnel.

### **3.2 L'animation du déploiement de la démarche *lean* au DRP en tant que chef de projet**

L'expérimentation du CHRU de Lille a permis de tirer les enseignements concernant notamment la méthodologie du déploiement de la démarche *lean* que j'ai animé en tant que chef de projet au sein du DRP à travers la proposition d'une équipe *lean* (3.2.1) et l'extension à de nouveaux secteurs (3.2.2)

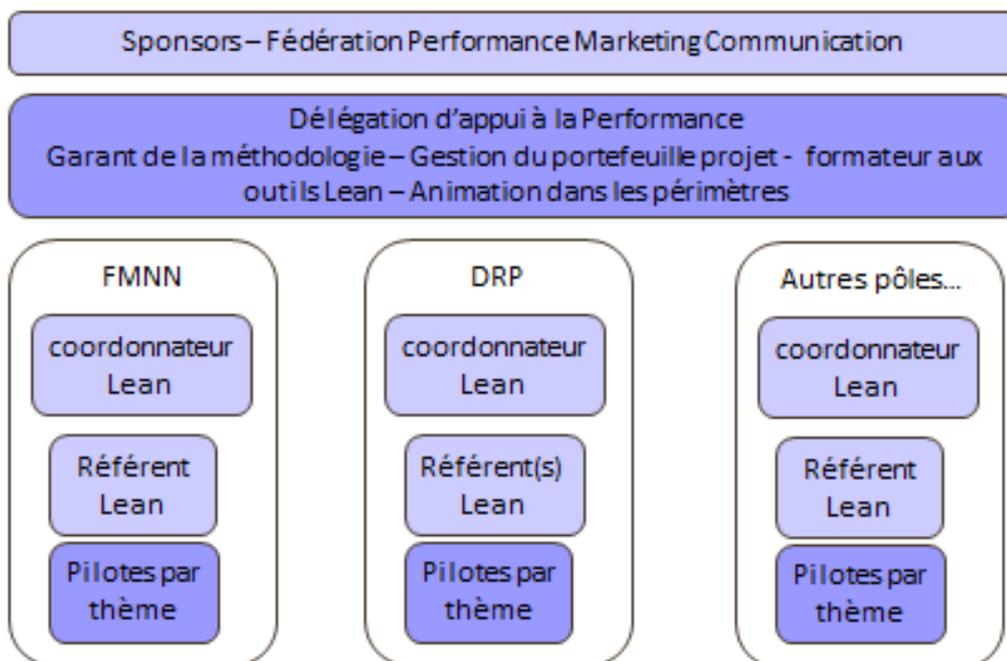
#### **3.2.1 La mise en place d'une équipe *lean* au sein du DRP**

La phase de déploiement est une phase dite « critique » de la démarche *lean* puisqu'une fois la phase d'accompagnement et d'expérimentation achevée, le *lean* management doit trouver sa place au milieu des nombreux projets hospitaliers et maintenir la dynamique connue lors de son expérimentation.

Pour les raisons précédemment citées, la structuration claire et partagée par tous du déploiement est un facteur essentiel de la réussite et de la pérennisation du *lean*.

La structuration de la gouvernance *lean* au sein du CHRU a été présentée comme l'indique le schéma ci-après.

# Structuration globale CHRU



- *Coordonnateurs et référent Lean* : garant de la mobilisation interne, coordonne et suit le portefeuille des projets, co anime les ateliers
- *Pilote* : animation des ateliers, suit les indicateurs et les plans d'action

Au cours de mon stage long, la structuration et le pilotage du déploiement de la démarche *lean* au sein du DRP m'ont été confiés en tant que chef de projet. Comme précisé au cours de la seconde partie, l'animation de la démarche est un élément essentiel de son succès, c'est pourquoi je me suis attachée à redéfinir le rôle de chacun afin de constituer une « équipe *lean* » au DRP, garante de son déploiement.

A l'image de certaines entreprises (notamment Renault Maroc) qui disposent de service *lean* identifié, la constitution d'une équipe *lean* au sein du DRP permet l'identification des personnes « clefs » œuvrant pour sa mise en place et son déploiement, et rappelle à chacun son rôle.

J'ai structuré l'équipe *lean* DRP de la manière suivante :

- **Le coordonnateur *lean*** : Il coordonne le portefeuille *lean* du DRP, il est le garant de la mobilisation interne autour de la démarche. Il est également le relais entre la DAP et les secteurs *lean* du DRP. Il a également un rôle de communication interne plus particulièrement à travers la présentation de l'état d'avancement de la démarche en réunion de direction du DRP et dans les instances concernées.

J'ai proposé que la Directrice adjointe du Département des Ressources Physiques soit identifiée coordonnatrice *lean* du DRP.

- **Le référent *lean*** : Il est formé à la méthode *lean* par la DAP. Il peut aider les pilotes (dont le rôle est décrit ci-après) dans l'animation des ateliers et peut former aux outils. Il assure le suivi des points hebdomadaires ainsi que le suivi des secteurs *lean* dans les COPIL.

J'ai ainsi identifié trois référents *lean* au DRP : le Directeur des Approvisionnements, de la Logistique et de la Fonction Linge, l'adjoint au Directeur des achats, le Directeur technique adjoint à la Direction des Travaux, de la Maintenance, des Equipements et de l'Exploitation.

- **Le pilote *lean*** : Formé aux outils *lean*, le pilote anime le suivi du plan d'action sur le secteur concerné. Il prépare et anime les réunions hebdomadaires et présente les avancées du chantier au référent *lean*.

J'ai identifié en tant que pilotes *lean* les responsables de groupes sur le chantier maintenance, le responsable des approvisionnements sur le chantier approvisionnement, les responsables blanchisserie et la responsable de la distribution sur le chantier blanchisserie ;

En collaboration avec la Directrice de la DAP, nous avons rappelé, dans le cadre de la conduite de projet du déploiement de la démarche, que l'équipe *lean* DRP s'appuie sur la Délégation d'Appui à la Performance qui intervient en tant qu'appui méthodologique et qui gère le portefeuille de projets *lean* pour la totalité de l'établissement. La DAP peut former aux outils *Lean* et constitue un soutien dans l'animation de groupe si des difficultés sont rencontrées. Elle contribue à l'organisation et l'animation des COPIL. Elle assure également le *reporting* auprès de la Direction Générale de l'établissement et devant les instances du CHRU.

Le comité de pilotage *lean* DRP assure le suivi des chantiers *lean* et permet d'échanger sur les avancées ainsi que sur les points bloquants. Je me suis attachée à définir sa composition pour l'avenir : DAP, Direction du DRP, coordonnateur et référents *lean*, pilotes, représentant qualité et gestion des risques, équipes opérationnelles selon l'ordre du jour.

Lors d'une rencontre concernant la structuration du déploiement du *lean* en présence de la direction du DRP et de la DAP, nous avons fixé le calendrier suivant pour les mois à venir :

- Arbitrage des nouveaux chantiers *lean* au cours de l'été ;
- Organisation de COPIL toutes les six semaines ;
- *Reporting* régulier aux instances : CHSCT, Collège des chefs de pôles, Bureau de Performance, bilan annuel CME, etc ;
- 1<sup>er</sup> bilan du déploiement lors du dernier COPIL en 2015.

### **3.2.2 L'extension à de nouveaux secteurs**

Une fois le calendrier défini, mon attention s'est portée sur la définition du prochain chantier *lean* DRP. Tout d'abord, j'ai proposé qu'au-delà de la poursuite des actions engagées, le *lean* management s'étende au sein des mêmes secteurs.

Concernant le chantier maintenance, l'objectif est de pérenniser le travail réalisé, de poursuivre les actions en cours et de s'assurer qu'il n'y ait plus de points bloquants, particulièrement d'ordre budgétaire. Etant donné les résultats positifs, j'ai suggéré que l'implantation du *lean* management soit étendue à deux autres groupes de maintenance. J'ai souligné le fait qu'étendre ne voulait pas dire dupliquer et que chaque groupe avait ses spécificités. Ainsi, la méthode *lean* sur le groupe A ne peut être identique à celle pratiquée sur le groupe B, la réalisation de la VSM actuelle permettra notamment de visualiser les différences et d'adapter le plan d'actions.

Concernant le chantier achats/approvisionnements, j'ai, de la même manière, proposé de poursuivre le travail sur la méthodologie de référencement et l'épuration du catalogue ainsi que l'amélioration du traitement des réclamations. De plus, j'ai suggéré d'étendre ce travail aux produits de la famille blanchisserie, puisque nous avons identifié au cours de réunions de travail un certain nombre de points d'amélioration sur cette famille de produits.

Constatant le succès de la méthodologie sur ces secteurs et après avoir proposé leur extension au sein des mêmes périmètres, j'ai suggéré le démarrage d'un nouveau chantier *lean* sur la blanchisserie et notamment sur la préparation des commandes à distribuer aux services. Cette proposition est l'aboutissement de rencontres des différents directeurs techniques du DRP dont l'objet était de recenser les thématiques qui pourraient

être améliorées par le *lean* management. J'ai proposé le secteur de la distribution en blanchisserie car j'ai constaté que l'encadrement était en demande d'outils pour accompagner une évolution des pratiques nécessaire dans un contexte de préparation à la vente de prestations à des clients externes impliquant une hausse de la production et le respect d'engagements qualité vis-à-vis des clients.

L'objectif de ce chantier *lean* est d'améliorer les flux et l'espace, et notamment la préparation de commandes réalisées à l'intention des services de soins. Le référent pour ce nouveau chantier est le Directeur des Approvisionnements, de la Logistique et de la Fonction Linge et les deux pilotes sont le responsable de la blanchisserie et le responsable du secteur de la distribution. J'ai rappelé l'importance de l'accompagnement de la DAP tout au long du processus car les pilotes n'ont pas de connaissance de la démarche.

A ce jour, le chantier *lean* en blanchisserie est dans sa phase de définition. J'assiste la DAP dans la réalisation des entretiens avec tous les acteurs du processus de préparation des commandes. De plus, j'organise des visites de terrain pour analyser les flux et comprendre les interfaces. Enfin, suite aux entretiens, je programme avec le concours de la DAP des rencontres avec toutes les structures qui sont en interface avec le service de la distribution dans le but de comprendre l'intégralité du processus, notamment avec la DCHR et le service des transports. J'ai suggéré que plusieurs groupes de travail soient mis en place selon les thématiques (dotations de linge, transport/livraison, organisation des lingeries de site, etc.). Il faut cependant être attentif au sein de ces groupes de travail à garder une vision transversale de l'activité et à ne pas cloisonner les différentes thématiques. La conception partagée de la VSM cible permet d'éviter cet écueil puisqu'elle rappelle la totalité des phases et interfaces du processus. Les VSM actuelle et cible sont programmées au cours du mois d'octobre et le lancement du plan d'action au mois de novembre.

### **3.3 La promotion du développement des compétences est un axe indispensable du *lean* management**

Nous l'avons dit, le *lean* à l'hôpital repose sur une évolution des pratiques managériales des professionnels d'un établissement de santé. Cette évolution doit notamment se traduire par l'implication de la Direction des Ressources Humaines, garante du développement des compétences au sein de l'hôpital (3.3.1), notamment à travers la formation des professionnels (3.3.2).

### 3.3.1 Le développement des talents

Le rôle de la Direction des Ressources Humaines est essentiel dans la mise en place du *lean* management car le développement des compétences est au cœur de la réussite de cette démarche et plus particulièrement de son déploiement. Rappelons ici que Patrick De Coster avouait avoir négligé, au démarrage de son expérience *lean*, le développement des talents.<sup>32</sup>

Pour rappel, « *La compétence est l'ensemble des caractéristiques individuelles : connaissances, aptitudes, et attitudes qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide.* »<sup>33</sup>

Dans les établissements de santé, plus encore qu'ailleurs, les compétences humaines, patrimoine social de l'hôpital, ont une place prépondérante, notamment dans la prise en charge des patients et dans l'interface avec les clients internes. Le développement des compétences permet de faire de chacun « *un résolveur de problème* » et doit être pensé en parallèle de l'implantation du *lean*, et non comme une étape postérieure à la démarche. Nous l'avons vu, le *lean* implique une évolution des pratiques, mais pour cela, les professionnels de santé doivent être formés à l'identification des gaspillages et dysfonctionnements et donc aux outils *lean*.

La résistance au changement est un élément à ne pas négliger lors de l'implantation du *lean* management. Le CHRU de Lille en a lui-même fait l'expérience, lors de la présentation de la démarche devant les instances de l'établissement, mais également au sein même des ateliers dans les services.

Les freins au changement peuvent être nombreux : opposition politique, nous entendons souvent que « *le lean est une méthode industrielle inapplicable à l'hôpital sans détérioration de la qualité des soins et des conditions de travail* », opposition face à l'emploi d'une technique nouvelle, peur de voir la relation de soin se déshumaniser, peur de perdre du « pouvoir », et opposition personnelle (incidence négative du *lean* sur un proche).<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Propos recueillis lors d'un entretien téléphonique avec Patrick De Coster.

<sup>33</sup> FERMON B. et GRANDJEAN P., Performance et innovation dans les établissements de santé, éd. DUNOD 2015, pp 106.

<sup>34</sup> MARVANNE P., Le *lean* à l'hôpital, Les études hospitalières, 2014, pp 126.

Cette résistance au changement est notamment présente au sein des organisations syndicales, comme évoqué au cours de la première partie de cette étude. Il pourrait donc leur être proposé de participer à une formation *lean*, dans le but de leur présenter la méthode et les outils. En effet, la pédagogie est un facteur fondamental de la réussite du *lean* puisqu'il conditionne l'adhésion des équipes. Au CHRU de Lille, la présentation de l'état d'avancement des chantiers dans les différents CHSCT de l'établissement permet également de rassurer les mandatés.

En émanant des professionnels de santé eux-mêmes, les plans d'action ont davantage de chance de rencontrer le succès escompté et le *lean* de s'installer durablement. Comme le précise Patrice Marvanne, consultant en management et organisation, en charge de nombreuses formations d'établissements de santé au *lean* management, développer les compétences c'est apprendre à ne pas répondre à l'interpellation « *j'ai un problème* » par « *je m'en charge* » mais plutôt par « *réfléchissons-y ensemble* »<sup>35</sup>. Il faut donc valoriser les équipes et leur fournir le moyen de pouvoir devenir eux-aussi, des résolveurs de problèmes.

### 3.3.2 La formation

« *Vous pensez que la formation coûte cher ? Essayez l'ignorance !* », cette citation d'Abraham Lincoln nous rappelle que la formation est un investissement auquel les établissements de santé sont particulièrement attentifs et qui doit ainsi faire partie de la boîte à outils *lean*.

Pour rappel, la formation professionnelle est un « *levier de la promotion sociale et professionnelle – comme un investissement et non une charge pour les entreprises car les compétences et les qualifications des salariés sont des facteurs de compétitivité* »<sup>36</sup>.

L'hôpital a pris la mesure de l'importance de la formation et du levier fondamental qu'elle constitue notamment depuis la mise en place de la Formation Tout au Long de La vie en 2007 mais également à travers la loi Hôpital Patients Santé et Territoire<sup>37</sup> qui a fait émerger le Développement Professionnel Continu (DPC) dont les objectifs sont « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances,*

---

<sup>35</sup> MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, pp 117.

<sup>36</sup> Loi n°2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

<sup>37</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

*l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».*<sup>38</sup>

L'hôpital doit donc s'appuyer sur ces dispositifs de formation existants pour accompagner vers le changement. En effet, le *lean* requiert des compétences en matière de détection de dysfonctionnements et de gaspillages, de gestion de projet, de communication mais également d'analyse d'indicateurs qui doivent être développées et consolidées dans le cadre de la formation continue.

La méthodologie de déploiement de la démarche *lean* au sein du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né s'est attachée à former plusieurs référents *lean*. Une première formation a été réalisée, sur la base du volontariat par le cabinet accompagnant le pôle. A ce jour, un projet de formation *lean* est en cours d'élaboration entre la DAP et le DRH. L'objectif est de proposer une formation interne, dispensée par la DAP, avec la possibilité d'approfondir les connaissances sur une formation externe. La prise en compte de cet élément essentiel qu'est le développement de tous les talents de l'hôpital est un facteur permettant de distinguer un établissement qui suivrait la méthodologie *lean* par effet de « mode » d'un établissement dont l'objectif serait de se transformer progressivement.

Le décryptage du modèle Toyota permet ici de poser les bases de la transmission de compétences au sein d'un établissement et dont le CHRU pourra s'inspirer lors de la définition de sa formation. En effet, la transmission des compétences doit répondre aux questions suivantes :

- Préparer la structure (besoins organisationnels, plan de formation, sélection des formations) ;
- Identifier les connaissances fondamentales ;
- Transmettre les connaissances ;
- Vérifier l'apprentissage et la performance.

De même, la formation fait partie d'une boîte à outils plus globale encore, qui peut également se composer de guides méthodologiques (partage des bonnes pratiques, standards, outils et méthodes...), ou encore de la définition d'un processus de labellisation *lean* qui pourrait encourager et valoriser le travail des équipes.

L'évaluation des compétences est également un élément essentiel du développement des professionnels de santé. Ces compétences étant diverses, elles doivent faire l'objet d'évaluation afin de mesurer le besoin d'accompagnement d'un professionnel

---

<sup>38</sup> Article L 4133-1 du code de la santé publique

éventuellement en difficulté et elles doivent ainsi s'inscrire dans la démarche plus globale d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de développement professionnel continu (DPC), présents à l'hôpital.

## Conclusion

Les notions de performance et d'efficacité sont aujourd'hui inhérentes au fonctionnement des établissements de santé. Dans un contexte budgétaire et un environnement concurrentiel toujours plus contraints, les hôpitaux sont de plus en plus nombreux à s'inspirer de méthodes nouvelles pour l'hôpital, principalement issues du secteur privé, pour faire évoluer leurs pratiques de management.

Ce décloisonnement des pratiques agrmente le management hospitalier, participant ainsi à la pérennisation de notre système de santé public.

Le *lean* management enrichit à ce titre la culture hospitalière. Il ne doit cependant pas s'exercer aux dépens des obligations qui incombent à nos établissements de santé. Le *lean* hospitalier ne peut être le *lean* de Toyota et doit respecter les spécificités de l'environnement hospitalier : permanence des soins, établissement de recours, impératifs réglementaires de sécurité, personnel dont la charge psychologique est lourde, etc.

Le *lean* management n'est pas une méthode miracle et doit faire l'objet d'un important travail de pédagogie, de définition et d'évaluation pour parvenir à atteindre les objectifs qu'il s'est fixé. Il doit être l'opportunité pour les établissements de santé de bousculer leurs habitudes, par la pratique régulière du terrain et du management participatif, axé sur le développement des compétences de chacun.

Enfin, le *lean* management apporte avant tout, par son origine, un regard nouveau au sein des établissements hospitaliers. Il a été salué par tous les professionnels médicaux et non médicaux rencontrés dans le cadre de la réalisation de cette étude qui, d'abord contraints de s'interroger sur leurs propres pratiques, ont pu participer ensuite collectivement à la mise en œuvre de chantiers d'amélioration continue composés d'actions dont ils ont eux-mêmes été instigateurs.

En tant que future Directrice d'hôpital, l'analyse du *lean* management m'a permis de mesurer la nécessité d'accompagner les professionnels de santé vers l'évolution des pratiques induite par les impératifs de performance et d'efficacité. La pédagogie et la valorisation du travail des équipes à travers la mise à disposition d'outils simples tels que la VSM ou encore le management visuel sont des facteurs fondamentaux de réussite sur lesquels le Directeur d'hôpital peut s'appuyer pour impulser une dynamique et conduire le changement.

Cette valorisation des compétences des professionnels hospitaliers en tant que « résolveurs de problèmes » chasse donc le gaspillage ultime identifié par la méthode *lean* « la perte du potentiel humain » et participe ainsi à la préservation et au développement du patrimoine social de l'hôpital, dont le Directeur d'hôpital se doit d'être le garant.

---

# Bibliographie

---

## Références juridiques

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Loi n°2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale ;

Article L-4133-1 du code de la santé publique.

## Ouvrages

WOMACK JP. & Jones D., *The machine that changed the world*, Freepress, 1990, 352p;

OVRETVEIR J., STAINES A., *L'amélioration de la valeur dans les services de santé*, Springer 2011, 183p ;

HOHMANN C., *Lean management*, Eyrolles, 2012, 243p;

BALLE M. & BEAUVALLET G., *Le management lean*, Editions Pearson, 2013, 192p;

MARVANNE P., *Le lean à l'hôpital*, Les études hospitalières, 2014, 196p;

FERMON B. et GRANDJEAN P., *Performance et innovation dans les établissements de santé*, éd. DUNOD 2015, 456p.

## Rapports

ENA, Promotion Aristide Briand, groupe n°15, *L'efficience et la performance hospitalière*, février 2008.

## Revue et articles de presse

HOLDEN R.J. « *Lean thinking in Emergency Departments: A critical review* », *Annals of Emergency Medicine*, 57 (3), 2011, pp 265-278.

RADNOR Z., « *Lean in healthcare: the unfilled promise?* », *Social Science & Medicine*, 74 (3), 2012;

Mediapart, « *CHU de Toulouse, la direction plébiscite le lean manufacturing* », 8 mars 2013 ;

PHANEUF M., « *L'approche lean : entre louanges et questionnements* », *Prendre soin*, novembre 2013 ;

NOBRE T., « *Gestion des hôpitaux : n'ayons plus peur du management !* », *Le Monde*, 05 mai 2014.

## Mémoires EHESP

MARGAIN, P., *Engager une démarche lean à l'hôpital - un cas pratique : le transport externe des patients*, décembre 2014.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Liste des personnes interrogées

Annexe II : Charte-projet du *lean* management du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né

Annexe III : Exemple d'un tableau de bord de suivi d'un chantier *lean*

# ANNEXE I

## Liste des personnes interrogées

- Directeur Général du CHU de Dinant Godinne ;
- Chef du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né ;
- Cadre sage-femme supérieure du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né ;
- Secrétaire médicale en gynécologie ;
- Directrice du Département des Ressources Physiques ;
- Directrice adjointe du Département des Ressources Physiques ;
- Déléguée d'Appui à la Performance ;
- Référents *lean* de la DAP ;
- Directeur de l'Approvisionnement, de la Logistique et de la Fonction Linge ;
- Responsable des approvisionnements ;
- Responsable de la blanchisserie ;
- Responsable de la distribution en blanchisserie ;
- Coordinateur de groupe de maintenance ;
- Responsable de maintenance.

## ANNEXE II

### Charte projet au démarrage du chantier *lean* « Organisation des soins de jour » du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né

Exigences critiques de la patiente	Enoncé de l'opportunité
<p>Temps d'attente global perçu cohérent par rapport au contenu de la prise en charge</p> <p>- Optimisation du temps associé à chacune des étapes du parcours de la patiente : convocation – orientation – prise en charge administrative – prise en charge P1 – P2 – P3 – P4 – conclusion de la prise en charge et autorisation de sortie</p> <p>Besoin de réception de l'ensemble des prélèvements avant 12h par le laboratoire génétique</p>	<p>Déployer une démarche d'amélioration continue sur le processus de prise en charge des patientes en hôpital de jour et soins externes</p>
Indicateurs de mesure de la performance	Périmètre
<p><b>Objectifs :</b></p> <p>Fluidifier le parcours de la patiente dans les soins de jour et limiter ses temps d'attente</p> <p>Optimiser l'organisation de chacune des étapes du parcours de la patiente en améliorant la coordination entre les acteurs</p> <p><b>Indicateurs hebdomadaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Délai global de prise en charge de la patiente</li><li>• Taux de satisfaction de la patiente</li><li>• Heure d'arrivée du dernier prélèvement</li></ul>	<p>Les soins de jour regroupent plusieurs activités (6 au total) de types variés (activités programmées, non programmées...). Ils sont réalisés sur des lieux distincts par une même équipe, et sont souvent dépendants d'autres équipes de soins. Plusieurs dysfonctionnements liés à l'organisation de ces activités apparaissent (gestion des rendez-vous non informatisée, temps d'attente important des patientes, aménagement des locaux peu efficace...) et sont sources d'insatisfaction de la part des patientes, qui sont mal orientées, mais également de la part des médecins et des personnels.</p> <p>Périmètre d'étude : hôpital de jour et soins externes</p>
Plan d'action à définir	Equipe projet à définir

## ANNEXE III

Tableau de bord du chantier *lean* « Accueil téléphonique des secrétariats médicaux gynécologie et obstétrique » du pôle Femme-Mère-Nouveau-Né

Projet 2. accueil téléphonique aux secrétariats médicaux gynécologie et obstétrique															
<b>Faits marquants du mois</b>			<b>Risques / points de vigilance</b>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation commune des indicateurs aux équipes des 2 cliniques (septembre)</li> <li>Avancée charte graphique (projet d'un modèle unique de convocation avec création d'un mémo des n°utiles)</li> <li>Baisse des ERDV en gynéco : reflet d'un meilleur taux de prise d'appels</li> <li>Meilleure fluidité d'appels en gynéco</li> <li>Avancée dans la modification du message répondeur (validation équipe en cours puis pilote du projet) en Obstétrique</li> <li>Proposition de levée du message en cas de ligne dispo avec rédaction d'un nouveau message</li> </ul>			<table border="1"> <thead> <tr> <th>N°</th> <th>Nature du risque</th> <th>Criticité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Gestion des chiffres et présentation aux équipes</td> <td>++++</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>En l'absence d'indicateurs -&gt; pas d'action -&gt; des chiffres qui stagnent</td> <td>++</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Ressenti d'un manque de soutien du chef de service dans la démarche pour la gynécologie</td> <td>++++</td> </tr> </tbody> </table>	N°	Nature du risque	Criticité	1.	Gestion des chiffres et présentation aux équipes	++++	2.	En l'absence d'indicateurs -> pas d'action -> des chiffres qui stagnent	++	3.	Ressenti d'un manque de soutien du chef de service dans la démarche pour la gynécologie	++++
N°	Nature du risque	Criticité													
1.	Gestion des chiffres et présentation aux équipes	++++													
2.	En l'absence d'indicateurs -> pas d'action -> des chiffres qui stagnent	++													
3.	Ressenti d'un manque de soutien du chef de service dans la démarche pour la gynécologie	++++													
<b>Suivi des chantiers en cours</b>			<b>Gains</b>												
<b>Chantiers</b>	<b>Situation</b>	<b>Remarques</b>	<b>Description du gain</b>												
			<b>Criticité</b>												
1. Ajuster les RH à la charge d'appel		En cours	Mise en place d'une cible (appels) et appropriation des termes d'efficience – imprégnation de la culture du chiffre												
2. Faciliter la prise de rdv		SILLAGE WEB avec possibilité d'intégrer les ERDV	Prise de conscience d'un bénéfice apportée à la patiente												
3. Réviser les chartes graphiques liées à la communication des n° de téléphone de la maternité		En cours	Augmentation du taux de prise d'appels												
4. Améliorer l'utilisation de l'outil de gestion des rendez vous (Sillage)		SILLAGE WEB : point fait sur nouvelles fonctionnalités et lancement d'une semaine test en obstétrique													
5. Disposer d'outils de travail plus performants															
6. Désaturer les agendas médicaux		Thèse démarrée													
7. Fidéliser les patientes en Obstétrique		Consultation orientation scindée en 2													
8. Fidéliser les patientes en Gynécologie / Orthogénie															
			<b>Difficultés à traiter au niveau du pôle</b>												
			- SILLAGE ++++++												

BEYS

Faustine

Décembre 2015

## DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2014-2016

### **Adapter une méthode de management issue de l'industrie au milieu hospitalier : l'implantation du *lean* management au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sans objet

#### **Résumé :**

Ce mémoire, à travers l'étude de l'implantation du *lean* management au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille, interroge la pertinence du développement d'une démarche, issue de l'industrie, au milieu hospitalier au sein duquel la recherche de la qualité et de la performance est intégrée depuis plusieurs années sous l'impulsion d'institutions telles que la HAS ou l'ANAP.

Cette étude démontre que le *lean* management, parce qu'il est avant tout une méthode participative d'amélioration continue, enrichit la culture hospitalière à travers la mise à disposition d'outils simples et la valorisation du travail en équipe. Elle constitue néanmoins un défi managérial en introduisant un changement de paradigme, tourné vers la lutte contre les gaspillages et la recherche de valeur ajoutée.

Cette étude conclut à la nécessité d'être attentif à la méthodologie employée, le *lean* ne devant pas s'exercer aux dépens des obligations qui incombent aux établissements de santé, et doit s'attacher à garantir la qualité de la prise en charge du patient et la préservation du patrimoine social de l'établissement, à travers une attention particulière portée aux conditions de travail des professionnels de santé et au développement de leurs compétences.

#### **Mots clés :**

*Lean*- performance- efficience-management- industrie- innovation- Lille

*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.*