
Directeur des soins

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Le management par la qualité du directeur
des soins : Et pourquoi pas le lean ?**

Benoît LETENNEUR

Remerciements

En premier lieu, mes remerciements s'adressent aux personnes qui m'ont aidé dans mon cheminement en me partageant leur expérience. Je pense à Monsieur Denis COCARD et à Monsieur Guillaume VOLLE, mes maîtres de stage, qui ont su se rendre disponibles et m'apporter de nombreux conseils.

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes interviewées pour leur disponibilité, leur sincérité et la pertinence de leur propos. Elles ont su me faire partager leur expérience Lean sans retenue et avec conviction.

Merci également à Monsieur Stéphane Michaud, président de l'Association Française des Directeurs des Soins pour son aide précieuse dans la diffusion des questionnaires.

Merci aux directeurs des soins qui m'ont accordé une partie de leur temps pour répondre à mon questionnaire et enrichir mon recueil de données nombreuses et riches.

Ce travail est le fruit d'un long cheminement ponctué de doutes et d'incertitudes mais il fut éclairé par les échanges avisés de mes collègues du groupe des ateliers mémoires.

Enfin, mes pensées s'adressent à ma famille, Gladys, Lison et Robin, pour leur soutien sans faille dans ce projet.

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

Taiichi Ohno, L'esprit Toyota, 1989

Sommaire

Introduction.....	1
1 Phase exploratoire.....	2
2 Le Cadre conceptuel.....	8
2.1 La qualité.....	8
2.1.1 La qualité des soins.....	9
2.1.2 La démarche qualité.....	9
2.1.3 Le management par la qualité.....	10
2.2 L'entreprise apprenante.....	11
2.2.1 Les principes.....	11
2.2.2 Les objectifs.....	11
2.2.3 Les outils.....	12
2.2.4 Les acteurs.....	13
2.3 Le lean.....	13
2.3.1 Les principes.....	15
2.3.2 Les objectifs.....	16
2.3.3 Les outils.....	16
2.3.4 Les acteurs.....	17
2.3.5 Le lean à l'hôpital.....	18
3 Méthodologie d'enquête.....	21
3.1 Des questionnaires.....	21
3.2 Des entretiens semi-directifs.....	22
4 Analyse.....	24
4.1 L'hôpital, une entreprise comme une autre?.....	24
4.1.1 Une image négative du lean.....	24
4.1.2 Des outils du lean et de l'organisation apprenante applicables.....	26
4.2 Le rôle déterminant de l'encadrement de proximité.....	27
4.2.1 Une nécessaire adhésion.....	27
4.2.2 Des difficultés rencontrées.....	28
4.2.3 Un management différent.....	29
4.3 Le lean et l'amélioration de la qualité des soins.....	30
4.3.1 Un levier pour l'amélioration de la qualité.....	31
4.3.2 Les limites d'un système détourné et difficile à pérenniser.....	34
4.3.3 Les indicateurs difficiles à trouver.....	35

5	Préconisations.....	37
5.1	Ce que veut réellement le patient : le fil rouge du directeur des soins.	37
5.1.1	D’abord écouter le patient.	37
5.1.2	Viser la performance de l’hôpital pour le patient.	38
5.1.3	Des professionnels orientés vers le patient.	39
5.2	Des approches du lean à définir selon les objectifs attendus.....	40
5.2.1	L’approche par processus.	40
5.2.2	D’une démarche individuelle à un projet institutionnel.	41
5.3	Le lean comme levier managérial du directeur des soins.	43
5.3.1	Positionner les cadres de santé au cœur du dispositif.....	43
5.3.2	Associer l’ensemble de l’équipe médicale et paramédicale.	44
5.3.3	Une démarche portée par la direction.	46
	Conclusion	49
	Bibliographie	50
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR:	Association Française de N ormalisation
ASH:	Agent des S ervices H ospitaliers
ANFH:	Association N ationale pour la F ormation permanente du personnel H ospitalier
CH:	C entre H ospitalier
CHU:	C entre H ospitalier U niversitaire
CME:	C ommission M édicale d' E tablissement
EHPAD:	E tablissement d' H ébergement pour P ersonnes A gées D épendantes
HAS:	H aute A utorité de S anté
ISO:	I nternational O rganization for S tandardization
MIT:	M assachussets I nstitute of T echnology
OMS:	O rganisation M ondiale de la S anté
PDCA:	P lan, D o, C heck, A ct
TQM:	T otal Q uality M anagement
TPS:	T oyota P roduction S ystem
URL:	U niform R esource L ocator
VSM:	V alue S tream M apping

Introduction

A travers ma lecture de la presse et des dépêches dans le champ sanitaire, j'ai constaté que le lean management est une méthode de management mise en avant, dans de nombreux établissements de santé, à travers les projets établissements. Cet intérêt pour ce nouveau management arrive en France, bien après d'autres pays étrangers, qui ont déployé cette démarche à l'échelle nationale, comme au Canada ou en Angleterre.

Le contexte économique contraint de notre système de santé réinterroge sans cesse les organisations des établissements de santé pour améliorer leur efficacité. Selon l'organisation mondiale de la santé, l'efficacité est la capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des personnes et des clients du système et à assurer un financement équitable. L'enjeu est de taille et renvoie directement aux missions du service public.

D'autre part, les avancées technologiques et médicales modifient les pratiques et font évoluer les prises en charge. Les établissements de santé doivent être en mesure d'intégrer ces changements et adapter les organisations à ces processus remodelés. A titre d'exemple, le développement de la chirurgie ambulatoire ou l'essor de la réhabilitation précoce après chirurgie modifient profondément les parcours des patients.

Le lean management, issu de l'industrie, est présenté comme une méthode qui permet d'améliorer le niveau de service rendu au client par une réingénierie des processus afin de limiter les gaspillages et promouvoir les actions à valeur ajoutée. Elle s'appuie sur le développement des compétences des professionnels et notamment dans la méthodologie de résolution de problèmes. Les promoteurs du Lean considèrent que cette démarche est transposable dans l'hôpital et permet ainsi, d'améliorer leur performance, y compris celle des organisations soignantes.

Mon questionnement de départ est le suivant :

Le lean management, est-il :

- Une opportunité et un levier pour l'amélioration de la qualité des soins ?
- Un risque et un danger dans la recherche à tout prix, de l'efficacité des organisations soignantes ?

Je constate également que la mise en œuvre et le déploiement de cette démarche dans un établissement est rarement portée par le directeur des soins. Pourtant, l'essentiel des chantiers entrepris, concerne les organisations soignantes dont il est le garant et le responsable.

Ma première question de recherche est alors :

En quoi, les compétences et le positionnement du directeur des soins sont un atout dans la mise en place d'une méthode Lean pour améliorer le service rendu au patient à l'hôpital ?

1 Phase exploratoire

A ce stade de mon questionnement, j'ai eu besoin de faire une recherche documentaire pour comprendre les fondements du Lean management et m'approprier ses outils.

« Le lean doit reposer sur ces 2 axes consubstantiels que sont la suppression des gaspillages et le développement des compétences des collaborateurs.

Le premier soutient une organisation plus rationnelle, un modèle économique de management organisationnel où l'idée est de ne produire que de la valeur ajoutée et pour cela de faire des gaspillages l'ennemi n°1...Le second axe est le développement des connaissances et compétences des collaborateurs, il devient le moteur principal du système, qui rappelons-le, a pour objectif l'amélioration continue des soins aux patients ¹».

Le premier axe repose sur une analyse des processus avec une formalisation de celui-ci par cartographie. Il s'agit d'identifier les gaspillages qui peuvent se traduire à l'hôpital par des temps d'attente, des transports inutiles, des sur stockages...Il peut être également identifié dans la sous-utilisation de compétences.

Le deuxième axe est une approche managériale qui vise à faire travailler en équipe autour d'un objectif commun. Elle facilite le décloisonnement entre professions et impose de la transversalité.

¹ MARVANNE Patrice, Le Lean à l'hôpital, améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer des talents, Décideurs santé, Les études Hospitalières, 2014.

« Le lean management au-delà de l'amélioration de l'efficacité opérationnelle doit contribuer à créer un environnement où les actions collectives dépassent les initiatives isolées ² ».

Le lean permet le développement des compétences de tous les collaborateurs et encourage l'encadrement de proximité. L'objectif est de faire évoluer les pratiques managériales pour encourager les professionnels de terrain à trouver des solutions aux problèmes rencontrés en équipe. Les outils du Lean s'appuient sur la participation et l'association de tous les acteurs.

Le lean renvoie à des questions d'éthique et de valeurs pour les professionnels de santé. On se trouve confronté à une représentation opposée selon les convictions de chacun. D'un côté, les initiateurs et les promoteurs du lean, qui défendent une démarche basée sur la valeur marchande du processus au profit du client, et d'un autre côté, des opposants qui voient dans le lean, une démarche d'optimisation à l'extrême, avec l'objectif principal de réduire les coûts. Le constat est que le lean vient bousculer les professionnels de santé qui exercent des métiers à fort esprit vocationnel.

De toute évidence, il est difficile de les mobiliser pour uniquement des enjeux économiques et financiers. Il est vrai également que la qualité est une thématique traitée à l'hôpital et évaluée périodiquement, comme par exemple, au travers des procédures d'accréditation puis de certification. Dans ce dispositif, les apports du lean dans la démarche qualité d'un établissement ne sont pas perçus comme une plus-value.

Pourtant, l'essence même du lean est d'améliorer le service rendu aux usagers et donc d'améliorer la qualité des soins. Les actions mises en œuvre sont centrées sur le patient et non, sur les organisations.

Au regard de ces objectifs, mettre en place une démarche de lean management à l'hôpital semble légitime et incontestable dans la recherche de la qualité des soins.

Mes observations lors de mon premier stage dans un centre hospitalier m'ont permis d'approfondir mon questionnement par des observations et par des échanges avec les cadres supérieurs de santé.

Sans être identifiés comme tels, les outils du lean se retrouvent dans les différentes recherches d'amélioration de la qualité des soins.

² TRILLING et al ; Retour d'expérience sur la mise en place du Lean dans un centre de radiothérapie, GISEH, 2010.

Par exemple, un cadre supérieur de pôle me dit qu'il appréciait les visites régulières du directeur général en poste précédemment, dans les unités. Il échangeait avec les professionnels et pouvait percevoir l'ambiance et les préoccupations du moment. Le *Gemba* invite les dirigeants à se déplacer dans « l'endroit où se déroule l'action ».

Le cadre d'une unité d'hospitalisation dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) m'explique que les armoires à pharmacie et les offices de soins infirmiers sont désormais rangés de façon identique et reproductible pour faciliter le travail des infirmiers, éviter les erreurs et favoriser la mobilité des professionnels. L'outil « 5S » du Lean préconise une méthode de rangement standardisée rigoureuse.

Le personnel soignant d'une unité d'hospitalisation est en difficulté devant les contraintes induites par l'organisation des médecins et des sages-femmes. La redéfinition des activités par métier et leur synchronisation, à partir des processus de prise en charge, est confiée à un groupe de travail. Le lean préconise un travail collaboratif sur les processus en ayant pour objectif de répondre aux besoins du client, c'est-à-dire, ici, du patient.

Ces observations semblent confirmer la pertinence des outils du lean pour améliorer la qualité du service rendu et pour améliorer la collaboration entre acteurs dans les organisations soignantes. « *Le lean healthcare est une approche stratégique qui permet aux hôpitaux par une démarche d'amélioration continue et l'engagement du personnel, d'améliorer la qualité des soins aux patients, en réduisant les erreurs et les délais d'attente (Grabau 2008)*³.

« *Le directeur des soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité définis dans ce cadre*⁴ ». Etant donné les missions spécifiques du directeur des soins relatives à son expertise dans le domaine du soin, je souhaite orienter ma recherche sur deux axes, qualité et collaboration entre professionnels, et m'extraire de l'aspect économique et financier. Cela ne signifie pas pour autant que le directeur des soins peut s'extraire de toute contrainte budgétaire mais ce champ dépasse les limites de mon questionnement initial.

Le lean est une méthode de management par la qualité mais elle n'est pas seule. Je choisis d'en explorer plusieurs d'entre elles pour comprendre leurs particularités.

³ CURATOLO Niccolo; Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers : application au processus de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital, Ecole Nationale supérieure d'arts et métiers, 2014.

⁴ Référentiel métier directeur des soins, site internet www.cng.santé.fr

L'entreprise apprenante.

Les apports attendus de l'organisation apprenante selon Philippe Zarifian sont :

- *le développement des compétences en prenant appui sur l'exercice réel du travail.*
- *la mise en évidence et la formalisation de règles de métier et de pratiques qui se seront révélées les meilleures.*
- *Les pratiques d'invention et d'innovation.*
- *Enfin le continuum " apprenant " à créer entre les stages de formation et les moments de l'organisation apprenante, en s'assurant de leur cohérence⁵.*

Les compétences nécessitent de mobiliser concomitamment des savoir-faire et des savoir-être.

L'organisation apprenante demande la mise en place d'un dispositif centré sur la formation qui doit proposer des méthodes variées et innovantes. En sachant, que l'exercice d'une fonction est le premier temps d'apprentissage. L'organisation apprenante favorise également l'apprentissage collectif en proposant des formations en équipe. Par ailleurs, la formalisation des méthodes et des connaissances est un outil de transmission des savoirs.

La créativité est encouragée par la valorisation des propositions et des idées et par l'autonomie laissée aux professionnels.

Avant tout, ces organisations créent des situations pour le partage et les échanges entre professionnels en rompant avec une ligne hiérarchique traditionnelle. « *L'une des méthodes les plus efficaces pour générer et partager les connaissances est de fournir du temps et des espaces aux collaborateurs pour se rencontrer et parler de leur travail⁶.* »

Le TQM (Total Quality Management).

Le management par la qualité totale repose sur une démarche d'amélioration continue qui mobilise l'ensemble des professionnels d'une entreprise qui se trouvent associés et responsables de la qualité fournie. Selon l'Agence Française de Normalisation (AFNOR), il s'agit d'un « *mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du*

⁵ Principes d'une entreprise apprenante, note réalisée pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, juin 2007.

⁶ BRILMAN Jean ; Les meilleures pratiques de management. Au cœur de la performance, Editions d'organisation, 2001, p 399

*client et à des avantages pour les membres de l'organisme et pour la société*⁷. » Trois principes se distinguent : une orientation client, un travail en équipe et une implication de la direction. Les outils utilisés sont à la fois des outils de dimension technique comme l'analyse Pareto ou les diagrammes d'Ishikawa, mais aussi de dimension managériale comme la formation continue ou le management participatif.

Concrètement, cette méthode se traduit par la constitution de groupes pluridisciplinaires de professionnels de terrain qui ont les capacités en termes d'outils et de compétences de faire de l'analyse et de faire des propositions d'amélioration de la qualité. La méthode PDCA ou roue de Deming est alors classiquement utilisée.

Les limites de cette démarche proviennent de sa complexité et de sa lourdeur qui nécessitent des ressources importantes. La constitution de groupes peut donner le sentiment d'exclusion de certains professionnels qui vont alors se désinvestir de la démarche de recherche continue de la qualité.

Les hôpitaux magnétiques.

En 1983, une étude américaine démontre que si l'ensemble des hôpitaux semblent en difficulté de recrutement et de fidélisation de son personnel infirmier, certains d'entre eux, attirent et maintiennent leur personnel. Ce sont les hôpitaux magnétiques. Un fort renouvellement du personnel infirmier est un facteur qui impacte directement la qualité des soins rendue aux patients et qui déstabilise l'organisation. Cette étude met également en avant que les critères non économiques sont aussi puissants que les éléments jouant sur la valorisation salariale. Le personnel paramédical est sensible aux conditions de travail, aux perspectives d'évolution de carrière et à la dynamique de l'établissement en termes de projets et d'innovation.

Pour ce faire, les hôpitaux magnétiques mettent en œuvre une politique qui regroupe huit conditions (l'autonomie professionnelle des infirmières, le support fourni par les appareils administratifs, une bonne collaboration entre médecins et infirmières, la valorisation professionnelle et le leadership infirmier, des relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un focus client et l'importance de la qualité). Elle crée des conditions de travail qui entraîne de la satisfaction du personnel et donc le fidélise. « *Le lien entre satisfaction /insatisfaction au travail et rétention/roulement du personnel est connu dans l'ensemble des milieux de travail. Dans le milieu hospitalier, il est indéniable.*⁸ »

⁷ Site internet : www.boutique.afnor.org

⁸ BRUNELLE Y et al ; Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, pratiques et organisation des soins, volume 40, n°1 janvier-mars 2009.

L'enjeu des hôpitaux magnétiques est de définir la meilleure organisation de travail pour le personnel tout en garantissant son orientation vers l'optimisation de la qualité des soins et la satisfaction du patient. « *La qualité constitue le point central de tous les schémas de magnétisme hospitalier. Il s'agit de placer le patient au centre des préoccupations.*⁹ »

Concrètement, le management basé sur une hiérarchie verticale devient plus horizontal et favorise la collaboration entre pairs et l'interdisciplinarité entre personnel médical et paramédical. Cela se traduit par une autonomie plus importante du personnel dans la gestion et l'organisation de l'unité et renvoie la prise de décision au plus près du patient. Au travers de cette autonomie, la qualité des prises en charge se trouve améliorée par la responsabilisation de chaque acteur et par un nécessaire système d'autoévaluation entre pairs.

Un des leviers essentiels de ces hôpitaux est l'implication et la collaboration de l'ensemble du personnel à la prise de décision. Cette valorisation des compétences est source de satisfaction des individus.

Enfin, la formation et le développement professionnel continu constitue le dernier axe d'attractivité et de fidélisation du personnel. Il permet d'adapter les ressources aux changements de pratiques liées notamment aux avancées technologiques mais aussi, de permettre au professionnel de se projeter au sein de l'établissement et de se construire un parcours personnalisé et adapté à ses souhaits et à ses envies.

Parmi ces différentes approches de management par la qualité, quelle est celle qui est la plus adaptée aux organisations soignantes et permet au directeur des soins de conduire une politique efficace de l'amélioration de la qualité des soins ?

Ma question de recherche devient : En quoi, le type de management par la qualité conduit par le directeur des soins permet de répondre aux enjeux d'amélioration de la qualité des soins ?

Hypothèse n°1 : Les outils du Lean et de l'organisation apprenante sont utilisés par les professionnels sans être connus et identifiés comme tels.

Hypothèse n°2 : Le lean favorise la collaboration des professionnels et la transversalité autour d'objectifs communs.

Hypothèse n°3 : Les outils du Lean permettent l'implication de tous les soignants dans la recherche d'amélioration de la qualité et du service rendu au patient.

⁹ COLLIN Arnaud, DEMANET Quentin, PAUL Erwann ; Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? Gestions hospitalières, n°544, mars 2015.

2 Le Cadre conceptuel.

2.1 La qualité.

Le terme qualité appartient au langage courant et est désormais utilisé pour décrire un produit ou un service. Selon la norme de l'International Organization for Standardization (ISO), la qualité est « *un ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites*¹⁰. » En d'autres termes, la qualité est le rapport entre des moyens engagés et une satisfaction perçue.

Selon Albert Ogien¹¹, la qualité dans le domaine de la santé n'a pas la même représentation selon les acteurs. Il identifie deux notions :

La qualité comme impératif moral pour les professionnels de santé : Elle est basée sur des critères de confiance entre le patient et la personne qui le prend en charge. Connaissant le cursus et la qualification du professionnel, le patient doit avoir la certitude que celui qui l'examine ou réalise un acte de soins agit selon les bonnes pratiques médicales ou paramédicales. Cette qualité est difficilement mesurable et quantifiable car elle repose sur une relation et une activité clinique. Elle apparaît aussi comme une exigence déontologique et éthique pour le professionnel.

La qualité comme valeur d'un produit : ce qui est accessible à la mesure, à l'analyse et à la standardisation. L'efficacité de l'acte de soins est évaluée par le résultat obtenu. La qualité devient un enjeu de maîtrise, passant par des méthodes de rationalisation et des impératifs économiques. Cette approche vient mesurer l'efficacité du système de santé et la performance des établissements de santé. Elle considère le domaine médical et soignant comme une production de soins et introduit la notion de coût. L'objectif à atteindre pour les gestionnaires est de proposer des prestations qui répondent aux critères de satisfaction du patient et au meilleur coût.

Elle introduit progressivement l'utilisation d'indicateurs et généralise le contrôle et le besoin de traçabilité.

Vient s'ajouter la qualité norme qui est une obligation de conformité. La norme apporte une garantie sur la qualité du produit ou du processus. Elle introduit une forme de standardisation dans laquelle des critères de sécurité et de fiabilité sont définis et imposés au producteur.

¹⁰ Site internet : www.iso.org

¹¹ OGIEN Albert, L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité, Sciences de la société, Presses universitaires du Mirail, n°76, 2009, p46.

2.1.1 La qualité des soins.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins est « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins*¹².»

La qualité des soins peut être évaluée dans la relation patient-soigné.

Avedis DONABEDIAN a proposé un cadre conceptuel de la qualité des soins. Il définit une approche trilogique pour définir ses critères d'évaluation qui s'effectue selon la structure, les processus et les résultats. La structure correspond aux moyens matériels et humains disponibles pour faire des soins de qualité. Les processus confrontent les soins prodigués aux bonnes pratiques et aux recommandations professionnelles. Ils mesurent les pratiques individuelles mais aussi la capacité de l'organisation à répondre aux critères de qualité en termes de délai ou de coordination. Les résultats donnent le niveau de satisfaction et des indicateurs sur l'état de santé des patients.

Cette proposition montre que la qualité des soins ne se limite pas à l'exécution conforme de gestes techniques par des professionnels compétents. Elle doit être évaluée selon le point de vue de l'utilisateur, du professionnel et du financeur.

2.1.2 La démarche qualité.

La démarche qualité à l'hôpital comprend la qualité des soins et peut être définie comme une procédure qui engage le producteur (les professionnels et le système de santé) à garantir au client (le patient) l'assurance de lui fournir un service conforme aux bonnes pratiques du moment dans des conditions de sécurité. C'est une démarche active et continue qui se traduit par une succession de mesures correctives qui viennent réduire l'écart entre la qualité souhaitée et perçue par le patient à la qualité voulue et produite par le système de soins.

Dans sa définition, la Haute Autorité de Santé (HAS) positionne le patient comme un client de l'établissement et appuie sur la dimension collective de la démarche.

« *Ensemble des actions que mène l'établissement pour développer la satisfaction de ses clients.*

La démarche qualité repose sur différents facteurs :

¹² Site internet : www.santepublique.eu

- *Prise en compte des besoins ;*
- *Implication de la direction pour associer l'ensemble du personnel à cette démarche ;*
- *Réflexion collective sur les ressources nécessaires ;*
- *Adhésion du personnel à la mise en œuvre des actions qualité ;*
- *Mise à disposition d'outils de mesure de la qualité.*

Les décisions s'appuient sur des faits, des informations précises et objectives¹³. »

Les actions proposées sont le fruit d'une réflexion construite fréquemment selon la méthode de la boucle d'amélioration de la qualité appelée également le cycle PDCA (Plan, Do, Check, Act). Cette méthode se décompose trois temps : gérer l'élément à priori, le mettre en œuvre et à postériori. La planification est une phase d'anticipation et pour but d'écarter la survenue d'un dysfonctionnement et d'élaborer des procédures pour l'éviter ou réduire son impact. Elle prend la forme également de référentiels ou de recommandations pour diffuser les bonnes pratiques et garantir un niveau de qualité égal et conforme. La dernière phase débute par une évaluation et par une analyse des causes s'il y a eu dysfonctionnement. Des actions correctrices sont alors proposées pour améliorer le processus, permettre la continuité de l'activité et atteindre le niveau de qualité souhaité.

La certification conduit à utiliser cette méthode pour construire une organisation résiliente, c'est-à-dire capable d'anticiper et de rebondir suite à des dysfonctionnements. Chaque étape est une opportunité d'atteindre un niveau de qualité supérieur. Les critères du dispositif participant d'une organisation résiliente sont, se centrer sur l'erreur et le recours à l'expertise et à la variété par le partage de savoirs.

2.1.3 Le management par la qualité.

Le management par la qualité est un système mis en place pour garantir et améliorer la qualité. Il utilise les outils de la démarche qualité de façon continue et permanente.

« Ensemble de la démarche managériale qui consiste à analyser le niveau de qualité des productions, à définir une stratégie d'amélioration de la qualité, de la structurer dans l'organisation et d'en assurer l'exécution¹⁴ ».

¹³ HAS ; Manuel de certification des établissements de santé, V2010, janvier 2014

¹⁴ ORVAIN Jacques ; Les essentiels du management qualité, cours.

L'organisation fait de la qualité une de ses priorités. L'enjeu est de définir les éléments nécessaires pour que la qualité du service rendu soit de qualité et s'améliore avec le temps malgré les changements de l'environnement ou de nouvelles contraintes.

Sept principes permettent de caractériser le management par la qualité: l'orientation client, le leadership, l'implication du personnel, l'approche processus, l'amélioration, la prise de décision fondée sur les preuves et le management des relations avec les parties intéressées¹⁵.

Plusieurs systèmes de management par la qualité sont prônés comme l'entreprise apprenante et le lean.

2.2 L'entreprise apprenante.

2.2.1 Les principes.

La stratégie de l'entreprise repose sur la volonté de s'adapter sans cesse à l'environnement et en particulier au contexte concurrentiel. Dans le cas des établissements de santé, il s'agit d'intégrer les changements liés aux évolutions technologiques et médicales mais aussi de modifier ses organisations en fonction des contraintes financières, économiques et réglementaires. Les structures doivent s'inscrire dans une démarche continue de progrès pour relever les défis qui s'imposent à elle.

Pour ce faire, l'entreprise apprenante favorise l'apprentissage continu de ses membres et permet, à chaque professionnel, de s'appuyer sur un groupe pour développer ses compétences, ses pratiques managériales et travailler en mode collaboratif.

2.2.2 Les objectifs.

L'entreprise apprenante est une organisation flexible qui fait preuve d'une grande capacité d'adaptabilité pour répondre aux nouvelles contraintes et pour faire face à l'imprévu.

« Le concept d'organisation ou d'entreprise apprenante apparaît clairement comme une philosophie managériale, qui vise à créer, à maintenir et à développer une culture d'entreprise et des contextes de travail pour encourager tous ses membres à apprendre en permanence afin d'être plus performants.¹⁶ » Le fonctionnement de l'entreprise au quotidien favorise les échanges entre pairs pour créer une dynamique d'apprentissage collectif et de changement. La mobilité et l'interchangeabilité des individus sont

¹⁵ Organisation internationale de normalisation, Principes de management de la qualité, ISO, 2016

¹⁶ BELET Daniel ; Devenir une vraie entreprise apprenante, les meilleures pratiques, éditions d'organisation, 2003, p 55.

encouragées car elles intègrent un dispositif de formation et de développement des compétences inscrit dans les principes de l'organisation.

L'entreprise devient réactive par la capacité des équipes à mobiliser les compétences nécessaires pour lui garantir un niveau de performance suffisant.

2.2.3 Les outils.

Comme le précise Daniel Belet, « *il n'est ni outil, ni une méthode, ni une technique spécifique. C'est, une philosophie de management des hommes et des organisations fondée sur d'autres valeurs et sur une logique d'apprenance généralisée, intégrée et continue*¹⁷. » Il s'agit pourtant pour les managers de développer une culture d'entreprise et faire en sorte que les individus apprennent à travailler ensemble et travaillent ensemble pour apprendre. Plus que l'utilisation d'outils, le management d'une organisation apprenante doit créer des conditions favorables et motivantes pour favoriser le partage d'expérience et les échanges, pour exprimer la créativité et l'innovation, pour capitaliser et transmettre les connaissances sociales.

Les outils s'abordent selon les trois niveaux d'apprentissage qui caractérisent l'entreprise apprenante.

L'apprentissage individuel se traduit par des parcours professionnels et des dispositifs de développement personnalisés.

L'apprentissage en équipe s'articule autour de deux axes : permettre le développement des compétences de chacun de ses membres et réfléchir collectivement aux méthodes et aux procédures de travail pour les optimiser. Il peut prendre la forme d'approches de cas concrets entre pairs. Par exemple, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) propose désormais des séances de ce type à destination des directeurs des établissements de santé. En ce qui concerne le développement de compétences spécifiques, la mise en place du dispositif de tutorat 2005-2008 permet l'accompagnement et l'intégration des nouveaux infirmiers en psychiatrie par des pairs expérimentés. Il permet la professionnalisation et la construction identitaire des professionnels issus de la formation initiale.

L'apprentissage organisationnel cherche à développer une culture d'entreprise forte avec des objectifs clairement identifiés par la direction et partagés par l'ensemble des professionnels. Les phases de communication, de compréhension et d'appropriation sont indissociables dans ce processus.

¹⁷ Ibid 12.

2.2.4 Les acteurs.

« *L'évolution d'une entreprise vers des caractéristiques apprenantes requiert, de la part des dirigeants, une volonté résolue et une stratégie persévérante*¹⁸. » Les entreprises apprenantes ne sont pas hiérarchiques comme une entreprise traditionnelle. Elles supposent une décentralisation de la décision pour impliquer le plus grand nombre. Cette nouvelle vision doit être portée par les dirigeants.

Les managers doivent comprendre et s'inscrire dans ce processus qui oriente leurs missions dans un rôle de valorisation et de développement des potentiels humains. « Un management de l'apprenance implique d'être davantage au service de ses collaborateurs que d'exercer une autorité hiérarchique¹⁹. » Le manager se positionne comme un leader qui accompagne les équipes dans un climat de confiance et de responsabilisation. Son mode de management et son attitude exemplaire doivent permettre la mise en œuvre continue d'un apprentissage individuel et collectif.

2.3 Le lean.

La révolution industrielle de la fin du XIX^{ème} siècle s'est traduite par la recherche de gains de productivité pour répondre à une demande potentielle immense. Frédéric Winslow Taylor, ingénieur américain, propose alors le concept d'organisation scientifique du travail basé sur un découpage des tâches à exécuter, de façon séquentielle et répétitive par les ouvriers, afin de diminuer les temps de production. Cette organisation est définie scientifiquement par des ingénieurs qui la traduisent sous forme de protocoles ou de procédures pour que chaque opérateur exécute le bon geste. Ce système de chaîne de production permet d'obtenir des résultats spectaculaires.

A partir de 1912, Henri Ford l'appliquera dans ses usines de montage automobile et dominera ainsi le monde industriel de l'époque. Il fut le premier à organiser ses usines en adoptant le flux continu depuis les matières premières jusqu'à l'expédition. La Ford T, modèle identique fabriquée en millions d'exemplaires, était ainsi construite de façon standardisée par des dizaines d'usines de montage sur des sites différents.

Après la seconde guerre mondiale, Taiichi Ohno, dirigeant de Toyota considéra que le véritable enjeu était de créer un flux continu dans la production de petites séries et non sur une série de millions d'exemplaires. Il s'agit de sortir d'une production de masse pour satisfaire le client par une offre de produits variée et répondant à une demande singulière du client. Il définira un système de production qui vise à dépasser, selon lui, les limites du Fordisme en réduisant les stocks et en mettant en avant une production flexible à l'écoute

¹⁸ Ibid 12

¹⁹ Ibid 12

de la demande des clients. Ce système est connu sous le nom de Toyota Production System (TPS). A partir de l'étude de ce système par des ingénieurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT), l'un d'eux, John Krafcik utilisera le terme anglais lean pour le décrire. Les tentatives de traduction en français de ce terme sont nombreuses et vont de mince à agile, en passant par flexible et ajustée. Devant aucun consensus, le mot lean est conservé et utilisé dans le monde entier.

L'origine du lean provient du contexte économique particulier du Japon après-guerre. Taiichi Ohno voulait intégrer le marché mondial de l'automobile malgré un marché intérieur limité par les difficultés économiques des japonais, un niveau d'investissement des entreprises bas pour l'acquisition de machines, et une production variée (voitures et camions) mais sur des volumes faibles.

Contrairement aux autres grands constructeurs qui fixaient les prix de vente en fonction de leurs coûts de production et des bénéfices attendus, il fit la démarche inverse en partant du prix acceptable pour le marché et du bénéfice minimum pour pérenniser l'entreprise pour définir le coût de production. Il utilisa la formule : Prix – Bénéfice = Coût. Pour atteindre cet objectif, le système lean était appliqué.

Dans son raisonnement, Taiichi Ohno considéra également que la lutte contre le gaspillage des ressources était un axe essentiel. Il existe trois formes de gaspillage appelées en japonais : les Muda, les Mura et les Muri. Taiichi Ohno classa le Muda, qui désigne l'ensemble des activités humaines qui ne produisent pas de valeur pour le produit fini, en sept catégories :

- La surproduction : pour anticiper la demande estimée du client.
- L'attente de l'opération suivante.
- Les transports inutiles de matières ou de produits.
- Les tâches inutiles en raison d'outils inadaptés ou de défauts de conception.
- Les stocks excessifs supérieurs aux stocks nécessaires.
- Les mouvements inutiles et déplacements inutiles des employés.
- Défauts et rebuts.

Quant aux deux autres formes de gaspillage, Muri correspond aux surcharges de travail des hommes et des équipements et Mura correspond à la variabilité et aux déséquilibres dans la tâche ou le travail à effectuer.

La façon de lutter contre ce gaspillage qui existe dans toute organisation est la mise en œuvre d'une démarche Lean. « *Cette démarche permet d'accroître la production en*

réduisant les moyens mis en œuvre, ressources humaines, machines, temps, espace, tout en répondant de plus en plus précisément aux attentes des clients²⁰. »

2.3.1 Les principes.

Daniel Jones et James Womack identifient cinq principes fondamentaux de la démarche lean :

- *« Déterminer précisément la valeur, produit par produit ;*
- *Identifier la chaîne de valeur correspondant à chaque produit ;*
- *Etablir des flux de valeur continus ;*
- *Laisser le client tirer la valeur ;*
- *Viser la perfection²¹. »*

Déterminer la valeur constitue le point de départ de la démarche lean. La valeur est produite par l'organisation mais définie par le client lui-même.

Ensuite, il faut identifier la chaîne de valeur qui contient *« les actions nécessaires pour faire franchir à un produit les trois phases critiques du management lean de toute entreprise : la phase de résolution des problèmes, la phase de gestion de l'information et la phase de transformation physique²². »*

Etablir des flux intervient après la définition de la valeur et la suppression des activités ou des tâches inutiles. Il s'agit alors de réorganiser les tâches restantes pour générer un flux continu et non plus, travailler par lots ou par séries. Ce principe permet de diminuer la variation de la charge de travail des opérateurs due aux fluctuations de la production.

Laisser le client tirer la valeur n'est envisageable qu'après avoir abandonné la production par lots. La production en flux continu permet de réduire le délai de fabrication et accroît la réactivité de l'entreprise pour faire face à la concurrence ou à des nouveaux besoins de la part des clients. Les stocks sont réduits et chaque produit est fabriqué à partir de la commande du client. Aucune pièce n'avance sans être demandée initialement.

Viser la perfection arrive en dernier principe parce qu'il est la conséquence des précédents. Travailler sur la valeur et éliminer le gaspillage, maintenir dans un flux continu, incitent les professionnels à interagir entre eux, à trouver des solutions pour

²⁰ WOMACK James, JONES Daniel ; *Système Lean, Penser l'entreprise au plus juste*, Pearson Education France, 2^{ème} édition, 2009, p 4

²¹ Ibid 18 p XXII

²² Ibid 17, p 9

satisfaire le client. Pour atteindre cette perfection, tous les acteurs sont impliqués et doivent pouvoir connaître la situation en toute transparence. Cette vision globale leur permet d'agir avec justesse. De plus, des retours positifs sont renvoyés aux employés qui sont force de proposition ou porteurs d'actions d'amélioration. L'implication et la satisfaction de chacun d'eux y est ainsi décuplée.

Pour atteindre cet objectif, l'entreprise choisira entre deux méthodes : le Kaikaku, amélioration radicale d'une activité par élimination du gaspillage ou le Kaizen, amélioration continue d'une activité pour générer plus de valeur dans le processus et diminuer progressivement le gaspillage. Le Kaizen est aussi appelé la méthode des petits pas.

2.3.2 Les objectifs.

Le lean n'est pas un ensemble d'outils et de méthodes mais plutôt une pratique voire une philosophie dans un système de production centrée sur le client et le personnel. Le Kaizen nécessite une forte implication du personnel pour que progressivement l'amélioration continue réduise les gaspillages.

« Le lean aide à développer chez les personnes une attitude pragmatique qui les conduit à résoudre les problèmes quand ils se posent²³. »

« Le TPS (Toyota Production System) est un ensemble d'activités interconnectées qui visent l'élimination des gaspillages dans le but de réduire les coûts, améliorer la qualité et améliorer la productivité». Il ne s'agit pas de techniques de production, mais bien d'activités d'apprentissage, comme l'ont découvert à leurs dépens toutes les entreprises qui ont essayé de copier les techniques de Toyota pour s'apercevoir que leur mise en œuvre créait une multitude de problèmes sans apporter les gains escomptés²⁴. » La résolution de problèmes en continu est un moteur d'apprentissage pour l'organisation.

2.3.3 Les outils.

Les outils du lean sont nombreux et peuvent paraître déroutants dans la mise en œuvre de cette démarche. Ce sont des méthodes qui permettent à l'entreprise de déployer les principes fondamentaux du lean en son sein.

Il est illusoire de penser faire une liste exhaustive du lean. Je choisis de retenir les outils les plus documentés et les plus utilisés dans les entreprises.

²³ BALLE Freddy, BALLE Michael, Le Gold mine, un récit lean, L'Harmattan, 2014, p 217.

²⁴ BALLE Michael, BEAUVALLET Godefroy; Le management Lean, Pearson France, 2016, p 96.

- La cartographie des flux ou Value Stream Mapping (VSM) : Identifier les chaînes de valeur et les cartographier, activité par activité et étape par étape.
- Les 5 S : le terme 5 S vient des mots japonais désignant cinq méthodes de gestion d'un poste de travail : Séri (débarrasser), seiton (ranger), seiso (nettoyer), seiketsu (ordre) et shitsuke (discipline).
- La standardisation des processus : Reproduire pour éviter les erreurs et travailler efficacement sans risque de sécurité ou de qualité.
- Le management visuel : Rendre visible tout ce qui peut l'être. Mettre en évidence les écarts entre la situation dite idéale et la situation réelle.
- Le Kanban : Carte attachée à des boîtes de pièces qui donne l'information sur la situation de la production et permet de piloter l'approvisionnement.
- Le Gemba qui signifie l'endroit où se déroule l'action. Méthode qui consiste à faire venir les managers dans les zones de production. Une légende décrit que Taiichi Ohno obligeait ses managers à rester devant une machine dans un cercle tracé au sol jusqu'à ce qu'il ait une amélioration à proposer.
- Les 5 pourquoi : méthode qui consiste à reposer cinq fois la question pourquoi ? pour identifier les causes racines.
- Le diagramme spaghetti : tracer sur une carte ou un plan le chemin parcouru par un produit ou le personnel. Son nom provient du résultat obtenu qui fait penser à un plat de spaghetti.
- La fiche A3 : La fiche A3 tient son nom du format utilisé. C'est un outil de résolution de problèmes. Elle se lit du haut à gauche jusqu'au bas à droite pour respecter l'ordre suivant : le contexte, le problème, les objectifs à atteindre, les causes probables, les mesures correctives proposées, le plan d'actions retenu et le suivi avec des indicateurs.

2.3.4 Les acteurs.

Tous les acteurs d'une entreprise sont concernés dans le déploiement d'une démarche lean. A chaque niveau de responsabilité, les employés de l'organisation réfléchissent sur leur contribution à générer plus de valeur et moins de gaspillages.

Parce que l'un d'un premier principe est la création de valeur, les employés au niveau opérationnel ont une place prépondérante.

« Du point de vue des opérateurs, la tenue des standards permet de travailler sereinement, et le kaizen est l'occasion d'avoir son mot à dire sur l'organisation des ateliers, et plus particulièrement, sur son poste de travail²⁵. »

Les opérateurs surveillent les défauts pour repérer la non-qualité, qui est contraire à la perfection totale, et contrôlent les machines. Dans le TPS, les opérateurs signalent le défaut et appellent de l'aide pour trouver rapidement une solution sans arrêter le cycle de production. Si aucune solution n'est trouvée rapidement, l'opérateur arrête lui-même la chaîne. C'est une lourde responsabilité qui leur est confiée mais elle contribue à leur implication et au développement de leurs compétences.

« Derrière chaque mise en œuvre réussie se trouve un manager qui a su de l'approprier, la développer et la faire progressivement partager à tous ses collaborateurs²⁶. » Michael Ballé et Godefroy Beauvallet positionnent immédiatement dans la préface qui leur est confiée le rôle déterminant du manager dans la réussite d'une démarche lean.

Les dirigeants sont également au cœur du système lean. Souvent à l'origine du changement, ils sont nécessairement porteurs car il faut être en capacité de faire bouger les habitudes pour introduire une telle démarche dans son entreprise. N'étant pas toujours en mesure d'accompagner le projet, les dirigeants doivent constituer et s'entourer d'une équipe aux compétences pour le faire.

2.3.5 Le lean à l'hôpital.

Les premiers projets lean dans les établissements de santé ont d'abord été conduits dans les pays anglo-saxons. L'Ecosse en 2001 et les Etats Unis en 2002 appliqueront les outils de Lean pour améliorer le service rendu aux patients. Forts des résultats obtenus, les projets se multiplieront dans principalement les établissements de santé publics. Au Québec, en 2011, un appel à projet ministériel de démarches d'amélioration par l'approche lean multipliera les initiatives.

En France, le lean est appliqué de façon parcimonieuse et sporadique dans les hôpitaux. On y retrouve des structures différentes et dispersées comme l'hôpital Antoine Bécclère de Paris, les Centres hospitaliers Universitaires (CHU) de Lille et de Grenoble, le centre de protonthérapie d'Orsay de l'institut Curie ou le centre hospitalier de Beauvais.

Le système lean intègre tardivement le champ sanitaire français mais la nécessité de la maîtrise et de l'optimisation des ressources accompagnée d'une exigence de qualité et de

²⁵Ibid 22, p 184

²⁶Ibid 18, préface p VI

sécurité croissante, conduit les dirigeants des hôpitaux à explorer et à promouvoir des nouvelles méthodes managériales pour y répondre.

Même si certains établissements, notamment dans les pays anglo-saxons, n'hésitent pas à afficher des résultats financiers dans leur bilan d'un projet lean, l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicale est également mise en avant. On y retrouve, par exemple, la réduction des délais d'attente des patients, la réduction des infections ou des erreurs médicales, la diminution du taux de réhospitalisation...

Pourtant, nous pouvons parler de valeur à l'hôpital : de la valeur ajoutée pour le patient en répondant à ces besoins, de la non-valeur sous forme de gaspillage et de la valeur de processus en améliorant la coordination et les flux d'information.

Le tableau, ci-dessous, illustre comment les sept gaspillages peuvent prendre forme dans un hôpital selon Radnor and al²⁷.

²⁷ RADNOR Z J, HOLWEG M, WARING J; Lean in healthcare, the unfilled promise? Social science and medicine, n°74, 2012, p 364-371

Types de gaspillage	Exemples de gaspillages à l'hôpital (NHS 2007)
Transport inutile	Personne qui traverse constamment une pièce pour noter des observations Zones de stocks centrales pour les équipements très utilisés et non pas à proximité des postes de travail
Stock excessif	Stocks excédentaires de matériel dans les unités Attente des patients pour sortir Listes d'attente importantes
Mouvement	Déplacement inutile du personnel pour disposer du dossier médical Pas de matériel de base dans les salles d'examen ou de soins
Attente	Patients qui attendent des résultats, des prescriptions ou des médicaments Attente du médecin pour la prise en charge du patient
Production excessive	Demander des analyses biologiques inutiles Garder des créneaux disponibles « au cas où »
Procédures inutiles ou incorrectes	Demander plusieurs fois au patient les mêmes informations Redondance dans la transmission des informations
Défauts	Refaire des examens parce que le 1 ^{er} n'a pas été correctement fait Réadmission en raison d'une prise en charge incorrecte

3 Méthodologie d'enquête.

Pour confronter ma première hypothèse, j'ai choisi de mener mon enquête au travers d'un questionnaire. Je souhaitais disposer d'une cohorte importante pour avoir des résultats significatifs et garantir l'objectivité de ces résultats en ne procédant à aucune sélection des personnes sollicitées au préalable. Il a été transmis à l'ensemble des élèves directeurs des soins et des directeurs des soins en activité en France. J'ai obtenu un retour de 109 questionnaires. La durée moyenne de remplissage est de 12 minutes environ. Les réponses obtenues en question fermée sont presque exclusivement binaires. Sur une seule question, 6 personnes soit 6% déclareront ne pas savoir répondre à la question posée. Ce constat montre que les personnes qui se sont exprimées connaissent parfaitement l'organisation dans laquelle ils évoluent.

Pour la seconde et troisième hypothèse, j'ai choisi de réaliser mon enquête dans deux établissements de santé différents par leur expérience dans le déploiement du lean : l'un avait trois années de recul et l'autre une année. Dans chaque structure, j'ai interrogé des cadres, des cadres supérieurs et des directeurs de soins impliqués dans la démarche lean de leur établissement. Je souhaitais comparer les méthodes et la stratégie mises en œuvre et voir si la démarche lean était ajustée ou se modifiait intrinsèquement avec le temps.

3.1 Des questionnaires.

Le questionnaire (Annexe 1) a été réalisé en version dématérialisée et envoyé par l'intermédiaire d'un lien URL (Uniform Resource Locator) transmis par courrier électronique. Il était composé de 13 questions fermées et de 3 questions ouvertes. La thématique présentée était le management par la qualité pour ne pas influencer les réponses en mentionnant les termes lean ou organisation apprenante.

A partir de la description d'outils ou de méthodes utilisés dans une démarche lean ou dans une organisation apprenante, les questions fermées interrogeaient sur l'utilisation ou la présence de ces méthodes dans les établissements. Je souhaitais confirmer, à la fois que ces outils étaient déjà utilisés et, à la fois, que le lean et l'organisation apprenante pouvaient être appliqués dans les établissements de santé.

Les deux questions ouvertes en fin de questionnaire venaient sonder le niveau de connaissance et la représentation des directeurs de soins sur ces deux pratiques.

Enfin, la dernière question ouverte venait clôturer l'enquête par une invitation au commentaire libre.

3.2 Des entretiens semi-directifs.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi directifs pour permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement en leur laissant l'opportunité d'apporter des éléments complémentaires. Je voulais laisser, ainsi, la porte ouverte à de nouvelles pistes que je n'aurais pas relevées dans mes recherches.

Avant de réaliser mes entretiens, j'ai dans un premier temps élaboré un guide d'entretien (Annexe 2) à partir des apports théoriques et en lien avec mes hypothèses.

Pour les entretiens réalisés dans les établissements des personnes interrogées, j'ai toujours été accueilli dans le bureau de cette personne. Les conditions étaient donc favorables et ont permis des échanges sans interruption ou interférence d'origine extérieure, en dehors de quelques appels téléphoniques de quelques secondes.

Quelques entretiens ont été réalisés par liaison téléphonique en raison, soit de l'absence de la personne devant être interviewée lors de mon déplacement sur site, soit du déplacement important qu'il imposait.

Je débutais l'échange par un rappel du contexte de ce travail de recherche et de sa thématique, et leur faisais confirmer leur approbation en soulignant le caractère anonyme de mon recueil. Avec leur autorisation préalable, l'intégralité des entretiens fut enregistrée.

Afin de permettre une analyse rigoureuse, les entretiens ont été intégralement retranscrits en dehors de quelques digressions verbales.

Etablissement A, 3 ans d'expérience lean			Etablissement B, 1 an d'expérience lean		
Fonction	Conditions de l'entretien	Durée d'entretien	Fonction	Conditions de l'entretien	Durée d'entretien
Faisant fonction de cadre	Présentiel	1h 19 minutes	Cadre de santé	Présentiel	55 minutes
Cadre de santé	Présentiel	55 minutes	Cadre de santé	Présentiel	1h 03 minutes
Cadre supérieur de santé	Présentiel	50 minutes	Cadre de santé	Présentiel	39 minutes
Directrice des soins	Téléphonique	40 minutes	Cadre supérieur de santé	Présentiel	53 minutes
Directrice des soins	Téléphonique	40 minutes	Directeur des soins	Présentiel	45 minutes

4 Analyse.

4.1 L'hôpital, une entreprise comme une autre?

A la découverte du TPS, les ingénieurs américains et européens ont fait part de leur hostilité envers cette pratique en signifiant qu'elle était indissociable de la culture japonaise. Après avoir finalement été adopté par des constructeurs automobiles occidentaux, le lean s'est déployé lentement dans les autres secteurs industriels. Les établissements de santé se sont lancés dans des démarches lean plus tardivement. Est-ce dû à une hostilité idéologique des professionnels ou à une pratique aux outils non applicables dans ces structures ?

4.1.1 Une image négative du lean.

Les détracteurs du système lean sont nombreux et son évocation peut très vite devenir polémique. Ces derniers évoquent l'obsession des résultats chiffrés, des applications partielles, des prétextes pour licencier et des risques pour la santé des travailleurs soumis à des cadences d'exécution toujours plus élevées.

Dans ce contexte, démarrer le lean dans l'hôpital apparaît comme une phase très difficile. A propos du lean et des freins dans son déploiement, un cadre me dit qu'il ne faut rien changer sauf son nom.

Dans l'autre établissement, un cadre témoigne de ses difficultés pour faire adhérer le personnel à la démarche : « *Quand vous faites des recherches sur le net, l'image du lean est négative.* »

Un cadre de l'établissement A témoigne de cette intégration compliquée.

« *Il y a eu un flottement pendant un an car le lean était perçu comme l'outil qui permet de réduire les effectifs.* » La directrice des soins présente au début du projet me confirme ces propos « *il faut faire attention à l'amalgame lean-difficultés financières.* » Le contexte était favorable à cette confusion puisque l'établissement, en difficultés financières, devait mettre en œuvre, simultanément, un plan d'actions pour un retour à l'équilibre de son compte de résultats d'exploitation.

71% des directeurs de soins qui se sont exprimés sur le questionnaire déclarent connaître le lean. Sur les 225 mots clés cités par ces personnes, je peux considérer que 5 seulement ont une connotation négative : économie (3 fois) et rationalisation (2 fois). A ce niveau hiérarchique, le système lean évoque la qualité (21 fois), la performance (22 fois), l'amélioration (11 fois) et le collectif (16 fois).

Cependant, un commentaire libre m'alerte sur l'effet de mode qui peut constituer le lean : *« Des mots et des modes, attention...au bout du compte des organisations de soins et des ressources humaines à adapter aux évolutions des besoins dans un cadre économique toujours plus contraint. »*

La résistance au lean semble plus forte au niveau opérationnel. Une cadre de l'établissement avance une explication : *« A l'hôpital, on est dans l'humain. Les mœurs soignantes ne sont pas prêtes. »* Pour elle, l'hôpital est perçu comme une entreprise qui se différencie des entreprises du domaine industriel ou commercial où les objectifs financiers sont inscrits dans la politique générale.

La cadre supérieure de l'établissement B m'explique que la direction avait pris soin d'expliquer les objectifs de ce projet sans pour autant obtenir l'adhésion du personnel. *« L'objectif annoncé était amélioration continue, plus éliminer le gaspillage. Pour les agents, gaspillage, c'est un gros mot. »*

La mise en œuvre d'une démarche lean doit donc être préparée et intégrer les éléments du contexte pour être réussie.

« Le fait que le Lean ait été amené en même temps que les problèmes économiques est une erreur. Certains sont restés sur cela. »

Chacune des personnes interrogées s'accorde sur le fait que le lean génère, en premier abord, au moins de la crainte et de la suspicion et au plus, de l'hostilité et de la résistance.

Cependant, des solutions sont avancées. Plusieurs cadres me disent que la communication en amont du projet est essentielle pour ne pas se trouver pris au dépourvu devant les questions et les attitudes des soignants.

« Je reste persuadée que si j'avais plus de temps pour expliquer, le chemin aurait été moins difficile. Il aurait fallu prévoir des formations en amont. Quel est l'intérêt ? Quel est l'objectif institutionnel ? » Cette cadre est convaincue que la précipitation dans le déploiement du lean a été préjudiciable et elle préconise une formation institutionnelle, en amont, du personnel pour expliquer les principes et les outils du lean. Cette stratégie a été retenue par l'établissement A qui a institutionnalisé une formation d'une durée de un jour pour tout le personnel membre d'un service qui va s'engager dans le déploiement du lean.

4.1.2 Des outils du lean et de l'organisation apprenante applicables.

Au travers de mon enquête, j'ai pu constater que certains outils du lean étaient totalement applicables dans des unités de soins. Les personnes rencontrées lors des entretiens les utilisaient régulièrement sans avoir eu besoin de les modifier pour les adapter à l'organisation de l'hôpital. Ma première hypothèse est ainsi validée.

Les questionnaires sont venus confirmer cette observation. En ce qui concerne le lean, les outils présentés par l'intermédiaire des questions sont globalement très utilisés. 99% des personnes ayant répondu affirment l'existence de groupes de résolution de problèmes en équipe pluri-professionnelle dans leur établissement. Même si la structure et l'organisation de ces groupes de travail peuvent être différentes des outils du lean comme le A3 ou les réunions de stand up meeting, cette quasi-unanimité démontre qu'un travail collaboratif en équipe sur des résolutions de problèmes est désormais admis et utilisé.

Les taux de réponses affirmatives pour les outils en lien avec la recherche de performance montrent que c'est désormais un objectif imposé partout.

Le Gemba au travers de visites des membres de la direction dans les unités de soins donne le taux d'application le plus faible avec 51% des établissements qui le mettent en pratique. Cependant, certaines personnes me précisent que les membres de direction font des visites dans les unités de soins mais de façon impromptue ou, en réponse à des problématiques ou des réorganisations.

Les outils de l'organisation apprenante sont majoritairement utilisés (entre 65 et 75%) pourtant seulement 63% déclarent en connaître les principes. Ces dernières sont en mesure de la caractériser au travers de mots clés. Adaptabilité, tutorat, apprentissage collectif, partage et retour d'expériences, innovation sont plus particulièrement évoqués. Le tutorat pour les nouveaux professionnels est organisé pour 75% des établissements mais ne semble pas généralisé à l'ensemble des professionnels. « *Le tutorat est variable selon les unités et surtout développé dans les unités à forte expertise : réanimation, dialyse, néonatalogie...* » Il est plusieurs fois cité pour ces secteurs ainsi que pour le secteur de santé mentale. Une personne me confirme l'organisation d'un dispositif de tutorat pour tous les soignants dans sa structure mais « *au vu aujourd'hui des contraintes médico-économiques, ce dispositif est souvent écourté.* »

Les outils de l'organisation apprenante sont appliqués dans certains hôpitaux donc applicables mais les taux d'application montrent que l'écart reste encore important pour considérer l'hôpital comme une organisation apprenante. Pascal Barreau identifie plusieurs obstacles : une balkanisation des savoirs entre pairs de même profession, l'hyperspécialisation qui promeut l'expertise et la mise en place des pôles qui freine la

mobilité²⁸. L'organisation de l'hôpital en silos et la prédominance des spécialités médicales sont un frein pour tendre vers une entreprise apprenante.

4.2 Le rôle déterminant de l'encadrement de proximité.

Lors de mes démarches d'investigation pour ce travail d'enquête, j'ai été orienté uniquement vers du personnel d'encadrement. Cette orientation est justifiée par leur rôle essentiel dans le déploiement d'une démarche lean qui va d'abord se décliner à l'échelle des unités de soins. C'est, pour eux, une conduite de changement qu'ils doivent mener pour que chaque professionnel de l'équipe médicale et soignante acquière cette pratique et participe à l'application de ses outils.

4.2.1 Une nécessaire adhésion.

Le cadre supérieur de l'établissement A distingue trois groupes dans l'équipe d'encadrement soignant : les cadres qui croient et adhèrent au lean, les cadres qui sont opposés, et les cadres qui observent et attendent les résultats des initiatives des collègues pour se lancer. Pour lui, il faut s'appuyer sur les cadres volontaires, convaincre les indécis et oublier les opposants. Le lean nécessite d'être porté et il est illusoire de vouloir l'intégrer dans une unité si le cadre n'est pas moteur du projet.

Compte-tenu de la structuration des établissements de santé et de l'organisation des unités de soins, le cadre de proximité est incontournable même si, bien sûr, il peut être soutenu par un professionnel interne au service (médecin, soignant formé) ou externe au service (ingénieur qualité, consultant externe).

« C'est indispensable que le lean soit porté par une personne dans le service et, pour moi, c'est le cadre. C'est nous qui sommes garants de la qualité des soins. »

Toutes les personnes interrogées s'accordent sur ce point et certains l'illustrent en m'indiquant que le lean disparaît d'un service si le cadre change d'affectation.

Le mouvement des cadres souvent préconisé dans les hôpitaux devient un obstacle dans la recherche de pérennisation du lean.

« Avec le turn-over des cadres, la pérennité n'est pas là : c'est avant tout une démarche de cadre, s'il y voit un intérêt pour lui et pour l'équipe. »

Le cadre s'engage si lui-même est convaincu de l'intérêt du projet et peut ainsi lui donner du sens, le partager et le faire vivre dans son unité.

Un cadre se remémore ses premiers échanges sur le lean avec son équipe. *« J'ai basé mon message sur le lean sur "on va améliorer la prise en charge du patient". Il faut trouver du sens. »*

²⁸ BARREAU Pascal ; L'hôpital est-il une organisation apprenante ? Revue soins cadres, n°79, août 2011, p30

Une directrice des soins me précise qu'il faut tenir compte des prédispositions du cadre à s'investir et savoir lui laisser du temps s'il n'est pas prêt.

« Il faut avoir du temps, être bien dans sa tête pour se lancer. Commencer par des secteurs volontaires, selon les motivations du cadre. »

Les outils du lean cassent les lignes hiérarchiques traditionnelles et poussent les cadres dans un management participatif. Selon les personnalités et la représentation de leur fonction, les cadres peuvent être déstabilisés par les situations qu'ils créent.

4.2.2 Des difficultés rencontrées.

Dans les deux établissements enquêtés, la stratégie employée pour mettre en place le système lean est différente.

Dans l'établissement A, les projets sont lancés sur la base du volontariat de l'équipe et en particulier celui du cadre de proximité et du responsable médical. Le choix de l'outil et la détermination des objectifs sont laissés à l'appréciation du cadre pour encourager son engagement.

Dans l'établissement B, le choix de l'outil, la réunion flash quotidienne de 5 mn, est un choix institutionnel et s'impose à tous les cadres de proximité. Seul le calendrier de déploiement peut être discuté et négocié.

Une cadre de l'établissement A pourtant persuadée des effets positifs du lean reconnaît que sa mise en œuvre nécessite de la conviction.

« Faire un stand up, c'est difficile. L'équipe est dure au début. Par exemple, je faisais les stands up le vendredi car je savais qu'après, j'étais en weekend. Ils m'épuisaient au début. »

Dans le second établissement, une cadre me témoigne de ses doutes sur ses capacités à conduire les premières séances quotidiennes.

« Je l'ai beaucoup appréhendé, je l'appréhende encore. J'avais peur que la cadre doive résoudre toujours le problème. Je n'arrivais pas à voir comment j'allais me positionner à ce moment-là. C'est imposé de le faire tous les jours, je ne suis pas encore complètement à l'aise. »

Une cadre supérieure remarque que des agents positionnés sur des postes d'encadrement comme faisant fonction de cadres donc sans expérience avaient très peu communiqué sur le lean avec leurs équipes malgré les consignes données par le groupe de pilotage. Elle considère que la crainte du changement et la confrontation à l'équipe sont à l'origine de cette esquivance.

L'accompagnement des cadres par une personne experte formée et reconnue comme telle est recommandé par l'ensemble des personnes interrogées.

« Les cadres, Il ne faut pas qu'ils commencent tous seuls, il faut qu'ils soient accompagnés, qu'ils soient prêts. »

Pour étendre le système lean à l'ensemble des services, l'établissement A a retenu une forme de tutorat pour aider les cadres qui souhaitent se lancer. Il est accompagné par un cadre reconnu expert par son expérience du lean. C'est d'abord un partage d'expérience puis une mise en situation guidée et analysée.

Une directrice des soins utilise le lean comme un outil managérial qui permet d'évaluer les compétences des cadres.

« Certains ont des difficultés. Cela permet de mettre en exergue leurs besoins en management, certains ont du mal à se positionner, à prendre des décisions. Cela aide à définir leurs besoins en formation. C'est riche, cela permet de travailler sur beaucoup de thématiques. »

Des excuses sont avancées pour ne pas intégrer le lean comme le manque de temps disponible pour s'investir. Pourtant, la directrice des soins m'énumère les leviers du lean pour le cadre de proximité : contacts avec l'équipe, écoute, informations recueillies...En fin de compte, pour elle, le lean leur permet de gagner du temps, d'être plus proches des équipes et de connaître la situation du service en temps réel.

4.2.3 Un management différent.

Pour Patrice Marvanne, le lean est d'abord un état d'esprit dont doivent faire preuve les managers. *« C'est un renouveau du management : Ce nouveau management demande des compétences de leadership toutes particulières.*

C'est du leadership : il va sur le terrain, écoute, prend en compte les suggestions et ne s'enferme surtout pas dans son bureau devant son écran. En terme Lean, l'expression japonaise se dit Gemba, ce qui veut dire « là où ça se passe ». C'est ce qu'on appelle du management de proximité. Ce manager-là fabrique le feed-back positif et le feed-back constructif.²⁹ »

Le lean ne représente pas une difficulté pour les cadres qui étaient dans un management participatif auparavant. Des cadres interviewés me disent même avoir été confortés dans leur pratique. Savoir reconnaître et valoriser les compétences des agents, les associer aux projets, accepter ses limites ne sont pas des habitudes pratiquées par l'ensemble des

²⁹ MARVANNE Pascal ; Le Lean à l'hôpital, améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer des talents, décideurs santé, Les études Hospitalières, 2014, p 23

cadres. Une cadre prononce même le mot blocage pour m'exprimer le ressenti de certains de ses collègues à la présentation des outils du lean.

Améliorer les pratiques dans une unité de soins questionne l'organisation dont la responsabilité est donnée au cadre. Il se trouve ainsi exposé à la critique comme tout autre professionnel.

« Il faut accepter de se tromper, accepter la critique. Cela ouvre sur des nouveaux managers. Avec une expertise terrain, accepter de redescendre. »

Il est étonnant de constater que les cadres rencontrés considèrent le lean comme une opportunité de travailler avec son équipe et d'être présent dans le service. Comme si, ce n'était pas ou plus inscrit dans les méthodes de management actuel.

Le lean prône un travail collaboratif dans la recherche continue du gaspillage et de l'amélioration continue. Il suppose que chaque individu, quel que soit son niveau hiérarchique, est en mesure de proposer des solutions. Le cadre supérieur de l'établissement A le considère comme un objectif.

« La participation des ASH, on leur donne une place. Il faut faire en sorte qu'elles puissent s'exprimer. »

Les cadres doivent favoriser l'expression de tous et considérer chaque proposition de façon égalitaire. Il n'est plus celui qui impose ces idées et ces méthodes.

« Le lean permet de voir l'hôpital comme un système en oubliant les lignes hiérarchiques. »

Cette précision d'une directrice des soins rejoint la position de Patrice Marvanne. Dans le système lean, le cadre de santé n'est pas l'expert et le supérieur hiérarchique, mais un leader qui va savoir initier et accompagner le changement permanent pour améliorer le service rendu au patient. A ce stade, l'analyse permet de confirmer la deuxième hypothèse qui prédit que le lean favorise la collaboration des professionnels et la transversalité autour d'objectifs communs.

4.3 Le lean et l'amélioration de la qualité des soins.

Une cadre de l'établissement me précise en préambule de l'entretien que, pour elle, la qualité des soins doit être centrée sur le patient. *« La qualité, c'est tendre vers ce que l'on peut apporter d'adapté pour répondre au besoin du patient, y répondre au mieux. »* Au cours des différents entretiens et dans les questionnaires, le lean est souvent associé à la qualité.

4.3.1 Un levier pour l'amélioration de la qualité.

Le premier constat des personnes interrogées est l'effet déclencheur des outils du lean dans la recherche d'amélioration de la qualité. Il entraîne les équipes et plus particulièrement le cadre à se structurer autour d'une méthode. *« Le Lean : il faut être simple. C'est du bon sens que l'on a perdu. Le lean structure et nous pousse à mettre des objectifs, et s'interroger sur la non atteinte des objectifs. Comment répondre aux exigences ? »*

Les cadres se sentent au cœur du dispositif. La qualité n'est plus confiée exclusivement à une équipe transversale dédiée et n'est plus promulguée au travers d'enquêtes cycliques ou de groupes de travail réunis lors de résolutions de problèmes.

Le caractère permanent et constant dans la réflexion, qu'impose le lean, est mis en avant par l'ensemble des personnes. Le maintien de ce mouvement incombe à l'encadrement de proximité.

Le cadre supérieur de l'établissement A le décrit comme un changement par rapport aux pratiques habituelles. *« C'est une autre culture, la culture d'amélioration continue. Il faut revoir nos organisations de manière permanente. Favoriser l'évolution de l'activité. Là, c'est tout le temps. »*

Une directrice des soins confirme ce point de vue et fait une analyse critique des démarches qualité pratiquées habituellement dans les hôpitaux.

« Je suis convaincue de l'intérêt de cette démarche pour mieux travailler et sensibiliser les professionnels à la qualité de façon continue et, non pas, par phases comme les démarches qualité classiques. »

Une cadre de l'établissement B reconnaît que le lean impulse une dynamique mais, paradoxalement, cette réflexion permanente avec son équipe est aussi un poids.

« Il rassemble l'équipe tout le temps. C'est une difficulté mais un bénéfice aussi. Pour moi, c'est encore une contrainte. De voir tous les jours, si les gens sont disponibles. »

Je remarque que l'adjectif "permanent" pour définir la recherche d'amélioration fait consensus au détriment de "continue" communément utilisé dans les hôpitaux. J'y vois une volonté d'insister sémantiquement sur la rupture générée par le système lean.

Le deuxième élément qui rassemble les personnes interviewées est l'objet de la démarche. Identifier la valeur ajoutée pour le client recentre les réflexions sur le patient. Ce principe du lean est un levier pour les cadres parce qu'il rassemble tous les professionnels.

Quoi de plus légitime que de se soucier du service rendu au patient ?

Une directrice des soins n'oublie pas ce principe et l'utilise pour faire adhérer les soignants au projet. *« Cela part des soignants, des organisations soignantes. Je recentre toujours sur le patient, sur la sécurité et la qualité. »*

Il s'agit de donner du sens au projet pour impliquer les équipes et pour effacer les effets de l'image négative du lean. Une cadre supérieure pose le travail sur les valeurs comme un préalable si l'on ne veut pas se tromper sur les objectifs à atteindre et détourner la démarche vers d'autres voies.

« Je leur ai dit ok, mais avant, je veux travailler sur les valeurs avec les agents, il faut d'abord savoir le sens. Dans les services où je l'ai fait, cela a mieux marché car on se met d'accord sur notre conception du soin. Comment on veut soigner ? »

Tout d'abord s'interroger sur le sens mais aussi former les professionnels pour non seulement obtenir des résultats par l'implication et la participation de tous, mais aussi, donner un niveau d'acculturation proche à ces professionnels.

Une cadre me dit avoir été surprise par le niveau de compétences et de connaissances hétérogène des professionnels dans le domaine de la qualité, mais encore plus du décalage lié au niveau d'études. Le niveau de compréhension de certains membres de l'équipe a nécessité une approche pédagogique pour leur faire acquérir le vocabulaire et pour qu'ils se représentent les indicateurs.

« Le tableau, équipe démunie car pour certains, renvoie au cursus scolaire, l'acculturation du vocabulaire, la terminologie. »

Pourtant, selon les questionnaires, 99% des établissements travaillent sur les résolutions de problèmes en équipes pluri-professionnelles. La différence est que le lean associe l'ensemble des professionnels quel que soit le niveau hiérarchique tandis que les comités de retours d'expérience sont souvent constitués de professionnels considérés experts dans leur établissement.

La formation des agents sur le lean, avant le déploiement dans l'unité, s'est imposée dans les deux établissements. L'établissement B a pris conscience de la nécessaire acculturation de tous les professionnels au lean et à sa démarche et prévoit instituer une formation sur la base d'un thésaurus commun à chacun d'eux.

Passé ce cap, vient le travail sur la valeur ajoutée et le gaspillage donc le questionnement sur les pratiques de l'équipe. Il repose sur une relation de confiance sans jugement et sans évaluation, et en toute transparence.

Selon les cadres, certains membres des équipes ne sont pas en situation ou en mesure de s'exposer à la critique de l'autre. Une cadre m'explique avoir été confrontée au boycott des agents manifesté par un refus de déclarations d'événements indésirables ou d'irritants lors des réunions flash quotidiennes.

« J'ai eu le droit à la censure des post it, elles n'en mettaient plus. Pour certaines, par manque de confiance, pour d'autres, par la difficulté de se remettre en question. »

Pourtant, chaque problème ou événement indésirable soulevé apporte ses solutions, c'est le principe du Kaizen. Il est bien évident qu'il doit être obligatoirement partagé.

A la mise en œuvre du Kaizen dans une unité par l'intermédiaire de réunions hebdomadaires ou quotidiennes, les comportements observés sont différents. Les cadres de l'établissement A ont constaté une première phase où les professionnels ont mis en avant les dysfonctionnements et se sont focalisés sur des thématiques accessoires comme la gestion des poubelles ou le rangement des offices alimentaires. Pour elles, ce passage était obligé et a permis de faire adhérer l'équipe à cet outil du lean avant de faire la transition vers les processus métiers et les pratiques professionnelles.

Ce phénomène n'a pas été souligné par les cadres de l'établissement B. *« Les sujets commencent à se tarir. Cela a tout de suite été sur leur organisation de travail. »* Aucune explication n'est apportée pour anticiper l'attitude des soignants mais certains recommandent de préférer les unités où les équipes sont stables et où le contexte est serein. Les équipes en difficulté ne sont pas enclines à subir ce changement provoqué par le lean.

Tous les cadres s'accordent à dire que le lean est une opportunité pour améliorer ses pratiques.

« Cela fait réfléchir les gens à des pratiques quotidiennes. Cela permet de se remettre en question sur ses pratiques. »

Par ailleurs, la réflexion collective garantit la légitimité des actions proposées et leur appropriation par l'ensemble des professionnels. Par exemple, dans le cadre de l'aménagement d'un vestiaire de bloc opératoire avec l'outil 5S, la participation d'agents de chaque catégorie professionnelle a évité la remise en question des actions proposées et a permis leur application.

« Je suis persuadée qu'il n'y aurait pas eu le même impact sans ce groupe utilisateur. »

Cependant, une limite tient dans la participation des médecins à la démarche. Ils semblent plus réticents que les autres professionnels et peuvent parfois opposer une résistance qui condamne toute tentative de mise en œuvre. Une cadre me confessait ne pas pouvoir franchir les portes d'un bloc opératoire tant l'hostilité était forte.

Pourtant, leur participation et leur adhésion au système lean fédèrent l'équipe autour du projet et permet d'accélérer la dynamique.

« Les médecins adhèrent de façon variée. Ils n'ont pas encore vu un intérêt particulier. Les chirurgiens, c'est plus compliqué, ils trouvent cela dérisoire. »

La troisième hypothèse se trouve ainsi confirmée car chaque professionnel est concerné par le lean dans la recherche d'amélioration de la qualité des soins. Cependant, les outils nécessitent de l'adhésion et les professionnels qui ne sont pas convaincus par cette démarche peuvent se soustraire ou, plus encore, faire opposition.

4.3.2 Les limites d'un système détourné et difficile à pérenniser.

La méfiance que provoque le système lean chez certains professionnels provient également de son évocation pour justifier et argumenter des changements dans l'organisation. Une cadre expérimentée et très documentée sur le lean me l'exprime clairement.

« Le Lean est une vraie démarche avec des outils. Le risque est de modifier ces outils pour dire que c'est du Lean. On fait quelquefois du pseudo lean. »

Là est la difficulté, cette démarche n'est pas une somme d'outils mais une pratique guidée par des principes fondamentaux compris et respectés.

Un commentaire libre dans un questionnaire met l'accent sur ce risque d'absence de lien des actions et de l'esprit du lean. *« Attention à ce que le lean management ne soit pas utilisé de manière mécanique. Son inscription dans le projet d'établissement doit être accompagné, ne pas faire du lean pour faire du lean. »*

Une cadre supérieure de l'établissement B regrette que le lean soit présenté comme la seule approche de management par la qualité en oubliant les méthodes déjà utilisées qui apportaient leurs résultats.

« Tout n'est pas lean, non plus. Il y a des choses que je faisais avant. On mélange un peu le tout. »

Lors de mes entretiens, je demandais à mon interlocuteur de me décrire brièvement des projets s'inscrivant dans la démarche lean auxquels il avait participé. L'un deux m'a décrit une méthodologie de projet qui répondait nullement aux principes du lean. Une réorganisation était revue par les cadres pour être soumise ensuite aux ASH pour la validation des actions proposées. Réunir les acteurs, qui plus est, séparément, ne suffit pas pour considérer déployer du lean.

Une autre limite du lean émerge de mon enquête. Autant sa mise en œuvre dans une structure est un levier pour associer les professionnels dans une réflexion collective, autant sa pérennisation pose des difficultés.

« Le déploiement de l'approche lean peut avoir un effet mobilisateur important au sein d'une organisation. C'est un catalyseur pour démarrer des modifications et vaincre la résistance au changement³⁰. »

Une cadre me parle de dynamique initiée par le lean. *« C'est valorisant, c'est relativement nouveau. La dynamique peut se mettre en place. »* Cependant, passé une première phase euphorique très dépendante de l'engagement du cadre, le maintien de l'implication des équipes s'avère difficile. Les cadres de l'établissement B encore dans la période initiative sont inquiètes sur la suite du déploiement.

« Je me demande, qu'est-ce que cela va être après ? C'est la pérennisation qui m'inquiète. »

La finalité de cette pratique est apportée par une cadre : *« A terme, je me dis que la réunion flash ce n'est qu'un démarrage, un saut, très honnêtement, je ne suis pas sûre que cela dure 10 ans quand l'équipe aura intégré cela ; il faudra s'en détacher ; que cela se fasse naturellement. »*

Avant d'atteindre cet objectif final, le cadre doit accompagner l'équipe dans toute cette période d'apprentissage et d'acculturation. Si sa perception du lean est une contrainte en termes de temps et d'investissement, il abandonnera le projet avant l'autonomie des professionnels.

« On a arrêté parce que l'on avait cela plus les pôles. Cela nous prenait 30% de notre temps. »

Enfin, la poursuite d'un projet vient des résultats obtenus qu'il semble difficile d'objectiver dans le système lean.

4.3.3 Les indicateurs difficiles à trouver.

Les personnes interrogées m'ont tous cité des résultats et des objectifs atteints grâce au lean. Pourtant, ils présentent des difficultés pour me citer des indicateurs qu'ils ont mis en place pour évaluer les actions entreprises.

Une cadre m'explique que les effets positifs du lean ne sont pas facilement identifiables car l'amélioration continue par étapes successives rend l'évaluation sur une période donnée compliquée.

« Dans le Lean, beaucoup de temps de réflexion : difficulté d'être Lean si on est dans l'action / réaction. »

Le cadre supérieur de l'établissement A m'explique qu'il est compliqué de mesurer l'écart lié au système lean. Pourtant, cette objectivation lui semble essentielle pour défendre le lean et l'inscrire dans une démarche institutionnelle.

³⁰ OLIVIER Claude, RIVIERE Renée ; Impacts collatéraux de l'approche lean, gestions hospitalières, n°562, janvier 2017, p 32-35.

Dans les services que j'ai visités, j'ai pu observer que des tableaux dédiés étaient positionnés dans les unités. Ce tableau rassemble les problématiques relevées par les acteurs, les actions proposées et les résultats obtenus.

« Il existe un recueil des problématiques résolues dans chaque unité. »

Ce suivi visuel permet aux cadres de valoriser les équipes par la mise en évidence de la réussite. Une cadre me parle de "petites victoires" pour tracer le chemin accompli dans l'amélioration des pratiques.

« Les indicateurs sont souvent à part, un tableau par service. Cela permet de challenger les équipes. »

Les cadres s'appuient sur les résultats obtenus pour maintenir la motivation des équipes et par conséquent, leur participation active.

« En réunion, je faisais un listing de tout ce que l'on a amélioré, l'équipe a été surprise de tout ce que l'on a fait. J'avais le suivi visuel de ce que l'on met en place et je trouve que l'on ne valorise pas assez les projets. »

Les indicateurs retenus par les équipes sont essentiellement quantitatifs et numériques (durées de séjours, nombre de petits déjeuners servis, nombre de sabots de bloc mal rangés...). Certains cadres avancent le nombre de protocoles écrits ou actualisés dans le cadre de la démarche lean.

Aucun n'a évoqué une évaluation faite par le patient lui-même. Les indicateurs le concernant sont toujours recueillis et lus sous le prisme des soignants.

Dans ces deux établissements, l'amélioration de la prise en charge médicale n'est pas identifiée comme un objectif à atteindre. Seules les pratiques paramédicales entrent dans le champ.

Pourtant, des projets de recherche étrangers se sont penchés sur l'impact du lean dans l'amélioration des pratiques médicales et ont conclu à un effet positif.

« Une recherche menée précédemment par les auteurs montrait que les établissements utilisant les méthodes lean avaient un taux de mortalité plus faible³¹. »

L'application partielle du lean uniquement dans certains secteurs pour les établissements visités explique cette absence d'évaluation.

³¹ LEBEE Emilie ; Pratiques managériales et admissions hospitalières, revue managers de santé, n° 104, mai 2017, p35

5 Préconisations

5.1 Ce que veut réellement le patient : le fil rouge du directeur des soins.

Le premier principe du lean est d'améliorer la satisfaction du client. Une des particularités de l'hôpital tient dans le fait que le client intègre lui-même le processus de production, de plus, dans une démarche involontaire. C'est son état de santé qui détermine son entrée dans le système de soins.

« Les soins médicaux et les voyages appartiennent à ce que l'on appelle les services personnels, par opposition aux produits,..., la différence fondamentale tient à ce que, dans le cas des soins médicaux et des voyages, les clients sont directement impliqués, font obligatoirement partie du processus de production³². »

Le patient est au cœur du dispositif de sa prise en charge. En tant qu'acteur essentiel, il peut exprimer ses désirs et ses besoins à chaque étape du processus. Il est donc fondamental de faire resurgir et de recueillir ses préoccupations.

5.1.1 D'abord écouter le patient.

« Mickaël E Porter, professeur à Harvard, évoque 3 niveaux de soins qu'attendrai le patient : la survie, la capacité de récupération et le temps nécessaire au retour à une activité normale, la durée du traitement en cours³³. » Ces attendus ciblent la prise en charge médicale et font référence aux compétences des professionnels dans leurs pratiques propres. Mais qu'en est-il des attendus du patient vis-à-vis de l'organisation ?

Premièrement, le patient aspire à être entendu et à une meilleure prise en compte de ses attentes. Il s'exprime, s'informe et s'associe. L'accès à l'information médicale dépasse désormais le cercle de la relation soignant/soigné et permet au patient d'avoir des connaissances suffisamment larges pour participer à la prise de décision. L'émergence de nombreuses associations de malades traduit ce besoin d'être entendus. La réponse de l'organisation est alors de les intégrer dans les projets et de les associer à différents groupes de travail.

Dans un système lean, la présence d'un patient lors d'une séance de résolutions de problèmes ou de travail sur un processus, apparaît comme une vraie plus-value. Il s'agit de recueillir son avis et ses propositions du point de vue de son expérience d'utilisateur.

Enfin, en complément des enquêtes de satisfaction qui viennent mesurer le ressenti des patients vis-à-vis de sa prise en charge, il est productif de mener des enquêtes qui viennent interroger l'expérience des patients. Dans ces enquêtes communes dans

³² Ibid 18

³³ Ibid 27 p 40

certaines pays étrangers, les patients sont amenés à évaluer leur prise en charge sur des critères totalement objectifs par des questions précises. Le médecin, vous a-t-il expliqué le traitement de votre maladie en entretien individuel ? Combien de temps avez-vous attendu à l'accueil du bloc opératoire ?

Ces mesures d'expériences des patients s'appuient sur des faits et permettent ainsi d'obtenir des indicateurs comparables entre unités et dans le temps. Les résultats traduisent les progrès obtenus dans une démarche d'amélioration de la qualité. Ils ne modifient pas le comportement des patients mais influencent les professionnels.

« Il a été prouvé que ces données permettent de stimuler la volonté d'amélioration de la qualité des soins, au niveau de l'établissement de santé³⁴. »

5.1.2 Viser la performance de l'hôpital pour le patient.

Le patient souhaite des soins de qualité et en toute sécurité. Pourtant, sa satisfaction intègre d'autres critères comme les temps d'attente, le confort hôtelier, la qualité des informations données qui doivent être pris en compte dans la recherche de gaspillage et d'amélioration du service rendu.

L'organisation doit proposer des prises en charge coordonnées et synchronisées. Comment travailler ensemble pour coordonner les différentes étapes et éliminer les temps d'attente du patient ? La recherche d'optimisation des moyens humains et matériels s'est souvent faite au détriment du confort du patient. Par exemple, il est nécessaire de coordonner les rendez-vous pour limiter les déplacements et les attentes et ne plus les programmer qu'en fonction de la disponibilité du médecin ou d'un équipement.

La cartographie des flux permet d'identifier les parcours et de les fluidifier en éliminant les opérations sans valeur ajoutée et en identifiant les interfaces qui nécessiteront une réflexion sur la coopération des acteurs. Pour encourager et évaluer la démarche, des nouveaux indicateurs doivent être généralisés comme le délai pour obtenir un rendez-vous de consultation ou pour être opéré, le temps de prise en charge aux urgences, le nombre de transferts hors de la chambre.

Le confort du patient est un axe d'amélioration de sa satisfaction. Au cours d'un stage professionnel, j'ai pu constater l'impact d'une attention particulière sur les repas dans une unité de patients atteints d'un cancer. Avec l'aide d'un chef cuisinier étoilé, le dressage est revu et embelli à partir des ingrédients initiaux pour rendre les assiettes plus appétissantes. Avec peu de coûts supplémentaires, les patients sont satisfaits et prennent leur repas ce qui améliore, in fine, leur traitement.

³⁴ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ; Mesure de l'expérience du patient, Analyse des initiatives internationales, avril 2011.

Les nouvelles technologies viennent aussi apporter de nouvelles réponses. Elles permettent la transmission d'informations rapidement, mais elles offrent également une possibilité d'éviter des transports fatigants de la personne âgée d'un EHPAD en permettant une consultation à distance.

Le lean permet cette réflexion autour du parcours du patient en équipe pluridisciplinaire.

5.1.3 Des professionnels orientés vers le patient.

Après le nécessaire travail de coordination, l'attention doit être portée sur la relation soignant/soigné et la réponse donnée au patient et à son entourage.

L'hôpital est structuré autour des spécialités médicales malgré l'augmentation du nombre de patients présentant des poly pathologies. Dans son parcours, le patient rencontre des experts médicaux et paramédicaux, qui ont de nombreuses compétences dans leur spécialité, mais connaissent beaucoup moins la spécialité de leur collègue à qui il se réfère. Ce cloisonnement concerne également, dans une moindre mesure, les professionnels paramédicaux, notamment les infirmiers, puisque leur formation est polyvalente. Cependant, en fonction de leur parcours professionnel, certains infirmiers peuvent avoir une expérience exclusivement dans des unités d'un domaine d'activités comme la médecine, la chirurgie ou la gériatrie.

Dans une démarche lean, le patient doit obtenir une réponse adaptée à toute question posée. Par exemple, un patient hospitalisé pour une intervention chirurgicale doit pouvoir questionner une infirmière sur sa pathologie cardiaque associée.

Deux leviers se présentent au directeur des soins et contribuent à améliorer la coordination et le décroisonnement : la polyvalence et la gestion de parcours.

La polyvalence des soignants leur permet d'informer le patient sur sa prise en charge globale avec justesse. Elle s'acquiert par une politique de mobilité, par des échanges entre pairs et par de la formation continue. Cette politique de mobilité s'adresse à l'ensemble des soignants y compris les cadres.

La gestion des parcours est effectuée par des agents qui s'assurent de la coordination des différents actes pour limiter les temps d'attente du patient. Par exemple, une infirmière programmiste pour le bloc opératoire positionne le patient sur une plage opératoire mais aussi la consultation d'anesthésie, le bilan sanguin ou tout autre examen complémentaire. Cette gestion est effectuée pour réduire les déplacements du patient.

Par ailleurs, les compétences de cet agent doivent lui permettre de centraliser les informations, les transmettre au patient et rester son référent pendant sa prise en charge.

Par exemple, une infirmière coordinatrice en oncologie coordonne le parcours de soins en dedans et en dehors de l'hôpital.

5.2 Des approches du lean à définir selon les objectifs attendus.

5.2.1 L'approche par processus.

L'approche processus est une analyse collective des processus de prise en charge. Elle est orientée sur le patient et se focalise sur la valeur ajoutée et la recherche du gaspillage. Ce travail amène à impliquer plusieurs services simultanément et participe au décloisonnement de l'organisation. Il est, si possible, conduit par une personne neutre désignée par la direction qui peut ainsi, apporter son expertise dans la méthodologie en toute objectivité.

Prenons l'exemple de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC). Les nouvelles techniques opératoires et les évolutions des pratiques d'anesthésie amènent les équipes à reconsidérer les processus de prise en charge en chirurgie. Le processus est formalisé en équipe pluridisciplinaire pour être analysé. La pertinence ou l'adaptation de chaque activité est questionnée. Est-il nécessaire de prémédiquer le patient ? De placer un drain ? De maintenir la durée d'hospitalisation de plusieurs jours ? Les résultats montrent une diminution des effets négatifs associés à la chirurgie, donc une récupération facilitée des patients, et une diminution significative des durées d'hospitalisation.

Il faut introduire ici la notion de flux tirés pour fluidifier les parcours. Par exemple, le patient est conduit au bloc opératoire uniquement quand celui est en mesure de le prendre en charge dans un délai court. Il ne faut pas oublier que le lean ne cible pas uniquement la réduction des gaspillages mais recherche également la suppression des irrégularités dans l'activité et des surcharges du personnel et des équipements. La course à la productivité à outrance peut fragiliser l'organisation qui est alors incapable de gérer l'aléa et oblige les managers à agir intuitivement et dans l'urgence.

Une opération chirurgicale prolongée par des complications peut ainsi décaler tout le programme opératoire de la journée si l'organisation ne prévoit pas d'espace pour ces imprévus.

Dans une première phase de déploiement, il est recommandé de se concentrer sur les processus reproductibles et séquencés. Ils permettent d'acquérir la méthodologie et d'obtenir des gains importants en termes de qualité pour le patient. Les secteurs médicotecniques comme l'imagerie, le bloc opératoire ou les consultations présentent ces critères. La similitude avec les processus industriels facilite la projection et l'appropriation de la méthode à ces processus hospitaliers.

5.2.2 D'une démarche individuelle à un projet institutionnel.

Le déploiement du lean dans les hôpitaux se fait de manière très hétérogène. Cela peut aller de l'utilisation d'un outil dans un service isolé à une démarche systémique associant tous les acteurs dans l'application des principes fondamentaux

Dans son travail de thèse, Niccolo Curatolo classe les approches lean en trois catégories.

« - Une approche purement technique ou boîte à outils (utilisation isolée des outils et techniques lean).

- Une approche "amélioration de processus" qui tient compte à la fois des principes et des techniques et qui vise à améliorer un ou plusieurs processus particuliers.

- Une approche transformationnelle qui tient compte à la fois des principes et techniques et qui vise à transformer l'organisation (cette transformation pouvant s'appliquer à toute l'entreprise ou à un service particulier)³⁵.»

L'approche purement technique est uniquement mécanique et ne permet pas une appropriation du système lean par les professionnels. Basée sur l'utilisation d'un outil par le cadre, elle n'inscrit pas l'équipe dans une dynamique de démarche continue d'amélioration de la qualité des soins. Elle peut apporter des résultats ponctuels mais ne dépassera pas le périmètre de l'unité. Néanmoins, se servir de l'outil 5S ou le management visuel permet d'avoir une méthode structurée pour conduire le changement et introduire le concept lean dans la structure.

L'approche transformationnelle est très ambitieuse et semble difficilement applicable dans les hôpitaux aujourd'hui. Elle nécessite une adhésion de tous les acteurs, ce qui n'est pas objectivement envisageable compte tenu des hostilités présentes, notamment pour certaines catégories professionnelles comme les médecins. Par ailleurs, cette approche nécessite un investissement long pour en mesurer les bénéfices.

L'approche intermédiaire correspond à ce que j'ai pu constater dans les deux établissements de mon enquête avec un niveau de maturité et d'ancrage plus important dans l'établissement A.

Quel que soit le niveau espéré, la communication sur les objectifs attendus et atteints est essentielle. La confiance dans le système lean s'obtient par la reconnaissance et la valorisation des résultats. Le déploiement est une phase critique et doit être progressif et

³⁵ CURATOLO Niccolo ; Proposition d'une méthode lean pour l'amélioration des processus métiers : application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital. Ecole nationale supérieure d'art et métiers, 2014.

régulier et doit s'appuyer sur les réussites. Lever les doutes des professionnels avec des résultats qualitatifs qui prouvent le respect des personnes.

Pour le directeur des soins, il s'agira d'établir une stratégie de déploiement du lean dans les unités de soins conforme aux objectifs institutionnels mais aussi adaptée à la capacité du moment de chaque unité. L'enquête a démontré que les changements qu'impliquent le lean ne sont pas supportables pour une équipe ou pour un cadre en difficulté. La stabilité de l'unité devient un postulat de départ avant toute initiative. Le directeur des soins doit donc construire le déploiement sur cette base, ce qui lui demande d'être en mesure d'évaluer la capacité de chaque unité et de mettre en œuvre l'accompagnement adéquat.

Dans la continuité de la phase de déploiement vient la phase d'implantation qui garantit l'ancrage et la pérennité du système lean.

La formation des acteurs sur l'amélioration continue est encouragée. Ils doivent s'approprier cette démarche pour être impliqués en permanence et être force de proposition. Pour certains, cette formation est menée jusqu'à l'expertise pour leur confier le rôle de formateurs et d'accompagnateurs de projets. Leur connaissance de l'établissement et des pratiques lean permettent de mettre de la cohérence dans le projet et de diffuser un message autour d'un sens commun. Leur expertise certifie également que la méthodologie utilisée est conforme aux outils du lean.

Le partage d'expériences permet l'acquisition des savoirs. Il prend la forme de rencontres entre cadres dans un même établissement, de tutorat d'un pair expérimenté ou de participation à des colloques. Les échanges avec des professionnels d'un établissement déjà engagé dans la démarche lean permettent de comprendre et de s'inspirer de l'expérience de l'autre.

Un plan de communication doit être élaboré pour transmettre sur les résultats obtenus mais surtout rappeler les principes et les valeurs qui animent ce projet. Les équipes sont encouragées à communiquer sur les progrès acquis et à valoriser leur travail. Les vecteurs utilisés sont, par exemple, le journal interne, une plateforme informatique, une communication en réunion plénière.

Enfin, l'implantation de lean passe également par son intégration systématique dans les projets stratégiques de l'établissement. Les réorganisations, les restructurations, les réflexions sur des nouvelles activités sont menées dans les principes du lean.

5.3 Le lean comme levier managérial du directeur des soins.

L'un des principes du système lean est d'apporter de la valeur à l'organisation en développant les individus. Il s'agit de repérer les ressources et les potentiels parmi les professionnels pour les laisser s'exprimer et agir, mais surtout, développer les compétences de chacun d'entre eux.

5.3.1 Positionner les cadres de santé au cœur du dispositif.

Les cadres sont au cœur du système lean et, pour certains, voient leurs pratiques profondément modifiées. Les lignes hiérarchiques sont remises en question et progressivement, le cadre n'est plus attendu comme un expert du soin mais comme un leader qui impulse une dynamique de changement dans son équipe.

Dans le référentiel d'activités et de compétences du diplôme de cadre de santé, la nécessaire adaptation du cadre de santé à son environnement est rappelée.

« Le cadre de santé doit s'adapter à des évolutions continues : évolution médico-économique et évolution de l'organisation interne, gestion de professionnels avec des expertises différentes, évolution de la fonction managériale, évolution des politiques de qualité et de gestion des risques, évolutions technologiques, évolution de l'offre et de la demande en santé, évolution des dispositifs de formation initiale et continue, ...³⁶ »

Le changement est donc, inévitable dans une unité de soins. Le lean apporte des pratiques et une philosophie pour accompagner le mouvement en équipe.

Les éléments et les informations qu'il peut recueillir dans sa fonction lui permette de donner le cap et d'encadrer la réflexion collégiale. Il anime désormais des équipes de volontaires.

Il soutient et conduit l'équipe dans la démarche de résolution de problèmes pour permettre cette amélioration continue des processus de soins.

L'information uniquement descendante laisse sa place à la discussion et à la collaboration avec l'ensemble des équipes. C'est une posture qui nécessite d'être proche des membres de l'équipe et positionne le cadre comme un acteur central de l'unité de soins. Il n'a pas d'autre choix que d'être au contact des patients et des professionnels.

« Le lean se pratique « là où cela se passe », c'est-à-dire sur le terrain, avec les vrais problèmes, les vraies personnes, les vrais patients. Tous les cadres doivent aller sur le

³⁶ Diplôme cadre de santé : référentiel d'activités et de compétences, Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins, décembre 2012.

terrain le plus souvent possible. Faire disparaître « on m'a dit que... ! », mais rechercher les faits à la source³⁷.»

Le cadre mobilise et travaille en équipe dans le respect et la reconnaissance de l'autre. Les retours et la valorisation des réussites alimentent la motivation des professionnels. Comme le font certains des cadres rencontrés sur mon terrain d'enquête, des points réguliers sur les résultats obtenus sont verbalisés et formalisés.

Quant au cadre, sa motivation n'est plus liée à sa capacité de résoudre des problèmes dans l'urgence. Il sort de la "culture pompier" qui l'amenait à intervenir pour gérer des dysfonctionnements sans pouvoir agir sur leur origine. Sa satisfaction vient des progrès dans la prise en charge des patients, le respect des bonnes pratiques et la réduction du nombre d'événements indésirables.

Le directeur des soins garde une attention particulière sur les cadres. Il doit être en mesure de repérer les résistances pour les lever, mais aussi repérer les difficultés et le mal-être que génère l'application du lean. En ce sens, le lean devient un levier managérial.

Il veille à la mise en œuvre d'une formation dédiée puis d'un accompagnement par une personne experte dans l'unité. Ensuite, progressivement, l'amélioration continue devient une pratique spontanée et le cadre peut s'écarter ou modifier les outils qui ne sont que des méthodes.

Le directeur des soins doit tenir compte des pratiques du lean dans le dimensionnement du périmètre d'activités de chaque cadre. Encadrer une grande ou plusieurs équipes limite le travail de proximité que demande le système lean.

5.3.2 Associer l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

L'intégration du système lean demande un dispositif de formation adapté. Les sessions organisées doivent être orientées selon deux axes : acquérir la méthodologie des outils du lean et comprendre les principes et la philosophie du lean, et leur traduction dans l'hôpital.

Ces séances doivent déboucher sur un engagement réel des équipes dans leur intégralité, c'est-à-dire des médecins et des soignants. Elles sont donc construites sur des thématiques centrées sur le patient. L'objectif principal est l'acquisition de la pratique de résolution de problèmes pour qu'ils soient ensuite en mesure de proposer des actions qui les concernent.

³⁷ Ibid 26, p 71

Un cadre de l'établissement A m'avait souligné un effet collatéral du lean. Les réunions centrées sur les résolutions de problèmes entraînent les professionnels à analyser et argumenter la problématique qu'ils vont présenter devant leurs collègues.

«En réunion, elles doivent avancer leurs arguments face aux équipes. La facilité est de passer devant mon bureau et de dire ce qui ne va pas.»

Les pratiques individuelles et collectives sont réinterrogées en équipe. Ces échanges doivent rester libres et constructifs et, en aucun cas, sont utilisés par le cadre dans le dispositif d'évaluation des agents.

Ces réflexions régulières développent l'intelligence collective de l'équipe et permettent à l'organisation de s'adapter à son environnement changeant en permanence. Les outils du lean perdent progressivement de l'importance quand l'équipe voit chaque dysfonctionnement comme une opportunité de s'améliorer et cherche à accroître la qualité du service rendu au patient.

La déclaration des événements indésirables ou des presque événements est encouragée par un engagement de la direction de ne pas les utiliser à titre de sanction. Une charte de non culpabilité est un levier pour éviter l'autocensure des professionnels.

Le directeur des soins porte cette politique et s'engage à ce qu'elle soit respectée. Il a, par ailleurs, un rôle de veille pour s'assurer que les actions entreprises n'altèrent pas la qualité des prises en charge des patients mais aussi respectent les conditions de travail des professionnels.

« La chasse aux gaspillages fera l'objet d'une attention toute particulière, afin qu'elle ne vienne pas pénaliser la qualité des soins et la raison d'être de la médecine³⁸. »

Sa position stratégique au sein du directoire lui permet de prendre part à la sensibilisation des médecins présents et en particulier, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'implication des praticiens dans une unité intensifie la dynamique et entraîne l'adhésion du personnel soignant.

³⁸Ibid 27, p 47

5.3.3 Une démarche portée par la direction.

L'enquête a mis en évidence la nécessaire implication de la direction dans l'intégration du lean. Cet engagement doit être visible et lisible pour asseoir la légitimité de toute initiative d'utilisation d'un outil du lean. Il est illusoire de vouloir développer une approche lean sans cet appui.

Il est à noter que le démarrage du projet est à l'initiative de la direction qui pose les objectifs et définit un calendrier. Cette phase initiatique est la seule, mais nécessaire étape où le processus de décision s'effectue de manière descendante. Une fois ce cadrage posé, le travail de mise en œuvre intègre la transversalité. A l'hôpital, le directoire a toute légitimité pour tenir son rôle puisque cette instance réunit des membres de la direction et des médecins responsables de pôles.

Dans une démarche axée sur l'amélioration de la qualité des soins, le directeur des soins peut porter le projet seul.

« La direction doit donner tous les moyens nécessaires...ces moyens sont de la formation, la validation des standards, des normes, des guides de bonnes pratiques, des règles à respecter ainsi qu'un système de reconnaissance visant à encourager l'amélioration permanente³⁹. »

La direction donne donc les conditions nécessaires pour mettre en œuvre le dispositif et le maintenir dans la durée. Des moyens humains sont dédiés au projet dans sa phase initiale et de déploiement. Ils prennent la forme d'une équipe transversale qui est chargée de former et d'accompagner les équipes.

« La direction des ressources humaines doit être partie prenante de votre démarche et, pourquoi pas en être l'instigateur. Son absence serait un sérieux frein⁴⁰. »

Le risque de cette démarche est lié à la mobilité du personnel de direction. Le départ de directeurs porteurs du projet peut rompre subitement la dynamique et mettre le système lean en suspens.

Dans le cadre d'une démarche institutionnelle qui dépasse quelques unités, une stratégie de communication est élaborée pour diffuser l'information dans l'ensemble de l'hôpital. Il est recommandé de ne pas associer le lean à une mesure de réduction des effectifs ou d'économie. Le message doit porter essentiellement sur l'amélioration du service rendu au patient.

³⁹ Ibid 27, p 91

⁴⁰ Ibid 26, p 16

L'amélioration de la performance de l'hôpital doit être vue comme un effet collatéral de l'amélioration continue des processus et des pratiques.

Le directeur des soins s'appuie sur l'encadrement, notamment via les réunions de cadres, pour diffuser l'information dans les secteurs de soins.

Enfin, prôner des bonnes pratiques sans se les appliquer à soi-même n'a pas de sens. Les membres de la direction doivent donc aller sur le terrain pour rencontrer le personnel des unités et rendre la démarche crédible.

La directrice des soins de l'établissement A a choisi de participer à certaines réunions flash pour rencontrer les équipes en complément de visites sur la période estivale.

« Je vais participer aux stands up ; cela me permet de faire de la proximité, d'entendre leurs problématiques et de faire passer des messages. »

Le directeur des soins privilégie les unités de soins et rencontre les soignants sur leur lieu de travail et pendant leur activité. Ces moments d'échanges, de courte durée, viennent compléter les réunions de service où peut intervenir le directeur des soins de manière formelle et organisée.

Dans ma fonction future de directeur des soins, je projette m'inspirer du lean pour conduire ma politique managériale. Après avoir diffusé mes objectifs qui reposent sur l'amélioration de la qualité des soins et l'optimisation des parcours de soins, je compte intégrer les outils du lean dans les unités de soins pour :

- Centrer les réflexions collectives sur le patient.
- Aider le cadre de proximité à mener ses missions au sein de l'équipe pluri professionnelle et notamment dans le champ de la qualité.
- Optimiser et simplifier les parcours des patients par une analyse des processus et des flux.
- S'interroger sur les organisations de travail et les adapter au changement de contexte ou aux évolutions des pratiques médicales et paramédicales.
- Développer les compétences des professionnels dans la démarche d'amélioration de la qualité.
- Favoriser le travail collaboratif et transversal.
- Valoriser les résultats obtenus.

Et pour aller plus loin vers le système lean, je souhaite :

- Associer le patient dans les démarches d'amélioration de la qualité et dans les groupes de résolutions de problèmes.
- Recueillir le niveau de satisfaction du patient au travers d'enquêtes d'expériences patient.
- Encourager la polyvalence par une politique de mobilité et un dispositif de formation et d'échanges entre pairs.
- Favoriser la déclaration des événements indésirables (charte de non-culpabilité).
- Faire des visites régulières sur le terrain pour rencontrer les professionnels.

Conclusion

L'hôpital n'est pas une entreprise comme une autre. Le patient est à la fois le client et le produit du processus de soins. Malgré la catégorisation des pathologies et la standardisation des prises en charge, chaque parcours de soins est singulier et propre à chaque individu. Par conséquent, le système lean nécessite d'être adapté au contexte hospitalier et certains de ses outils ne sont pas applicables en dehors du domaine de l'industrie.

Cependant, les principes du système lean sont transférables et ont toute leur légitimité à l'hôpital.

Le lean est une démarche qualité différente et complémentaire et doit être vu comme un nouveau levier pour améliorer la qualité des soins. Il doit être considéré comme une opportunité par son approche différente et vient compléter l'apport des normes, des accréditations ou des certifications.

Une attention particulière est portée sur la première phase d'un projet d'intégration du lean avec un temps consacré à la pédagogie et à la communication avant le déploiement. Les objectifs, les critères d'évaluation et le calendrier sont définis et formalisés. Le lean permet le développement des compétences des professionnels, donne du sens en se centrant sur le patient et encourage le travail collaboratif. Il bouscule certaines pratiques managériales en redonnant une place centrale au cadre de proximité dans un management participatif.

En tant que futur directeur des soins, je considère dorénavant le lean comme un levier pour améliorer la qualité des soins et le service rendu au patient. Outre l'apport méthodologique donné par les outils, la place et le rôle donnés à chacun des acteurs viennent conforter ma conception du management à l'hôpital.

Enfin, le lean améliore la performance de l'hôpital par le développement des compétences des professionnels et par la capacité d'adaptation aux changements qu'il permet.

Bibliographie

Références juridiques

Référentiel métier directeur des soins, Centre National de Gestion, site internet www.cng.santé.fr

Référentiel d'activités et de compétences : Diplôme cadre de santé ; Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins.

Ouvrages

BALLE Freddy, BALLE Michael, Le Gold mine, un récit lean, L'Harmattan, 2014.

BALLE Michael, BEAUVALLET Godefroy; Le management Lean, Pearson France, 2016.

BELET Daniel ; Devenir une vraie entreprise apprenante, les meilleures pratiques, éditions d'organisation, 2003.

BRILMAN Jean ; Les meilleures pratiques de management. Au cœur de la performance, Editions d'organisation, 2001.

HAS ; Manuel de certification des établissements de santé, V2010, janvier 2014.

MARVANNE Patrice ; Le Lean à l'hôpital, améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer des talents ; décideurs santé, Les études Hospitalières, 2014.

WOMACK James, JONES Daniel ; Système Lean, Penser l'entreprise au plus juste, Pearson Education France, 2ème édition, 2009.

Thèse

CURATOLO Niccolo ; Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers : application au processus de la prise en charge médicamenteuse à l'hôpital, Ecole Nationale supérieure d'arts et métiers, 2014.

Revue et articles de presse

BARREAU Pascal ; L'hôpital est-il une organisation apprenante ? Revue soins cadres, n°79, août 2011.

BRUNELLE Y et al ; Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ; Pratiques et organisation des soins, volume 40, n°1 janvier-mars 2009.

COLLIN Arnaud, DEMANET Quentin, PAUL Erwann ; Magnet hospital et attractivité hospitalière : quelle articulation ? Gestions hospitalières, n°544, mars 2015.

INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale); Mesure de l'expérience du patient, Analyse des initiatives internationales, avril 2011.

LEBEE Emilie ; Pratiques managériales et admissions hospitalières, revue managers de santé, n° 104, mai 2017.

OLIVIER Claude, RIVIERE Renée ; Impacts collatéraux de l'approche lean, gestions hospitalières, n°562, janvier 2017.

TRILLING Lorraine, PELLET Bertrand, DELACROIX Sabine, COLLELA Fleury Hélène, MARCON Éric ; Retour d'expérience sur la mise en place du Lean dans un centre de radiothérapie, GISEH, 2010.

Principes d'une entreprise apprenante, note réalisée pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, juin 2007.

OGIEN Albert, L'hôpital saisi par la quantification. Une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité, Sciences de la société, Presses universitaires du Mirail, n°76, 2009.

Organisation internationale de normalisation, Principes de management de la qualité, ISO, 2016.

SPINHIRNY Frédéric ; Lean management et bon sens, Gestions hospitalières, n°523, février 2013

Sites internet

www.boutique.afnor.org

www.santepublique.eu

www.iso.org

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Questionnaire.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE : Le management par la qualité

1. Existe-t-il un dispositif de tutorat pour les nouveaux agents recrutés dans votre établissement ? (exemple: accompagnement d'une IDE par un pair expérimenté sur plusieurs semaines)

- oui
- non
- je ne sais pas

2. Les membres de la direction, font-ils des visites régulières et planifiées dans les unités de soins pour comprendre les organisations et rencontrer les professionnels ?

- oui
- non
- je ne sais pas

3. Existe-t-il des groupes de résolution de problèmes (ou CREX, RETEX) qui associent l'ensemble des acteurs d'une équipe pluri professionnelle ?

- oui
- non
- je ne sais pas

4. Les résultats des indicateurs de qualité ou d'activité sont-ils affichés et commentés au cœur des unités de soins ?

- oui
- non
- je ne sais pas

5. Avez-vous mis en place ou accompagné une politique de mobilité ?

- oui
- non

6. Avez-vous managé et formalisé des processus de prise en charge pour les standardiser et éviter les erreurs ?

- oui
- non
- je ne sais pas

7. Avez-vous managé et formalisé des processus de prise en charge pour identifier les temps d'attente et pour identifier les activités sans apport pour le patient ?

- oui
- non
- je ne sais pas

8. Les équipes projet intègrent-elles tous les professionnels ?

- oui
- non
- je ne sais pas

9. Avez-vous travaillé sur une organisation en flux tirés (gestion des lits, processus chirurgie ambulatoire, bloc opératoire...) ?

- oui
- non
- je ne sais pas

10. Existe-t-il des espaces d'échanges entre pairs ?

- oui
- non
- je ne sais pas

11. Des projets sur les réaménagements ou les rangements des espaces ont-ils été conduits dans votre établissement (pharmacies, bloc opératoire, office de soins) ?

- oui
- non
- je ne sais pas

12. Connaissez-vous le Lean management ?

- oui
- non

13. Pouvez-vous citer 3 mots clés sur le Lean ?

14. Connaissez-vous l'organisation apprenante ?

- oui
- non

15. Pouvez-vous citer 3 mots clés de l'organisation apprenante ?

16. Commentaires libres.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Phrase d'introduction : Bonjour Monsieur/Madame, merci de me recevoir et d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Le sujet de mon travail est le management par la qualité et en particulier le lean. Cet entretien a pour objectif de comprendre la manière dont s'est déroulé ce projet dans votre établissement et comment vous y avez participé. Tout le recueil sera anonymisé. M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien ?

L'échange devrait durer à peu près 1 heure. Je vais vous poser quelques questions ouvertes concernant les projets lean mais vous êtes libre de me parler de tout élément qui vous paraît important ou de compléter les questions posées. Souhaitez-vous avoir d'autres précisions avant que nous débutions ?

- Pourriez commencer par vous présenter brièvement ?
- Qu'est-ce qu'une démarche qualité ?
- Qu'est-ce que vous avez mis en place pour améliorer la qualité des soins ?
- Quel est le rôle de l'encadrement dans l'amélioration de la qualité des soins ?
- Quels sont les projets ou chantiers Lean auxquels vous avez participé à l'hôpital ?
- Quels étaient les objectifs annoncés ?
- Quelles sont les grandes étapes que vous avez suivies durant ce projet Lean ?
- Quelles sont les techniques et outils que vous avez utilisés ?
- Pourriez-vous me dire qui étaient les autres personnes impliquées dans ce projet lean et quels étaient leurs rôles ?
 - Implication des équipes médicales, soignantes, administratives?
 - Comment obtenir l'adhésion ? Quelle collaboration ?
- Quelles sont les principaux freins que vous avez rencontrés lors de ce projet ?
- Quelles sont selon vous, les spécificités du milieu hospitalier dont il faut tenir compte pour effectuer une démarche Lean dans un établissement de santé ?
- Avez-vous obtenu des résultats ? Quels indicateurs ? Quels impacts pour le patient ?
- Quel lien entre le lean et les résultats obtenus ? Quelle est la plus-value du lean ?
- Pour votre pratique, qu'est-ce que le Lean vous a apporté ?

LETENNEUR

BENOIT

Décembre 2017

Directeur des Soins

Promotion 2017

Le management par la qualité du directeur des soins : Et pourquoi pas le lean ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université PARIS-Denis DIDEROT

Résumé :

Dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint et dans un environnement en mouvement lié aux avancées technologiques et aux nouvelles pratiques médicales, la performance de l'hôpital se mesure désormais par sa capacité à faire évoluer ses modes d'organisation.

Dans leur recherche d'adaptation, les gestionnaires des établissements de santé se sont tournés vers d'autres domaines d'activité comme l'industrie pour s'inspirer de pratiques innovantes et notamment certaines démarches d'amélioration de la qualité.

Le système lean ou lean management est ainsi apparu dans les hôpitaux au travers des projets d'établissement pour répondre aux impératifs conjoints de performance, d'optimisation et de qualité.

Cette pratique qui définit l'amélioration du service rendu au client comme principe fondamental, permet-elle d'améliorer la qualité des soins et donc, d'être un levier pour le directeur des soins ?

L'enquête menée au travers de questionnaires et d'entretiens semi-directifs permet de valider la faisabilité et la pertinence du lean dans les unités de soins.

Même si son intégration nécessite une adaptation des outils en raison des spécificités d'un établissement de santé, il permet de développer une culture d'amélioration de la qualité des soins basée sur l'implication et la collaboration des professionnels de santé. Les processus de soins sont analysés pour être simplifiés, optimisés et coordonnés.

Le directeur des soins peut s'emparer du lean comme une démarche qualité complémentaire, construite, partagée et centrée sur la qualité du service rendu au patient.

Mots clés :

Qualité-Qualité des soins-Démarche qualité-Management par la qualité-Lean

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.