



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2019**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**Le Lean management,
Levier innovant de transformation**

Delphine HENNIART

Remerciements

En premier lieu, mes remerciements vont aux professionnels de santé qui m'ont accompagné tout au long de cette formation et de ma réflexion : directeurs d'hôpitaux, équipes médicales et de soins, et naturellement aux directeurs qui m'ont accueilli en immersion professionnelle.

Merci à mon mari Philippe et mon fils Swann pour leur soutien, leur patience et leur amour, qui ont dû et su se débrouiller sans moi pendant cette année.

Mes remerciements les plus profonds à ma colocataire de l'année qui a supporté mes états d'âmes et partagé nos nombreux fous rires : Sabine.

Merci à l'équipe d'élèves directeurs « Quelle calor » avec qui j'ai partagé de nombreuses soirées dans la bonne humeur.

« L'innovation systématique requiert la volonté de considérer le changement comme une opportunité »

Peter Drucker (1909-2005)

Sommaire

Introduction	1
1 Environnement du directeur des soins dans un établissement de santé	7
1.1 Hôpital et complexité	7
1.1.1 L'hôpital comme structure complexe	7
1.1.2 La complexité et ses outils de gestion	8
A) La complexité	8
B) Les outils de gestion de la complexité	9
1.2 Le changement et son accompagnement dans cette complexité	10
1.2.1 Définitions des notions de changement et de transformation	10
1.2.2 La résistance	11
1.3 Management et innovation managériale	12
1.3.1 Le management	12
A) Définition	12
B) Evolution du management	12
1.3.2 L'évolution du management et du manager	13
A) Le manager facilitateur	13
B) Le management systémique	13
1.3.3 Innovation managériale	15
A) Définition	15
B) Les différents niveaux d'innovation	15
1.4 Le Lean Management	16
1.4.1 Le Lean industriel	17
A) Définition	17
B) Méthodologie, outil, philosophie ?	17
1.4.2 Le Lean hospitalier	18
A) Définition et objectifs	18
B) Accompagner la philosophie Lean	20

2	Explorer pour s'approprier	23
2.1	Méthodologie d'enquête	23
2.1.1	Les établissements	23
2.1.2	Les acteurs	23
2.1.3	La méthode de recueils	23
2.1.4	Les limites	24
2.2	Accompagner les transformation par le Lean	25
2-2-1	Les innovations managériales à l'hôpital et le Lean.....	25
A)	La place des innovations managériales.....	25
B)	Le Lean, innovant.....	26
C)	Le Lean accompagne les transformations : sens et adhésion	26
2-2-2	Place de l'équipe de direction dans le Lean et particulièrement du DS.....	28
A)	Acculturation à la philosophie.....	28
B)	Principe de subsidiarité	30
2-2-3	Les outils du Lean : plus-value de la démarche.....	32
A)	Les outils structurent les actions et aident à la décision	33
B)	Les outils objectivent les Résultats.....	33
2.2.4	Prendre en compte les limites	35
A)	Les difficultés méthodologiques	35
B)	Les difficultés humaines	36
C)	Les difficultés de conduite du changement et de culture hospitalière	36
3	Préconiser pour opérationnaliser	39
3.1	Articuler la démarche Lean avec les partenaires	39
3.1.1	Privilégier la co-construction.....	39
3.1.2	Pratiquer la subsidiarité.....	40
3.1.3	Etablir le projet de prise en charge des patients	41
3.1.4	Permettre la rencontre des idées des usagers et des professionnels	42
3.2	Le Lean, levier managérial du directeur des soins.....	43
3.2.1	Positionner l'encadrement.....	43
3.2.2	Associer les acteurs médicaux et paramédicaux	45

3.2.3	Porter la démarche en équipe de direction	46
3.3	Se positionner durablement.....	48
3.3.1	Manager durablement et prendre en compte la résilience	48
3.3.2	Développer son leadership authentique	51
	Conclusion	53
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale de l'Amélioration de la Performance
CDS	Cadre de Santé
CDU	Commission des Usagers
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DAF	Directeur des Affaires Financières
DG	Directeur Général
DH	Directeur Hospitalier
DPC	Développement Professionnel Continu
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
ES	Etablissement de Santé
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HAS	Haute Autorité en Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sanitaires
IM	Innovation Managériale
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
MIT	Massachusetts Institute of Technology
PCME	Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PE	Projet d'Etablissement
PM	Projet Managérial
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
PRE	Plan de Retour à l'Equilibre
QVT	Qualité de Vie au Travail

Introduction

Les défis auxquels les hôpitaux sont confrontés et plus largement le système de soins obligent les structures à s'adapter de façon permanente aux nouvelles modalités : Prises en charge, gouvernance, technologies, système d'informations et leurs impacts sur l'organisation, qualité et efficience.

En effet, les évolutions constantes du système de santé et en particulier les orientations politiques contenues dans la loi de 2005 nouvelle gouvernance, (Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 et ordonnance n°2005-1112 du 1 septembre 2005), renforcée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (HPST) (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009), la loi de modernisation du système de santé (LMSS n°2016-41 du 26 janvier 2016) et enfin la loi « Ma santé 2022 » transforment le système de pilotage stratégique des établissements de santé (ES).

Ces transformations et notamment la tarification à l'activité requestionnent perpétuellement les notions de concurrence et de performance des ES qui adaptent leur offre de soins aux besoins de la population et garantissent leurs missions de service public.

Ces évolutions permettent aux établissements de santé de faire évoluer leurs organisations en accompagnant les changements institutionnels qui en découlent et les engagent à innover. Les innovations sont habituellement pensées d'un point de vue médical et thérapeutique, il est rarement fait référence à la dimension organisationnelle et managériale dans lesquelles elles sont développées alors que l'hôpital ressent depuis quelques années, le besoin de faire évoluer son management.

De plus, les innovations engendrent de façon certaine, des changements pour tous les acteurs de santé. Ces changements, bien que nécessaires à l'hôpital questionnent le management des dirigeants.

Ce constat de départ fait référence à une situation que nous avons vécu lors de notre expérience professionnelle et notamment dans le dernier établissement dans lequel nous avons exercé. Il présentait un déficit financier à hauteur d'un million 300 000 euros pour une capacité d'accueil de 400 lits. Nous avons donc mis en œuvre un plan de retour à l'équilibre (PRE) auquel j'ai participé en tant que faisant fonction de directrice des soins, afin d'être plus efficient et de réduire notre déficit.

La déclinaison de ce PRE entraînait des changements d'organisations majeurs avec des mutations géographiques de certains services, des modifications de maquettes organisationnelles, des développements de certaines activités au détriment d'autres, des passages en 12h de certains professionnels...

Ces propositions de changements ont créé énormément de questionnements de la part des acteurs opérationnels : personnels paramédicaux, médicaux, et organisations syndicales. Les personnels étaient réfractaires au changement demandé, des incompréhensions et des mécontentements sont apparus. Les acteurs médicaux ou paramédicaux et les représentants des personnels exigeaient le retrait du projet. Dès lors l'absentéisme a augmenté de manière significative.

La question du changement et de son accompagnement nous a donc interpellé.

Le changement est nécessaire afin de répondre aux mutations dans un but d'adaptation au contexte et de performance, cependant tout changement, même minime, peut entraîner des résistances de la part des acteurs, des mécanismes d'adaptation voire un mal-être professionnel. De ce fait, il nécessite un accompagnement particulier et attentif de la part des responsables hiérarchiques et notamment du directeur des soins (DS) qui peut piloter la mise en place d'un management adapté.

Le changement ici, n'appartient pas à une innovation médicale ou thérapeutique mais à un changement organisationnel, un changement d'activités et d'habitudes, et entraîne des relations professionnelles modifiées. Il est nécessaire de prendre en compte toutes les particularités inhérentes à la complexité du monde hospitalier, notamment les trois mondes qui peuplent l'hôpital : paramédicaux, médicaux et administratifs/ direction. L'hôpital est la rencontre de ces trois mondes et de ce fait de trois logiques. : une logique gestionnaire administrative, une logique médicale et une logique paramédicale.

Il est donc important de mettre en place un management particulier qui ne peut être pyramidal et autoritaire, mais adapté voire nouveau, en plaçant les acteurs de soins et les patients au centre du système et des dispositifs.

Un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) « l'hôpital » de 2012 renforce le constat :

« Les établissements de santé doivent allier, en permanence, les préoccupations de gestion et l'exercice d'un professionnalisme de pointe, porteur de lourdes responsabilités. Dès lors, il ne peut y avoir de rupture entre professionnels de santé et gestionnaires : les premiers doivent comprendre l'économie de la structure dans laquelle ils exercent, les seconds doivent avoir toujours présent à l'esprit le fait que la valeur de l'entité qu'ils dirigent est médicale... La santé est un métier de service, c'est-à-dire d'hommes et de femmes. Autant dire que la gestion humaine est essentielle ».

Le rapport de l'IGAS relate bien la nécessité de l'hôpital à mettre en place des organisations efficaces en menant des changements dans lesquels l'humain prend une place centrale et qui interroge le management des responsables hiérarchiques.

Ces trois constats mettent en évidence l'importance du management des directions dans l'accompagnement des mutations, en recentrant les ressources humaines au centre du dispositif d'accompagnement.

Ce sujet nous intéresse particulièrement car le management est une mission du DS dans laquelle il a une certaine latitude et marge de manœuvre dans sa façon d'aborder et d'appréhender le sujet. Certes il doit guider le projet d'établissement et le projet managérial, cependant il amène dans cette gestion son leadership, son identité, ses expériences et ses valeurs.

Dans un contexte où les transformations et les projets menés concernent en premier lieu les organisations des soins, le rôle du DS est majeur. En effet, il peut apporter son expertise en travaillant sur des projets efficaces qui garantissent la qualité et la sécurité des prises en charge.

De plus, la question du management est régulièrement questionnée dans la stratégie des entreprises et leurs organisations, à tous les niveaux de décision, et permet *in fine* d'atteindre la performance.

Il est alors nécessaire de réfléchir à notre manière de manager, voire de l'adapter afin de rendre nos organisations plus agiles, plus réactives et plus efficaces.

Prendre en compte la dimension humaine est alors essentielle afin de relever ce défi.

Avant notre prise de poste, il nous semble pertinent de nous questionner sur notre management afin d'être capable d'emmener les équipes dans les transformations nécessaires et de contribuer à la performance de l'établissement.

Cette réflexion interroge les modes de management et notamment les innovations managériales qui permettent au directeur des soins d'accompagner les changements d'organisations institutionnels dits perpétuels et nécessaires afin de répondre aux évolutions précitées.

L'accompagnement et le management du DS est essentiel afin de favoriser la compréhension des messages et de permettre aux agents de comprendre le sens des actions et ainsi d'y adhérer.

Le DS est alors le pivot entre les décisions stratégiques et leurs mises en œuvre. Il doit donc permettre aux professionnels de terrain de décliner les décisions stratégiques dans de bonnes

conditions en utilisant toutes les méthodes possibles pour transmettre les messages et faire adhérer les agents aux changements.

Les méthodes de management du 20 -ème siècle sont aujourd'hui considérées comme dépassées : paternaliste, directif, bureaucratique et leadership et celles utilisées traditionnellement ces dernières années ne suffisent plus : d'après Francis Boyer : « *le management par les procédures freine la réactivité, le principe de prescription et de contrôle hiérarchique infantilisent et déresponsabilisent les collaborateurs et la division du travail crée des luttes de pouvoir et freine la collaboration transversale, ...* »¹.

Les innovations managériales sont donc aujourd'hui un moyen d'adapter notre management. Selon une *définition de Francis Boyer*, « *l'innovation managériale est la transformation radicale des modes de collaboration en entreprise en vue d'évoluer d'une relation « Parent / Enfant » (principe de subordination unilatérale) à « Adulte / Adulte » (principe de Co-responsabilité) dans le but de trouver le plus juste équilibre entre épanouissement personnel et performance professionnelle et créer de nouvelles valeurs pour l'entreprise, ses collaborateurs et son environnement* »².

Ces innovations managériales permettraient de répondre à ces limites en recentrant les acteurs au centre du management, en favorisant l'adhésion des acteurs, la clarification du sens, en développant l'autonomie et la co-construction et participeraient au succès du changement.

Mais quel mode de management est le plus adapté ?

Ces dernières années, de nombreuses nouvelles méthodes ont vu le jour comme le management par le sens, le management par processus, le management éthique, le care management ou le Lean management par exemple.

Le Lean management nous a paru opportun à étudier par le fait que notre premier stage s'est déroulé dans un centre hospitalier qui possède un projet managérial reposant sur le Lean et par le fait qu'il est souvent critiqué.

Nous décidons donc de faire un focus sur ce modèle de management qui est « à la mode » aujourd'hui mais aussi discuté, issu d'un autre champ que celui de la santé, de nous interroger sur sa transférabilité de l'industrie à la santé et sur ses limites.

Ainsi nous nous interrogerons sur la nécessité de se tourner vers ce mode de management ou d'utiliser un modèle plus en lien avec la culture et l'organisation des soins.

¹ <https://www.innovationmanageriale.com/tag/francis-boyer/>

² Ibid.

Ayant eu l'opportunité de réaliser notre première immersion professionnelle dans un centre hospitalier universitaire (CHU) possédant un projet d'établissement qui repose sur le Lean management, nous avons pu réaliser une enquête exploratoire.

Les questionnements préalables et cette enquête exploratoire nous ont permis d'aboutir à une question centrale et d'émettre des hypothèses.

Nous avons effectué 7 entretiens (1 coordonnateur général des soins (CGS), 2 directeurs de pôle, 1 directeur des ressources humaines (DRH), 2 cadres supérieurs de santé (CSS), 1 président de la commission médicale d'établissement (PCME)) et diverses observations de réunions et temps d'échanges formels et informels. Nous avons étudié le projet d'établissement, observé le management du directeur des soins qui passe par un management dit « innovant » car reposant sur les processus, la responsabilisations des acteurs, le sens donné aux actions comme définit par F. Boyer, et enfin nous avons pu identifier la mise en œuvre du Lean management à tous les niveaux de la hiérarchie.

Nous pouvons ainsi avancer que l'innovation managériale est un levier afin de concilier management et changement car elle permet de donner du sens au changement, de respecter les valeurs affichées des acteurs et d'utiliser une approche par processus.

L'utilisation des innovations managériales par le DS permet d'accompagner le changement en utilisant des méthodes nouvelles qui recentre l'acteur au cœur du management.

L'utilisation du Lean management dans les projets permet l'adhésion des acteurs en les plaçant au cœur des projets afin d'obtenir leur engagement, en prenant les décisions au plus près du terrain et en les rendant responsables des décisions prises.

Le Lean est une innovation managériale.

Ce mémoire est l'occasion de réfléchir à notre positionnement futur, de questionner la dimension stratégique des actions du directeur des soins et de construire notre identité professionnelle afin d'investir notre prise de poste.

La première partie de ce travail sera consacré à l'environnement du directeur des soins en établissement de santé en abordant la complexité du lieu d'exercice, le management par les innovations managériales et le management du directeur des soins dans l'accompagnement des changements, notamment le Lean management.

Les éléments de la première partie et notre enquête exploratoire nous ont permis d'amener la question centrale suivante :

En quoi le Lean management est une innovation managériale qui permet au directeur des soins d'accompagner les transformations ?

Et de nous interroger à partir de trois hypothèses finales :

Le Lean est une méthode de management innovante pour accompagner les transformations

Le directeur des soins est un acteur essentiel pour accompagner le Lean

Les outils du Lean favorisent l'accompagnement des transformations

La seconde partie de ce travail sera consacrée à l'analyse des données issues des entretiens réalisés auprès d'acteurs de terrain. Les terrains d'enquête sont au nombre de deux, un CH de taille moyenne qui utilise le Lean management depuis plus de dix années et un CHU de grande taille qui a mis en place le Lean management depuis une année. Le nombre d'acteurs interrogés sera identique sur chaque établissement avec une représentativité équilibrée en termes de statut ou métier.

Le choix de ces deux établissements et des acteurs permettra un benchmark.

Enfin, riche des recherches conceptuelles et des analyses d'entretiens, la troisième partie sera consacrée à proposer des recommandations afin de nous projeter dans notre future prise de poste

1 Environnement du directeur des soins dans un établissement de santé

1.1 Hôpital et complexité

L'hôpital, lieu de la réflexion, est constamment soumis à des mutations de tout ordre.

Ces mutations engendrent des changements de façon quasi perpétuel, que nous appellerons changements institutionnels ou transformations. Ces transformations nécessitent d'être accompagnés par les directions et notamment le DS, selon un management approprié dans un but de qualité des soins et d'efficience.

« Le changement ne va pas de soi. C'est ce que révèlent de multiples enquêtes réalisées dans des entreprises, selon lesquelles, environ 70% des projets auraient partiellement ou totalement échoués »³.

Qu'ils soient stratégiques ou opérationnels, prescrits ou volontaires, avec une temporalité courte ou longue, les changements impactent les organisations sociales et médico-sociales : réglementations, contraintes économiques, recomposition de l'offre de soins ou de services, nouveaux paradigmes comme la logique parcours, groupement hospitalier de territoire (GHT) ...

Ces transformations proposées aux ES interagissent entre eux et sont susceptibles de créer des interrogations, des tensions, voir des conflits dans un environnement déjà complexe, au sein duquel, le facteur humain et les jeux des acteurs sont très présents.

Il est nécessaire de se questionner sur l'hôpital comme structure complexe et les acteurs qui y interagissent.

1.1.1 L'hôpital comme structure complexe

Selon FX Schweyer, sociologue à la faculté de Rennes, *« une structure se définit par un programme qui comporte des projets, des missions et des objectifs, des espaces (bâtiments, établissements...), des entités (pôles, services, etc.), des règles et des pouvoirs (au sens juridique), des relations formalisées (flux, circuits, SI), une communication donnant une signification globale.*

Tout ce qui est formel, représentable, mesurable » (SCHWEYER FX, 2019).

On peut alors en déduire que l'hôpital est une structure qui comporte les aspects nommés ci-dessus.

De plus, cette structure est souvent définie comme complexe du fait des interactions multiples entre les individus avec l'entité dans un ensemble toujours en mouvement. Ces acteurs, même

³http://www.alain-moroni.fr/telechargement/btsmuc/Ressources/COMMUNICATION/S73-6%20conduire_le_changement%202013.pdf

s'ils sont tous professionnels à l'hôpital, sont issus de trois grands mondes : médical, paramédical et administratif /direction et de trois logiques : médicale et paramédicale, administrative/gestionnaire. Parfois ces trois logiques arrivent à communiquer et à se coordonner correctement, de manière à créer un fonctionnement fluide dans les changements. Mais il arrive que ces logiques s'opposent, créant heurts et incompréhensions, et entrent dans des rapports de force et de pouvoir.

Afin de répondre aux orientations politiques d'efficacité et de contraintes budgétaires, les établissements de santé évoluent afin de rester performants, et ainsi contraignent leur système dans cette complexité permanente.

Le manager doit donc prendre en compte la complexité du système : hôpital et celles des acteurs, leurs rôles, places et jeux dans l'institut. « Les structures forment un « système » formel qui met en relation des acteurs entre eux et avec l'organisation. (Notion de configuration de N. Elias) »⁴. Or bien souvent les décisions sont prises en amont des services de soins par les équipes de direction utilisant un management pyramidal.

Pour manager dans cette complexité et éviter les écueils du management hiérarchique et pyramidal, des outils de gestion sont disponibles.

1.1.2 La complexité et ses outils de gestion

A) La complexité

« Sous le terme complexité, nous désignons les phénomènes ou les situations qui échappent, pour partie au moins, à notre compréhension et à notre maîtrise »⁵ selon Éric Roussel, sociologue.

En effet, nous avons une perception globale du système que nous gérons, mais nous ne pouvons jamais comprendre l'organisation du système dans tous ses détails, ni prévoir les réactions et comportements de tous les acteurs qui y interagissent. Ce qui renvoie aux trois postulats énoncés par FX Schweyer :

« *Postulat 1 : les individus n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation.*

Postulat 2 : dans une organisation, tout acteur garde une possibilité de jeu autonome qu'il utilise plus ou moins.

Postulat 3 : les acteurs sont toujours rationnels mais d'une rationalité limitée. Ils ont raison de leur point de vue » (SCHWEYER FX, 2019).

⁴ Ibid.

⁵ <http://sociologiedumanagement.fr/management-en-exercice/>

La complexité suppose donc que le manager admette une partie de méconnaissance et conçoit de manager dans l'incertitude. Ce qui implique que le système et son organisation ne sont pas maîtrisables à 100%.

Nous nous questionnons alors sur comment le manager et plus exactement le directeur des soins peut accompagner les mutations dans cette complexité avec sa part de méconnaissance, d'incertitude et de non-maitrise. L'incertitude demande au DS de réinventer une stratégie afin de donner du sens à ses décisions et de les faire partager aux équipes de soins.

Les apports d'Edgar Morin permettent de nous guider sur ce chemin grâce à des outils de gestion de la complexité comme l'approche par la pensée systémique ou la dialogique.

B) Les outils de gestion de la complexité

➤ La pensée systémique

La pensée systémique s'oppose à la pensée analytique cartésienne.

Elle permet de définir un système en prenant en compte sa finalité et ses interactions afin de prendre en compte toute la complexité du système en cheminant vers une pensée systémique et en s'éloignant de la pensée mécaniste et prévisionniste : conception du changement, mise en œuvre et résultats.

E. Morin en pose clairement l'enjeu :

« Un système complexe, c'est une unité composée de diversité. Cette diversité se constitue en unité, mais l'unité elle-même est inséparable de la diversité. Nous sommes obligés de lier deux notions qu'en général nous opposons » (MORIN E, 2014).

Il est donc nécessaire de prendre en compte la relation systémique entre les acteurs et l'hôpital afin d'unir les diversités qui composent l'hôpital et les professionnels qui y travaillent.

Le DS peut alors s'inscrire dans cette pensée systémique, dans laquelle l'hôpital est défini par sa finalité et les interactions complexes des différentes composantes qui concourent à la transformation (acteurs, stratégie, collaborateurs, législation...). Pour ce faire, il favorise le potentiel des acteurs en développant leurs capacités au service du collectif et en conservant leurs individualités, le tout au service de l'hôpital.

➤ La dialogique

Enfin, la dialogique c'est-à-dire la coexistence de logiques différentes, est à prendre en considération.

En effet, toute organisation comporte des logiques différentes voire antagonistes lié aux acteurs qui composent les trois mondes que nous avons pu voir plus en amont : médicale, paramédicale et administrative, points de vue différents, valeurs différentes....

Il faudrait donc traiter ces antagonismes afin d'éviter de générer conflits et perte de sens dans le système.

Mais selon E. Morin, ces antagonismes sont nécessaires, il désigne ce fait par le « principe dialogique » : « *des logiques différentes, qui peuvent être à la fois complémentaires, concurrentes, voire antagonistes, se trouvent réunies et coexistent dans une même unité, sans que leurs différences ne soient pour autant gommées par cette unité, et même que souvent ces différences soient nécessaires à la vie de cette unité* » (MORIN E, 2014). Ce principe dialogique serait donc nécessaire à la vie de l'hôpital.

Le manager hospitalier n'est donc pas dans l'obligation de gommer tous les antagonismes mais de les articuler entre eux afin de permettre au système de se transformer. Pour ce faire, il lui faut prendre le recul nécessaire et mettre en place des processus qui permettent le changement et la transformation, et permettent aux 3 logiques de coexister dans cette structure complexe. Le manager est appelé à reconsidérer son management pour en faire un management centré sur les acteurs en décentralisant les décisions et en permettant à chaque acteur d'exprimer son point de vue et de construire les solutions ensemble.

Afin de prendre en compte toutes ces notions : évolution du système de santé, complexité du monde hospitalier et des acteurs, pensée systémique et dialogique, il faut mettre en place un management adapté. Pour ce faire, l'appel aux innovations managériales permet d'adapter son management aux exigences et d'accompagner les changements qui en découlent.

Mais qu'en est-il de ce changement ?

1.2 Changement, transformation et leurs accompagnements dans cette complexité

1.2.1 Définitions des notions de changement et de transformation

Christophe Derumez, professeur associé à la chair du changement de l'ESSEC (Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales) propose une définition simple du changement : « *c'est perdre un existant connu pour un avenir, justifié par un progrès pour l'ensemble des bénéficiaires* » (DERUMEZ C, 2017).

Il est donc essentiel pour le manager et les acteurs, d'accepter le fait que le changement soit motivé par un progrès. Ce progrès doit s'inscrire dans une dynamique individuelle et/ou collective plus favorable que l'environnement précédent. Le principe de progrès est le premier principe de réussite du changement selon C. Derumez.

De plus, il est important de noter que le changement ne réside pas simplement dans une gestion de projet, mais le changement est aujourd'hui dans les hôpitaux devenu quasi permanent. Nous parlons plus facilement à ce jour de transformation, voire pour les plus précurseurs de disruption.

A ce stade, faisons un focus sur la transformation.

« La transformation se définit comme l'ensemble des opérations qui conduisent à une modification significative, voire drastique, de la « structure » même de l'entreprise dans un objectif majeur d'adaptation à son environnement de marché, d'optimisation ou de refondation de ses modes de fonctionnement, et de « création de valeur » pour les différentes parties prenantes. Ce changement ou cette transformation perpétuelle fascine mais insécurise et peut de ce fait, entraîner de la résistance ou des mécanismes d'adaptation »⁶.

Une transformation agit plus en profondeur sur l'entreprise que le changement. Elle a des répercussions sur la structure formelle de l'entreprise : organisation, processus, systèmes, et également sur sa structure « informelle » : pratiques professionnelles, compétences, valeurs et identité même. La structure formelle étant certainement plus maitrisable que l'informelle, la démarche de transformation de la démarche informelle est plus délicate.

Le DS occupe une place importante dans l'évolution de la structure informelle du fait de ses missions qui intéressent particulièrement les pratiques professionnelles et le développement des compétences des professionnels et par, sa connaissance du terrain et ses origines soignantes quant aux valeurs et à l'identité.

Si nous reprenons notre situation de départ, nous pouvons parler de transformation car elle engendre des modifications profondes des organisations et des processus mais également des pratiques professionnelles, des compétences des professionnels notamment paramédicaux, et de l'identité des unités concernées.

C'est pourquoi à partir de ce stade, nous emploierons volontairement le terme de transformation pour la suite de ce travail.

1.2.2 La résistance

Fréquemment, et notamment dans notre situation de départ, la transformation peut entraîner de la résistance de la part des acteurs. Les sciences sociales nous apportent un éclairage sur cette résistance.

En effet, la transformation modifie les règles sociales établies, les territoires de chacun, les avantages et les inconvénients, mais aussi les organisations mises en place par les acteurs eux-mêmes, les pratiques de chacun, et le besoin en compétences.

D'ailleurs dans la situation de départ explicitée, le fait d'abandonner certaines activités au profit d'autres modifie les territoires médicaux et paramédicaux, redistribue le pouvoir entre les acteurs de soins d'une nouvelle manière et demande le développement de compétences nouvelles.

⁶<file:///C:/Users/33660/Documents/UE%2013%20Mémoire%20professionnel/transformation.pdf>

En prenant en compte les deux principes de C Derumez pour facteur de réussite et l'existence avérée d'une résistance au changement, il est évident que conduire la transformation ne se résume pas à un processus qui vient s'ajouter à l'existant mais à une capacité managériale qui va permettre d'accompagner cette transformation.

En tant que manager, le DS doit avoir cette capacité managériale afin d'emmener tous les acteurs dans l'acceptation de celle-ci.

Nous avons besoin à ce stade de la réflexion de nous intéresser de plus près au terme management et aux innovations managériales qui sont à la disposition du directeur des soins et de l'ensemble de l'équipe de direction.

1.3 Management et innovation managériale

1.3.1 Le management

A) Définition

« *Le management recouvre l'ensemble des décisions et actes de toutes natures (technique, économique, financière, sociologique, psychologique) visant à faire fonctionner un système productif* » (RIBAUT M et AROMATARIO C, 1991).

Le management est souvent pensé comme le plus vieux métier du monde mais les travaux et réflexions à ce sujet ne remontent qu'au début du XX^{ème} siècle, grâce à Taylor et Ford.

Selon Éric Roussel, « *le mot management est dérivé du terme ménagement de racine latine, qui est lié au terme « ménager* ». Au milieu du XV^e siècle il signifiait : « *conduire, disposer, régler (quelque chose) avec soin, mesure, prudence (...) manier, diriger, administrer... avec adresse. Se gonflant de divers apports il en vint à contenir les significations suivantes : gérer, organiser, sans excès, avec modération, les biens et les individus, les administrer, vivre avec eux, en en tirant profit, avec circonspection* »⁷.

B) Evolution du management

Afin de faire face aux révolutions industrielles et aux deux guerres mondiales, la production en masse est apparue avec un manager qui se différenciait du chef bienveillant pour devenir le chef directif dans le contrôle.

Ce nouveau modèle de management a été transposé dans le secteur tertiaire avec beaucoup d'importance. Le mot chef est remplacé par le mot manager qui fixe le « cadre ». Puis très vite, la recherche de la qualité empiète sur la productivité.

Les années 80 et la mondialisation des échanges vont obliger les entreprises à devenir plus stratégiques afin de se différencier. Les managers deviennent des leaders qui doivent motiver

⁷ <http://sociologiedumanagement.fr/management-en-exercice/>

les équipes afin d'être performants par du management par objectifs, management par procédures, management de la qualité, brainstormings, ...

Enfin, le début des années 2000 nous renvoie l'inadaptation des pratiques managériales traditionnelles comme évoquées ci-dessus face au contexte de mutations perpétuelles et à la nécessité de la performance.

Une évolution managériale est alors nécessaire afin de répondre aux mutations permanentes et de rendre le système performant. Cette évolution repose sur des innovations qui prennent en compte la complexité du système telles que le management systémique, la responsabilisation des acteurs, l'autonomie... le manager devient alors facilitateur et co-responsable.

En effet, nous sommes passés d'un manager patron à un manager facilitateur.

1.3.2 L'évolution du management et du manager

A) Le manager facilitateur

Depuis 1900, le manager a beaucoup évolué pour passer de patron à chef dans les années 20, à « manager » dans les années 60, à leader en 1980, coach en 2000 et enfin facilitateur aujourd'hui.

Seul ce dernier répond aux principes de l'innovation managériale car il est co-responsable.

S'il veut impacter ses équipes, le manager devient leader en portant une vision. S'il veut permettre à ses collaborateurs de progresser, il devient coach. Enfin, s'il veut s'adapter aux évolutions du système, Il devient facilitateur.

Pour cela, le manager doit permettre à ses collaborateurs de contribuer aux réflexions et aux actions de transformation. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur leur participation, en étant attentif à l'équilibre de la contribution de chacun et en s'assurant d'un respect mutuel entre les acteurs. Il s'agit de recueillir les idées de tous et de leur permettent de les mettre en œuvre après discussion et concertation en équipe. La position du manager diffère alors pour devenir accompagnateur et non plus décideur.

Le manager doit savoir se retirer et accepter de changer de posture en considérant que l'intelligence collective venant du terrain, permet d'émettre des idées nouvelles et entraîne ainsi, l'adhésion et l'engagement des acteurs.

Pour s'adapter à ce système complexe, le manager peut utiliser un management systémique qui permet de répondre à cette complexité.

B) Le management systémique

Le management systémique cherche, selon Michel Foudriat, à définir la manière dont peut être envisagée une action sur un système qui génère une dynamique de changement et de transformation des jeux, c'est-à-dire une transformation durable des relations entre les

acteurs. Le but du management systémique est de rechercher une logique qui permet de créer un processus dans lequel tous les acteurs s'engagent.

Le management ne se résume donc pas à de la gestion technique mais il fait référence aux relations humaines complexes : il n'existe pas un seul management qui obéirait à une façon de faire mais une dynamique managériale qui fait appel à de multiples composantes liées à l'homme.

Les notions de sens et de vision partagée apparaissent alors dans cette dynamique managériale.

De plus, le choix de la réflexivité collective et de la co-construction d'accords et de compromis est à retenir dans ce management systémique.

En effet, il permet de prendre en compte tous les acteurs et permet à chacun d'y trouver un intérêt collectif et individuel en recadrant leur point de vue et ceux des autres.

Ce processus permet le compromis sur un point de vue partagé en créant des opportunités en termes d'accords dans les espaces dialogiques, ainsi les résistances aux changements sont atténuées.

Michel Foudriat partage ce point de vue en définissant la co-construction comme « *le processus par lequel des acteurs confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent sur des traductions qu'ils ne perçoivent plus comme incompatibles. Ce moment particulier est celui où ils pensent avoir défini un monde commun qui va fonder leur compromis ; ils pourront alors poursuivre leur coopération afin de construire un projet d'action commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre* » (FOUDRIAT M, 2016). Ainsi, ils pourront ensemble s'engager dans le processus de transformation demandé.

Philippe Bernoux réaffirme ce propos dans son ouvrage : Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations :

« *Le changement ne peut être subi. Il s'étudie d'ailleurs à travers trois éléments majeurs : les contingences externes, les institutions et la rationalité des acteurs. Les organisations se structurent par des compromis entre les différentes rationalités des acteurs. Ils doivent donc être capables d'interprétation et d'adaptation, car le changement ne se réalisera qu'à partir du moment où un consensus est établi. Il ne peut être mené sous la seule contrainte. Il faudra, en effet, qu'à un moment du processus, les acteurs redonnent du sens à leur action* » (BERNOUX PH, 2004).

Au regard de notre réflexion et du sens de ce travail, nous préférons retenir cette définition : « *La base du management est de donner du sens, d'apporter une vision, d'éclairer l'avenir, afin de mettre en perspective l'action des collaborateurs au quotidien. C'est tout l'objet de la*

détermination des enjeux, des objectifs et de la stratégie d'une organisation » (GEORGES, P.M., SAMSON, J, 2012).

Afin d'accompagner la transformation des organisations, le DS est donc amené à adapter son management en prenant en compte la complexité du système. Il doit renoncer à la centralisation de prise de décisions pour la laisser aux acteurs de terrain. Les innovations managériales peuvent être appréhender dans ce sens. La co-construction, le choix de la responsabilisation des acteurs et de leur autonomie, peuvent être retenus dans un management systémique comme innovation managériale.

1.3.3 Innovation managériale

Qui dit innovation dit invention, nouveauté, création.

A) Définition

L'innovation managériale (IM), concept polysémique, répond à la volonté d'agilité de la part des entreprises et à la nécessité d'un bien-être des professionnels, dans un but d'engagement et de performance.

L'IM traduit donc le besoin d'une simplification organisationnelle dans laquelle les collaborateurs possèdent plus de marge de liberté et une coopération/collaboration plus développées.

Dans nos organisations actuelles contraintes, l'IM devient essentielle pour rester attractif et efficient.

L'innovation managériale dans la conduite du changement consiste alors à donner aux acteurs des espaces d'autonomie, de responsabilités et de confiance pour redonner du sens aux actions. Elle est donc un vecteur de transformation du management qui permet de replacer l'humain en son centre et de partir de lui pour construire.

B) Les différents niveaux d'innovation

Les entreprises françaises tout comme le monde hospitalier sont peu, voire mal préparées à faire face à la complexité actuelle des système et au contexte économique en mouvance.

Afin de faire face à cette complexité, les directions d'entreprise et d'hôpitaux s'accordent à dire que leurs pérennités dépendent de leurs capacités à innover.

D'après François Noyer, « *on dénombre 5 niveaux d'innovation* :

- 1- *Stratégique, à savoir adopter un nouveau « business model »*
- 2- *Structurelle, dont le but est de transformer son organisation*
- 3- *Systémique, afin de modifier les processus et les systèmes d'information ou de production*

- 4- *Scientifique, afin de bénéficier des apports des progrès de la science pour faire évoluer son offre ou son produit*
- 5- *Sociale, en vue de faire évoluer la culture d'entreprise, les habitudes de travail, les modes de pensée, comportements et pratiques collaboratives.*

Le 5ème niveau qui concerne le volet social possède une partie managériale prédominante qui nous intéresse tout particulièrement »⁸.

L'innovation managériale est une démarche qui nécessite d'être créatif afin de se différencier, de se montrer agile en s'ajustant aux mutations permanentes et en fidélisant le personnel soignant.

Ces mutations permanentes sont d'actualité depuis de nombreuses années dans le monde hospitalier et questionnent sans cesse le management.

L'IM porte sur la nécessité d'agilité, d'innovation mais aussi d'épanouissement des personnels soignants.

A ce jour, nous pouvons penser que les innovations organisationnelles arrivent peut-être à leur terme en matière d'évolution. Au regard de cette constatation, l'innovation managériale permettrait de rendre l'hôpital plus agile et plus performant. En effet, le fait de mobiliser et valoriser l'intelligence humaine au service du collectif pourrait amener de l'agilité et contribuer au niveau de performance.

L'IM permet donc de proposer de nouvelles réponses à des questions anciennes qui interrogent les méthodes de management. Ces méthodes permettraient d'instaurer la confiance, renforcer l'autonomie et les responsabilités, promouvoir l'engagement, développer la collaboration, l'agilité, la co-construction et la créativité.

L'IM ne peut se résumer à une méthode spécifique, elle nécessite de repositionner les acteurs au centre du management, d'organiser des temps d'échanges entre les acteurs afin qu'elle soit pertinente et performante. Cette utilisation d'innovation managériale entraîne un besoin d'évolution du management.

De nombreux modes de management peuvent répondre aux besoins actuels et notamment le Lean, mode de management retenu dans ce travail, qui répond dans une certaine mesure, aux critères précédemment cités d'une innovation managériale.

1.4 Le Lean Management

Ayant pu l'observer dans le CHU où nous avons effectué notre premier stage, il représente une innovation managériale à l'hôpital.

⁸ <https://www.journaldunet.com/management/expert/55275/innovation-manageriale---de-quoi-parle-t-on.shtml>

Etant issu de l'industrie automobile japonaise, il est une méthode, un style de management ou une philosophie, à la mode depuis quelques années et utilisé dans plusieurs hôpitaux français, mais il est également bien souvent critiqué car jugé responsable de suppression de postes afin de faire des économies financières.

Le Lean est-il transposable aux établissements de santé ?

1.4.1 Le Lean industriel

A) Définition

« Le Lean management est une démarche de progrès de l'industrie qui est née dans les années 50 chez Toyota (Toyota Production System) dans son environnement fournisseurs, qui a été reprise et conceptualisée dans les années 90 au MIT (Massachusetts Institute of Technology, célèbre université américaine de l'état du Massachusetts) par Jim Womack et Daniel Jones, tous deux chercheurs, sous le nom de Lean qui peut être traduit par "maigre" »⁹.

Régulièrement, on le traduit également par le terme « agile ».

« Cette démarche très différente des démarches traditionnelles, s'appuie sur trois concepts principaux :

- L'amélioration de l'organisation est fondée sur l'accroissement de la valeur telle qu'elle est perçue par le client*
- La démarche doit permettre à ceux qui produisent la valeur de mieux travailler*
- Elle est une approche managériale : faire travailler en équipes, mobiliser autour d'objectifs de progrès partagés et reconnus par tous comme indispensables au développement et au changement.*

Sur cette base, l'approche Lean conduit à :

Innover par des pratiques meilleures qui deviennent de nouveaux standards : Percer.

Dupliquer ces innovations dans l'entreprise en dépassant le seul pilote local : Foisonner.

Organiser la pérennisation des nouvelles pratiques pour garantir l'application durable systématique et optimale des standards : Pérenniser »¹⁰.

B) Méthodologie, outil, philosophie ?

Méthodologie, outil, philosophie, système... nombreux sont les mots utilisés pour parler du Lean.

⁹https://www.capgemini.com/consulting-fr/wp-content/uploads/sites/31/2017/08/le_lean_management_est-il_applicable_a_lhopital_et_pour_quels_resultats_-_capgemini_consulting.pdf

¹⁰ Ibid.

Le Lean est une démarche qui consiste à aller sur le terrain voir ce qu'il s'y passe. Il s'agit d'être au plus près de la réalité afin de permettre une action la plus proche possible de celle-ci. On appelle cela faire un Gemba (Gemba = terrain).

Cette démarche repose sur l'utilisation de la roue de Deming en demandant aux acteurs de terrain d'émettre des hypothèses de causes, de les tester, d'en contrôler le résultat et enfin de choisir l'hypothèse validée. Par cette démarche, les acteurs sont dans une situation apprenante.

Cette démarche, innovante et agile, permet aux acteurs d'effectuer des petits pas, de tester et de changer au besoin. Elle a besoin d'être accompagnée car elle demande une remise en cause des acteurs à tous les niveaux de la hiérarchie en faisant apparaître les problèmes qui deviendront pour les équipes des opportunités afin de s'entraîner à les résoudre, devenant plus agiles pour faire face aux incertitudes et aux changements (= Kaizen). Ces petits pas ou petites victoires, comme on les appelle, permettent d'obtenir un changement en douceur, changement qui émerge des acteurs du terrain.

Autrement dit, une entreprise Lean est une entreprise apprenante prête à faire face aux changements.

1.4.2 Le Lean hospitalier

A) Définition et objectifs

➤ La définition du Lean

« C'est dans les années 1990 aux Etats-Unis que quelques établissements hospitaliers tels que le Virginia Mason Medical Center à Seattle..., réfléchissent à l'adaptation du Lean à l'hôpital. Puis assez rapidement, le Lean healthcare arrive dans de nombreux pays industrialisés comme l'Angleterre, le Japon, la Norvège...mais c'est « à mot cachés » qu'on l'évoque en France, car des cris s'élèvent craignant de voir transformer l'hôpital en un travail à la chaîne pour en oublier le patient » (MARVANNE P, 2014).

Un hôpital est une entité structurelle complexe qui ne produit pas à la chaîne, c'est pourquoi le Lean entrepreneurial ne peut pas être le Lean hospitalier.

En effet, l'hôpital est un univers professionnel différent d'une industrie : les pouvoirs sont variés et non hiérarchiques entre les 3 mondes qui le composent, il n'existe pas de consensus entre les acteurs quant à la mesure de la performance hospitalière, la vision reste le plus souvent, centrée en haut de la hiérarchie. De plus, l'activité de l'hôpital s'applique à l'être humain malade avec toutes ses particularités et non pas à des produits, ce qui rend la relation différente. Enfin, il existe une étanchéité entre les professions dans leurs évolutions et dans la répartition du travail.

Malgré tout, ces différences peuvent devenir facilitantes pour mettre en place une démarche Lean si on replace le patient au centre des questionnements de la qualité des soins et qu'ainsi

le patient lui-même, devient le facteur essentiel qui mobilise l'ensemble des acteurs à l'hôpital dans cette démarche de transformation des organisations. Ce qui revient à mettre en place une pensée systémique et à prendre en compte la dialogique explicitée antérieurement.

Le Lean n'est donc pas qu'une méthode avec ses nombreux outils, il est une nouvelle forme de management qui permet de pratiquer un management innovant, et de parler de stratégie et de gouvernance différemment, notamment lors de transformation.

Pratiquer le Lean n'est pas simplement faire la chasse aux gaspillages ou augmenter les cadences, mais c'est préserver toutes les ressources hospitalières en préservant la santé de l'hôpital grâce au bon sens.

➤ Les objectifs du Lean

A ce jour, le Lean hospitalier est utilisé pour répondre à 3 objectifs : « *définir la valeur ajoutée du point de vue du patient, cartographier les flux et éliminer les gaspillages par une approche d'amélioration continue* »¹¹.

P. Marvanne, James Womack et Daniel Jones, inventeurs du terme Lean, ont établi 5 principes transposables à l'hôpital.

Les principes de base sont :

« Définir la valeur que le patient attend et la non-valeur ajoutée nécessaire, c'est-à-dire les tâches nécessaires au fonctionnement de l'établissement

Identifier la chaîne de valeur : Taiichi Ohno l'identifie grâce aux Gembas, c'est-à-dire, sortir du mode Taylorisme (penser dans les bureaux et exécuter sur le terrain) en incitant les collaborateurs à aller sur le terrain afin de comprendre les processus et d'appréhender les dysfonctionnement là où ils se passent (= Gemba).

Pour ce faire, il est nécessaire de cartographier les flux, d'établir une chaîne de valeur spécifique à chaque patient et non plus à chaque unité afin de tendre vers un désilotage des unités pour faire émerger une organisation collaborative et non plus d'équipe d'une unité.

Favoriser l'écoulement des flux en réduisant les opérations sans valeur ajoutée qui sont nommées gaspillages (surproduction, attentes, transports inutiles, processus trop lourds, stockage important, déplacements inutiles, résolutions de problèmes...)

Tirer les flux en produisant les soins ou services qu'en fonction des besoins

Et enfin, viser la perfection » (Marvanne P, 2014).

Les établissements de santé, en intégrant ces principes et les outils du Lean et en replaçant le patient au centre du système, font plus qu'améliorer des processus et l'organisation du travail, ils préparent l'avenir en mettant en œuvre une gouvernance qui privilégie la définition

¹¹ <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01149757/document>

de valeur ajoutée du point de vue du patient en améliorant de façon permanente les services et les soins.

La mise en place du Lean passe presque toujours par une analyse des processus et des flux afin de recentrer le patient au centre des préoccupations et de lui apporter de la valeur ajoutée. L'utilisation des outils Lean permet de réduire les gaspillages directs dans les unités de soins grâce aux outils comme les 5S, les 5 pourquoi et le management visuel.

Ces outils permettent également aux personnels de maîtriser les processus en n'étant plus uniquement centrés sur la réalisation du soin mais sur l'amélioration de la qualité du soin.

Les outils sont donc une aide à la décision afin de régler les dysfonctionnements par exemple, ils permettent donc de structurer les actions et de centrer les résultats selon des objectifs prédéfinis.

Les résultats sont de deux ordres : résultats qualitatifs et partiels, ils intéressent particulièrement l'amélioration de la performance, notamment en termes de réduction des délais et le développement des personnels qui sont plus autonomes, responsables, engagés.

B) Accompagner la philosophie Lean

Afin d'accompagner le Lean, il est indispensable de prendre en compte l'humain et ses réactions face à un changement d'habitude et d'organisation. En effet, le déploiement de la démarche ne suffit pas à modifier les réactions des acteurs.

Afin de conduire positivement la transformation, il nous faut accepter que celle-ci soit incontournable mais il faut également qu'elle soit gage de gain pour les acteurs, comme nous l'avons vu plus haut selon C. Derumez.

En effet, dans notre environnement en perpétuel mouvement, refuser ces évolutions serait un risque majeur qu'il faut lever et chaque acteur peut pour cela être un levier qu'ils soient paramédical, médical ou administratif.

Le changement crée inévitablement de l'inconfort pour les équipes, il faut donc amener de la méthode par la proposition d'outils pertinents et du sens afin de permettre aux équipes de se préparer au mieux et de s'engager. La diversité des comportements face aux transformations oblige à anticiper les réactions des acteurs, afin d'être plus agile dans la conduite de la démarche et de s'adapter.

Il est donc nécessaire de donner du sens, des méthodes et /ou outils et d'agir collectivement dans la pratique managériale.

La mise en place du Lean entraîne une approche de management des équipes paramédicales et médicales tout autre. La transformation attendue nécessite une implication de toute l'équipe de direction et particulièrement du directeur des soins.

Il faut donc mettre en place une acculturation à ce nouveau mode de management.

La démarche Lean est souvent comparée à une méthode, un outil mais elle est aussi et surtout une philosophie à mettre en place car elle modifie au-delà des organisations. En effet, lorsque

l'acculturation à la méthode est effective, elle permet de faire évoluer, outre les organisations, la relation soignant-patient, la qualité et la sécurité des soins, l'évolution des compétences ... Dans cette perspective, nous pouvons penser que la place du DS a toute son importance dans l'accompagnement de la philosophie et dans son acculturation du fait de ses missions et de sa connaissance des organisations.

De plus, le fait de décentraliser et d'exercer au plus proche du terrain avec des objectifs et outils précis, permet de donner du sens aux actions et aux acteurs, qui ainsi, s'acculturent au principe et s'engagent plus facilement dans les projets de transformations.

Peut-être cette approche du Lean management est-elle enfin le moyen de réconcilier dans l'hôpital les trois mondes, ceux porteurs des démarches qualité et ceux préoccupés d'amélioration de l'efficience ?

Le Lean management répondant aux critères des innovations managériales précédemment cités, est un levier de transformation qui, avec un accompagnement spécifique de la part des directions, permet une conduite de changement plus aisée afin d'être efficient.

C'est ce que nous allons explorer dans la seconde partie par l'étude des données issues des entretiens effectués dans les deux centres hospitaliers.

2 Explorer pour s'approprier

Rappelons notre question de départ :

En quoi le Lean management est une innovation managériale qui permet au directeur des soins d'accompagner les transformations ?

Et les trois hypothèses finales :

Le Lean est une méthode de management innovante pour accompagner les transformations

Le DS est un acteur essentiel pour accompagner le Lean

Les outils du Lean favorisent l'accompagnement des transformations

2.1 Méthodologie d'enquête

Afin de répondre à cette question, nous sommes allés à la rencontre d'acteurs de terrain afin de valider nos hypothèses. Pour ce faire, nous avons choisi deux lieux d'exercice, utilisant le Lean management.

2.1.1 Les établissements

Le premier établissement de santé est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU A) dans lequel nous avons effectué notre premier stage. Il a mis en place le Lean management depuis une année.

Le second établissement est un Centre hospitalier (CH B) qui utilise le Lean management depuis 10 ans.

Le choix de ces établissements permet un « benchmark » et permet de se questionner sur l'évolution de la démarche avec le temps.

2.1.2 Les acteurs

Il nous est apparu important d'interroger des acteurs de métiers identiques et en même nombre sur chaque établissement.

Nous avons donc interrogé par site : un directeur d'hôpital, un directeur des soins, deux cadres supérieurs de santé et 1 cadre de santé, soit un total de 10 acteurs.

2.1.3 La méthode de recueils

Nous avons choisi d'effectuer une enquête qualitative par l'intermédiaire de questionnaires semi-directifs afin de comprendre les mécanismes, les conceptions, les représentations et les logiques d'action grâce à des questions ouvertes et en s'adaptant au déroulement de la

discussion. Le choix d'entretien semi-directifs a permis aux interviewés de s'exprimer librement et d'apporter des éléments supplémentaires, ce afin de nous laisser surprendre par de nouvelles pistes de recherche.

Nous avons dans un premier temps réalisé un guide d'entretien (Annexe 1) à partir des apports théoriques et conceptuels et en lien avec les 3 hypothèses.

Puis dans un second temps, nous avons pris les rendez-vous avec les acteurs concernés. Pour le CHU A, les entretiens se sont déroulés en direct dans un bureau, alors que pour le CHB, les entretiens ont été téléphoniques du fait de la distance kilométrique.

Les entretiens ont débutés par un rappel du contexte du travail de mémoire et sa thématique, puis par un recueil de leur consentement et de l'anonymisation des données.

Les 10 entretiens ont été enregistrés avec l'accord des acteurs, retranscrits mot pour mot et ensuite analysés par l'intermédiaire d'un tableau comportant 3 items par hypothèses :

Hypothèse 1 :

Le Lean management est une méthode de management innovante pour accompagner les transformations :

Item 1 : Place IM à l'hôpital

Item 2 : Lean innovant à l'hôpital

Item 3 : Lean accompagne les transformations par le sens et l'adhésion

Hypothèse 2 :

Le DS est un acteur essentiel pour accompagner le Lean :

Item 1 : DS donne sens

Item 2 : DS permet acculturation à la philosophie

Item 3 : DS et principe de subsidiarité

Hypothèse 3 :

Les outils du Lean favorisent l'accompagnement des transformations :

Item 1 : Les outils structurent les actions

Item 2 : Les outils aident à la décision

Item 3 : Les outils permettent de centrer les résultats et insufflent la notion de performance

2.1.4 Les limites

Il aurait été intéressant d'interroger des personnels médicaux afin de pouvoir explorer les 3 acteurs des 3 mondes hospitaliers, mais nos recherches ont été infructueuses.

De plus, l'échantillonnage au nombre de 10 n'est pas suffisant pour être exhaustive même s'il peut être considéré comme représentatif.

Enfin, Les RDV avec les DH ont été courts en termes de temps au vu de leur agenda.

2.2 Accompagner les transformation par le Lean

2-2-1 Les innovations managériales à l'hôpital et le Lean

A) La place des innovations managériales

Dans la première partie de ce travail, nous nous sommes questionnés sur la place des innovations managériales à l'hôpital en affirmant qu'elles y avaient toute leur place afin d'adapter notre management et ce dans le but de répondre aux évolutions sociétales et aux défis proposés par notre système de santé. De plus, nous avons constaté, en nous appuyant sur des apports théoriques, que les innovations managériales permettaient aux établissements de rester compétitifs et performants.

C'est également ce que nous disent les acteurs interrogés.

En effet, les deux CGS affirment que les innovations managériales sont des « *Nécessités pour répondre aux évolutions sociétales, générationnelles et managériales dans un but de performance* »

Les propos des CSS et CDS rejoignent les CGS : « *Les IM ont toute leur place à l'hôpital afin de répondre aux évolutions du système hospitalier et aux exigences actuelles* » CSS 1 CHA, « *Les IM sont une nécessité pour une réponse aux évolutions sociétales, managériales et générationnelles* » CDS 1 CH B, ils y ajoutent une notion de management non hiérarchique : « *Il faut éviter un système hiérarchique pour intéresser les jeunes professionnels* » CSS 1 CH A, « *Nous avons besoin d'un management moins hiérarchique pour attirer les jeunes et répondre aux évolutions générationnelles* » CSS CH B.

A travers ces données, nous pouvons affirmer que les innovations managériales ont leur place à l'hôpital, qu'elles répondent à un besoin d'évolution des modes de management pour atteindre la performance.

L'innovation managériale apparaît comme une réponse adéquate aux évolutions sociétales et notamment générationnelles. Dans 7 entretiens sur 10, les acteurs évoquent le changement de rapport de l'individu au travail, avec des professionnels moins dévoués pour leur établissement et leur hiérarchie, qui présentent de nouveaux attendus et le besoin pour l'encadrement de trouver de nouvelles dynamiques afin de rester attractif et notamment réfléchir avec les acteurs concernés :

Le CDS 1 du CHU A relate ce fait par la phrase : « *notre force de persuasion et de conviction ne suffisent plus, il faut trouver une autre dynamique pour travailler différemment en réfléchissant ensemble et en décidant ensemble des futures organisations* », le CDS 2 CH B ajoute : « *On doit réfléchir à d'autres modes de management moins directifs plus innovants pour attirer les jeunes professionnels* ».

Nous pouvons donc en conclure que les IM ont leur place à l'hôpital et répondent aux évolutions du système de santé et aux évolutions sociétales.

Mais le Lean, concept déjà ancien dans l'industrie, est-il considéré par les acteurs comme innovant et en quoi ?

B) Le Lean, innovant

Les acteurs DH et CGS affirment que le Lean est innovant du fait de sa philosophie car il installe un nouveau rapport entre les professionnels. En effet, la mise en place de la démarche modifie les relations entre les individus en instaurant le principe de responsabilisation des acteurs, de co-construction et d'autonomie selon les propos des deux CGS : « *Le Lean est un modèle innovant par les modifications des relations entre les acteurs qu'il entraîne* » : CGS du CH A, « *Le Lean est un modèle innovant par l'apport des petits pas ou petites victoires, par l'effet collectif et la co-construction qu'il engendre, par responsabilisation des acteurs, par les retours d'expériences puis leur mise en collectif* », le DH CHA : « *Le Lean est innovant dans le fait qu'il décentralise les décisions et demande un changement de positionnement des directeurs, de plus il permet d'effectuer des projets de grandes ampleur grâce à ses outils* ». C'est également ce que nous avons pu identifier dans la partie théorique de ce travail.

Les 4 CSS et les 4 CDS disent que le Lean est innovant par sa démarche non hiérarchique et par les outils utilisés. Les décisions face à un dysfonctionnement peuvent être prises rapidement par les acteurs de terrain eux-mêmes grâce aux outils du Lean tel les 5 pourquoi ou les stands up meetings. C'est ce qu'on appelle les petites victoires

Le CSS 1 du CHU A nous dit : « *Le Lean est Innovant car il permet de régler les dysfonctionnements par le terrain, de façon non hiérarchique et rapidement* ».

Ces propos sont affirmés par le CSS 2 du CH B : « *Le Lean est innovant par sa philosophie, car les solutions viennent des acteurs de terrain et non de la hiérarchie, il faut croire aux acteurs de terrain et leur laisser de l'autonomie* »

La seconde partie de cette phrase rejoint les dires des CGS quant à l'autonomie, principe innovant qui découle de la responsabilisation et de la co-construction.

1 CSS et le CDS du CHU A ajoutent que la philosophie est certes innovante, mais qu'ils font du Lean depuis longtemps sans l'appeler ainsi : « *c'est tendance à l'hôpital mais pas nouveau, on en faisait avant* ».

Nous pouvons questionner cette différence en se demandant si la maturité de la démarche n'influence pas les perceptions. Les acteurs du CH B ayant plus de recul sur la philosophie, parlent plus volontiers d'un Lean innovant.

C) Le Lean accompagne les transformations : sens et adhésion

Le Lean étant donnée sa philosophie qui recentre les décisions au plus près du terrain et des acteurs de soins et le patient au centre des réflexions, permet d'accompagner la transformation.

En effet, la philosophie de la démarche et l'utilisation des outils permettent de créer un climat de confiance et de donner du sens : « *Le Lean permet de créer la confiance entre les dirigeants et les acteurs de soins par le nouveau mode de management qu'il engendre : être transparent, coconstruire, il faut expliquer que le DS appartient aux équipes même si son rôle dans l'équipe diffère de celui des professionnels de soins* » CGS CHU A. Les propos des 2 DH et du CGS du CH B corroborent ceux du CGS du CHU A.

La démarche Lean permet de donner du sens en replaçant le patient au cœur des réflexions et des actions pour les 2 CSS et le CDS du CH B.

Le CSS 1 du CH B ajoute : « *Il faut créer la confiance et apporter du sens pour obtenir l'adhésion et pour cela nous avons besoin de directeurs et de cadres sur le terrain, on ne fait pas du Lean dans son bureau, sans connaître les équipes, sans être en proximité* »

Un seul cadre du CH A n'aborde pas ces notions, nous pouvons à nouveau nous questionner sur la raison et encore une fois apporter une réponse en termes d'acculturation selon le recul de la démarche : plus la démarche a de l'ancienneté dans la mise en œuvre, plus les acteurs se l'approprient et l'intègrent automatiquement à leur réflexion et management. Ce point sera abordé ultérieurement dans l'analyse.

Nous pouvons, par l'analyse des entretiens, retenir que le Lean est une innovation managériale qui permet d'accompagner les transformations par l'apport, notamment, du sens qu'il génère.

Le sens est un élément primordial dans le travail des professionnels de santé.

Le psychosociologue K. E. Weick fut le premier à expliquer ce besoin de sens dans le management, à savoir la théorie du *Sensemaking*, ou la construction du sens dans l'action. « *Le sens est une dynamique collective où les individus interagissent sous forme d'actions organisées et d'informations. La création du sens est un processus, continu et sans fin, cyclique plutôt que linéaire, dans lequel diagnostic, interprétation et action se succèdent sans interruption* » (LAROUCHE H, 1996).

La question du sens au travail doit être appréhendé dans tout management et spécialement en période de transformation.

Elle permet de quitter la dimension instrumentale du management tels que les tableaux de bord et les procédures afin de s'attacher aux conditions de motivation et d'engagement des professionnels, conditions qui peuvent être des leviers ou des facteurs de blocage lors de transformation.

Les professionnels sont en quête de satisfaction au travail. Cette satisfaction peut se retrouver dans le sentiment d'appartenance à un groupe, par la participation à un projet ou à une cause, par le plaisir du quotidien, qui sont des éléments permettant de donner du sens aux actions.

Or le Lean permet la participation de chacun par la recherche de la parole de tous les acteurs de santé et par l'écoute des idées de chacun. L'appartenance à un groupe est effective dans la démarche Lean par la recherche de solution collective et la co-construction de tous les professionnels médicaux, paramédicaux et de direction. Enfin, le plaisir découle des solutions trouvées et de l'amélioration des conditions de travail.

En revanche, nous pouvons par l'intermédiaire des entretiens, annoncer un niveau d'adhésion différent selon les catégories socio-professionnelles et notamment, mettre un bémol dans l'adhésion des personnels médicaux. Tous les acteurs interrogés, relatent que les médecins, même s'ils adhèrent partiellement à la démarche, ne s'y investissent pas complètement. La plupart du temps, la notion de temporalité intervient pour expliquer ce fait : le CGS du CH B « *Le personnel médical adhère mais s'implique peu* », un CSS du CH B : « *l'adhésion paramédicale est plus forte que médicale par le manque de temps des équipes médicales* », cependant un CSS du CH A évoque « *les médecins ne se sentent pas concernés par les organisations et la gestion des projets, ils disent être présents pour soigner et le reste revient à la direction* ».

Nous voyons bien dans ces propos que les différences de logiques entre les mondes qui composent l'univers hospitalier (comme évoqué dans la partie concernant la complexité de la structure hôpital) sont à prendre en considération.

Le Lean a donc sa place à l'hôpital comme innovation managériale. Il permet d'accompagner la transformation plus aisément par notamment, l'apport du sens donné aux actions et aux objectifs et par l'adhésion qui en découle, même si l'implication des personnels est différente selon les logiques de chacun.

Le sens provient de la démarche Lean elle-même mais il a besoin d'être accompagné par les équipes de direction en place afin d'être institutionnalisé et de permettre l'adhésion de tous.

2-2-2 Place de l'équipe de direction dans le Lean et particulièrement du DS.

Tous les acteurs rencontrés au cours des entretiens, parlent de changement de culture.

Le gourou du management, Peter Drucker, a l'habitude de dire que la culture est curieusement tenace et mange la stratégie au petit-déjeuner.

A) Acculturation à la philosophie

Les acteurs interrogés font tous état d'une nécessité d'acculturation à ce nouveau mode de management.

Le petit Larousse définit l'acculturation comme « *l'adaptation d'un individu ou d'un groupe d'individu à la culture environnante ... l'acculturation a le sens positif ou neutre d'adaptation d'une personne à une culture autre que la sienne* »¹².

Ce changement de culture est nécessaire pour les CGS « *afin de dépasser le mode bureaucratique et hiérarchie de nos instituts* ». En effet, le monde hospitalier est réputé pour son fonctionnement pyramidal et bureaucratique fort, or le Lean déploie une philosophie basée sur l'humain en tant que professionnel de santé et sur le fait que les dysfonctionnements doivent se régler au plus près du terrain sans ces notions pyramidales et bureaucratiques. De ce fait, le mode devient plus horizontal et réflexif. Il est donc nécessaire que les membres de l'équipe de direction accompagnent cette modification. C'est ce que reprennent les professionnels d'encadrement interrogés en amenant la notion de la place primordiale des équipes de directions. Ils doivent en amont croire à la démarche afin de lui donner du sens et de permettre aux professionnels de s'y acculturer. Les personnels d'encadrement parlent pour cela d'un besoin de communication adaptée de la part des membres de direction et d'un besoin de formation des équipes d'encadrement.

L'accompagnement des équipes de direction doit être construit, défini et ajusté au besoin afin d'éviter les écueils d'une transformation non réussie.

Mais un élément apparaît dans les entretiens : la notion de temps. Nous constatons à plusieurs reprises que dans le CH B, l'acculturation est plus avancée que dans le CH A, par l'ancienneté de la mise en place de la démarche.

En effet, le CH B pratique le Lean management depuis plus de 10 ans alors que le CHU A ne le pratique que depuis 4 ans.

L'acculturation demande donc un investissement des membres de direction qui doivent être convaincus de la nécessité de la philosophie Lean et doivent tout mettre en place pour accompagner au mieux les professionnels de santé, mais demande également une temporalité adaptée à sa mise en place. Pour que le Lean s'installe de façon durable, il faut démontrer nettement sa nécessité et ancrer son utilisation dans les pratiques quotidiennes.

« La culture Lean, élément stratégique de la transformation, doit graviter autour de nouvelles valeurs et de différents systèmes qui favorisent ou défavorisent les comportements attendus. Mais ce ne sera pas par des incantations que l'on change une culture ... Ce sont les valeurs que la direction voudra insuffler » (Marvanne P, 2014).

P. Marvanne conseille même aux directions de nommer un leader Lean qui connaît la culture de l'hôpital et sera le référent de l'établissement en matière de Lean.

¹² <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acculturation/577>

L'équipe de direction dans son ensemble a donc une place primordiale dans le déploiement de la culture ou philosophie Lean, à condition qu'elle en soit elle-même convaincue et qu'elle insuffle la démarche en accompagnant la transformation des habitudes, mentalités sans heurter les valeurs des professionnels, Elle doit montrer l'exemple en construisant ensemble et en allant sur le terrain, au plus près du patient. Elle doit démontrer aux professionnels qu'ils ont un réel droit à la parole, qu'ils sont entendus, et qu'ils ont les compétences et l'autonomie suffisantes pour trouver les solutions.

Ainsi, la démarche sera institutionnalisée et pourra devenir pérenne.

Mais pour parvenir à cela, les membres de direction doivent accepter le principe de subsidiarité.

B) Principe de subsidiarité

Les deux DH, les deux CGS et les cadres du CH B affirment que le Lean permet de prendre les décisions au plus près du terrain par les acteurs de soins et non pas que par les dirigeants.

Le CGS du CHU A nous dit : « *Le Lean modifie les relations, les responsabilités sont partagées même si le DS garde sa place de dirigeant manager* », et le CGS du CH B le rejoint : « *Le Lean modifie les relations en partageant les responsabilités et en décentralisant les décisions, malgré cela le DS garde sa place mais se positionne différemment* ». Le DS guide tout en dirigeant.

Le DH du site CH A ajoute « *Le Lean décentralise la prise de décisions qui reviennent au terrain sans exclure notre « contrôle » et nous demande un positionnement autre, plus transversal et moins directif, nous devenons des guides* ».

L'encadrement du CH B rejoint les propos des CGS : « *Nous avons besoin de directeur sur le terrain mais nous avons aussi un besoin de décentraliser les décisions* », « *Le Lean est un vase communiquant d'idées du haut vers le bas et du bas vers le haut, sans enlever notion de hiérarchie et d'autorité, le positionnement du chef change, il doit accepter de ne pas tout maîtriser et de décentrer les responsabilités et les décisions* ».

Tous ces propos évoquent deux points :

Le Lean demande un changement de culture en décentralisant le niveau de responsabilité et de décisions au plus près du terrain. Nous passons d'une logique pyramidale et hiérarchique à une logique transversale et de terrain. Le dirigeant doit alors savoir se positionner différemment en permettant de déplacer le niveau décisionnel et de devenir un guide.

On appelle ce fait le principe de subsidiarité :

« Le principe de subsidiarité ... consiste à considérer que toute responsabilité doit être assumée par le niveau directement confronté à la problématique à résoudre, les échelons supérieurs n'intervenant que si la réponse à donner excède les capacités du niveau évoqué »¹³
« Aujourd'hui mis en œuvre comme principe de management et d'organisation par des entreprises comme Danone ou Cofely Ineo, le principe de subsidiarité a été transposé à l'entreprise à partir des années 80. Il trouve son origine dans la pensée de Saint Thomas d'Aquin et chez plusieurs auteurs dont les réflexions ont influencé la rédaction de l'encyclique Rerum novarum de 1891, texte fondateur de la doctrine sociale de l'Église catholique. Il est surtout connu du grand public pour son application à une organisation complexe, l'Union Européenne »¹⁴ :

« L'Europe ne doit assumer de compétences que si celles-ci ne sont pas considérées comme susceptibles d'être exercées avec la même efficacité par les Etats membres »¹⁵.

Cette définition peut être transposée de façon certaine aux hôpitaux, entre les directions et les équipes de terrain.

Il ne faut pas confondre subsidiarité et délégation. En effet, la délégation réside dans le fait qu'une autorité transfère ses capacités d'action et de décision à un collaborateur, en l'accompagnant d'un contrôle.

« Délégation et subsidiarité ont en commun d'être des formes d'autonomie, qui rapprochent pouvoir de décision et pouvoir de réalisation. Mais le principe même de la délégation est construit sur un postulat : la décision appartient au sommet, qui la concède par exception à la base. Alors qu'avec le principe de subsidiarité, au contraire, la décision appartient à la base qui ne fait appel au niveau supérieur que par exception ».¹⁶

Ce principe de subsidiarité est pleinement cohérent avec les logiques de transformation managériale des hôpitaux aujourd'hui. Il doit être mise en œuvre à tous les niveaux de la hiérarchie, encadrement supérieur et encadrement de proximité, et principalement au niveau de la direction qui est régulièrement, dans le monde hospitalier, lié au pouvoir de décision. Un nouveau partage des responsabilités est nécessaire afin de quitter notre univers hiérarchisé et de décroiser le monde des dirigeants et celui des soignants. Ainsi, nous pourrions renouveler nos organisations en transformant notre management afin de répondre aux évolutions et d'accompagner au mieux nos équipes dans les transformations. Le principe de subsidiarité a donc toute sa place par le fait de traiter les dysfonctionnements au plus près possible du terrain. C'est également le principe du Lean management.

¹³ <https://www.rhinfo.com/thematiques/management/le-principe-de-subsidiarite-une-cle>

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ <https://www.rhinfo.com/thematiques/management/le-principe-de-subsidiarite-une-cle>

De plus, ce principe de subsidiarité s'apparente au management systémique que nous avons étudié dans la première partie. En effet, le besoin de réflexivité collective, de co-construction et de responsabilités partagées sont nécessaires dans la subsidiarité.

Ce principe entraîne un nouveau positionnement des managers afin qu'ils deviennent accompagnateurs, guides et non plus décideurs, comme le suggère le concept de manager facilitateur. Les membres de la direction doivent donc devenir des « facilitateurs » afin d'accompagner le principe de subsidiarité et ainsi la démarche Lean.

Enfin, c'est dans ce principe de subsidiarité que le DS a toute sa place.

En effet, pour que ce principe fonctionne, il est nécessaire que les professionnels détiennent les compétences attendues et disposent d'un niveau d'autonomie suffisant. Or c'est à ce niveau que le DS peut intervenir, étant garant du développement des compétences des professionnels paramédicaux et du niveau d'autonomie laissé aux agents.

Le second point réside dans la temporalité.

Les CSS et CDS de l'établissement A n'évoque pas le principe de subsidiarité, ce qui peut nous conforter dans l'idée que la temporalité pourrait permettre l'acculturation à la démarche et la mise en place du principe de subsidiarité. En effet, l'acculturation demande un certain temps du fait qu'elle touche les organisations, mais au-delà, les pouvoirs, les valeurs et les habitus des professionnels dans la complexité hospitalière.

Ici encore, le DS a une place prépondérante. En effet, il est le mieux placé pour connaître la temporalité des unités de soins. Il pourra alors accompagner la temporalité de la démarche en sachant quand il peut accélérer ou quand il doit ralentir la mise en œuvre. De plus, sa culture soignante lui permet de sentir le moment propice auquel les professionnels soignants sont prêts à accueillir cette transformation dans les meilleures conditions.

Nous pouvons donc en conclure que l'acculturation et l'appropriation de la philosophie Lean nécessite du temps et un accompagnement mesurable sur la durée, qui doit être assurée par une équipe de direction formée et convaincue du bien-fondé de la démarche avec une place prépondérante pour le DS, et qui admet, de mettre en œuvre le principe de subsidiarité.

2-2-3 Les outils du Lean : plus-value de la démarche

A travers les entretiens, nous pouvons dire que les outils du Lean sont utilisés à tous les niveaux de la hiérarchie. Les membres de direction effectuent leurs « OBEYA » et font des « Gembas » sur le terrain dans les deux CH et les unités de soins mettent en place « le management visuel, les stands up meeting, les 5 S », ...

Mais qu'apportent les outils dans la démarche ?

A) Les outils structurent les actions et aident à la décision

Pour les acteurs interrogés, les outils sont des aides à la structuration des actions et aux décisions qui en découlent.

Pour le DH du site A : « *Les « gembas » sont importants à mettre en œuvre, ils permettent une décision collective : dirigeants et acteurs de terrain* ».

Pour le CGS du CHA : « *Le pilotage visuel permet de définir les actions et les décisions à prendre* ».

Pour le CGS du CH B : « *Les outils aident à mettre en place les actions, et à prendre les décisions, le management visuel et les stands up meeting permettent l'expression de chacun et la participation collective à la décision* ».

Pour l'encadrement, il en est de même, « *Les outils guident les actions, ils permettent de donner du sens et ainsi de faciliter les actions* ».

Nous pouvons confirmer les propos tenus précédemment sur le lien entre la démarche et le sens : la démarche permet la réflexion collective et la co-construction des solutions, ce qui est porteur de sens pour les équipes. Les outils sont des moyens utiles et nécessaires aux équipes afin de mettre en place les actions nécessaires et de prendre les décisions qui s'imposent collectivement.

Ces constats sur les outils sont les mêmes quel que soit la maturité de la démarche Lean.

Un CSS du CH B ajoute que « *Les outils, certes, structurent les actions mais surtout laissent une certaine liberté aux professionnels en leur permettant de développer leur créativité et leur talent* », ses propos sont soutenus par un CSS du CH A.

On peut donc penser que, certes, les outils guident les actions et les décisions mais au-delà, ils permettent le développement des talents et de la créativité des professionnels par l'autonomie que la démarche impulse et le principe de subsidiarité qu'elle induit.

B) Les outils objectivent les Résultats

En allant plus loin dans les effets des outils et de la démarche, certains interviewés pensent que les outils permettent également de fixer des objectifs précis et d'en visualiser plus facilement les atteintes.

Les cadres du CH B disent que les outils « *permettent de mesurer les résultats facilement grâce à l'utilisation du visuel et permettent de les formaliser* ».

Les DH et CGS ajoutent la notion de performance :

Le CGS du CH A apporte le fait que le Lean et ses outils sont des leviers de performance par le management qu'ils induisent, par l'affichage de résultats et d'indicateurs économiques », le CGS du CHB ajoute « *Le Lean et ses outils permettent de mesurer les résultats facilement et visuellement et permettent une performance individuelle et collective* ».

Cette performance réside dans l'atteinte des objectifs, dans l'amélioration de l'organisation des soins au quotidien, par les petites victoires mais apparaît également une notion de performance individuelle et ainsi de qualité de vie au travail (QVT).

En effet, la CGS du CHB et tous les CSS et CDS amènent la notion du QVT et qualité du service rendu au patient :

« *La démarche permet la satisfaction individuelle en permettant de libérer du temps pour autre chose comme le temps passé auprès du patient* »

« *On peut remarquer une meilleur satisfaction des patients grâce au temps passé à son chevet* »

« *Les équipes sont plus unies car elles comprennent les problèmes des autres secteurs, cela diminue les tensions et les cloisons entre les équipes* »

« *La démarche a permis de fédérer les équipes au-delà des unités de soins* ».

Selon un article de la Haute Autorité en Santé (HAS) du 11 septembre 2017 : « *la qualité de vie au travail (QVT) en santé regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels* »¹⁷.

Dans le contexte actuel du système de santé, nous notons qu'un sentiment de malaise, voire de mal-être des professionnels s'est développé depuis plusieurs années ; il engendre des conflits de valeurs qui peuvent être à l'origine des risques psycho-sociaux. Même si différents plans ont été élaborés nationalement et/ou localement, il faut aujourd'hui repenser la qualité de vie au travail au sens large et le placer au cœur de notre management et de nos organisations afin que l'hôpital reste performant en termes de qualité des soins et de qualité sociale.

Pour développer la qualité de vie au travail, il faut rester attentif aux qualités des relations humaines, à l'organisation du travail et à son amélioration, il faut redonner du sens au travail de chacun afin d'obtenir l'adhésion des professionnels et d'engendrer satisfaction et implication.

Une partie de la démarche QVT semble s'intégrer partiellement dans une démarche Lean d'après les réponses des acteurs interviewés.

Enfin, Un CSS du CH B ajoute : « *Une démarche d'amélioration continue entraine la performance donc le Lean permet performance* ». Ce dernier apport supposerait que le Lean soit une démarche d'amélioration continue. Nous dirions plutôt, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, que la démarche d'amélioration continue est un moyen au service du Lean. Rappelons les 3 objectifs du Lean à l'hôpital : « *définir la valeur ajoutée du*

¹⁷ https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

point de vue du patient, cartographier les flux et éliminer les gaspillages par une approche d'amélioration continue »¹⁸.

Nous pouvons conclure sur le fait que la philosophie Lean et ses outils favorisent l'objectivation des résultats mais au-delà, ils engendrent une amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels et une meilleure qualité des soins dispensés aux patient, centre de la démarche.

Cependant, les acteurs interrogés nous font part de limites ou de difficultés rencontrées dans l'utilisation du Lean management.

2.2.4 Prendre en compte les limites

Nous pouvons classer les écueils selon 3 ordres : méthodologie, Humain, et conduite de changement.

Les acteurs interrogés ont tous fait état de difficultés rencontrées lors de la mise en place du Lean.

Nous aurions pu croire que les difficultés étaient d'ordres différents selon le degré de maturité de la démarche dans les ES, or tous les acteurs amènent des limites à peu près identiques.

A) Les difficultés méthodologiques

En effet, que ce soit le CH A ou le CH B, la difficulté principale réside dans la pérennisation de la démarche et une approche trop guidée par les outils.

Les 4 directeurs et les CSS apportent la limite de la pérennisation : *« Le plus difficile est de pérenniser la démarche dans le temps », « A chaque départ de membres de direction, il faut travailler à permettre la continuité de la démarche », « La limite la plus importante est la pérennisation dès que des tensions et des moments de crise apparaissent, il y alors un retour au mode personnel et les acteurs en oubli le sens collectif »*

D'un point de vue méthodologique, dans une étude de 2012 portant sur quatre hôpitaux britanniques, Radnor et al. relèvent 4 écueils récurrents lors de l'implantation du LEAN à l'hôpital :

- « • la spécificité du patient qui n'est pas un unique client*
- le manque de pluridisciplinarité des projets*
- une implémentation centrée sur les outils qui manque de clarté et de compréhension pour les personnels*
- une démarche non pérenne liée à l'approche trop orientée "outil" et à un manque d'appropriation au sein du management » (RADNOR Z, HOLWE M, et WARING J, 2012).*

¹⁸ <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01149757/document>

Le succès de l'implémentation du Lean résulte de la compréhension que le Lean est une démarche à part entière qui repose sur une philosophie et non une « boîte à outils » et que cette démarche doit être accompagnée par un management d'une équipe de direction convaincue afin d'avoir des chances de devenir pérenne.

B) Les difficultés humaines

La seconde limite, retenue dans les entretiens avec les acteurs, est l'image négative que renvoie le Lean et le vocable galvaudé.

Le CGS du CH B précise : « *Le Lean a une image péjorative qui entraîne des complications pour ceux qui le porte, il faut faire oublier ce terme péjoratif issu de l'entreprise afin que le Lean soit accepté* »

Le CSS 1 du CH A ajoute : « *il faut faire attention au vocable « Lean » qui est galvaudé et entraîne des résistances à la démarche* »

Les difficultés humaines sont donc liées à la crainte du changement. D'après Fine : « *C'est un ensemble de craintes liées à la mise en place de la méthode Lean, qui freinent son appropriation par l'ensemble des personnels.*

Ces craintes sont les suivantes :

- *Peur de suppressions d'emplois*
- *Effet de mode qui passera*
- *Difficulté à impliquer les médecins, en lien avec la particularité de leur statut et de leur position dominante dans l'organisation encore très hiérarchique de l'hôpital*
- *La connotation péjorative associée, souvent vu comme une méthode de dégraissage axée uniquement sur la performance et non sur la qualité des soins* » (RADNOR Z, HOLWE M, et WARING J, 2012).

Ces craintes se traduisent sur le terrain par un manque d'implication des professionnels qui pensent le Lean comme un outil de productivité et comme des mesures pour supprimer des effectifs et générer de la performance au détriment de la qualité. Or, nous avons besoin de l'adhésion et de l'implication des personnels de santé afin que le Lean soit pérenne.

C) Les difficultés de conduite du changement et de culture hospitalière

La troisième limite se situe dans la conduite de changement et dans la spécificité de la culture hospitalière.

En effet, un DH annonce : « *La difficulté principale à mon niveau est de faire comprendre aux agents de terrain qu'ils sont à même de prendre des décisions* ».

Un CGS ajoute : « *Il faut que les équipes de direction pensent différemment, quittent le mode bureaucratique et hiérarchique, soient convaincues et formées afin de convaincre les équipes* ».

Un CSS : « *C'est un changement de paradigme complet que la direction doit accompagner pour avoir l'adhésion de tous* ».

Un CDS : « *Ce n'est pas dans notre culture de prendre les décisions sur le terrain, notre culture hospitalière est trop ancrée sur un monde hiérarchique et descendant* ».

En effet, le Lean hospitalier est un concept récent à l'hôpital, même s'il est utilisé depuis plusieurs dizaines d'années dans l'industrie. Ce fait entraîne un manque de maturité et d'ancrage. La démarche Lean demande un changement de culture notamment en décentrant la prise de décision sur le terrain et en partageant cette décision entre tous les professionnels quel que soit leur niveau de hiérarchie.

Cette conception est nouvelle dans le milieu hospitalier et nécessite une responsabilisation, une autonomie et une prise de recul des acteurs.

Enfin, les résultats seront probants et durables à condition que les membres de direction soient impliqués dans une démarche de transformation et qu'ils accompagnent le changement de paradigme énoncé plus haut. Nous avons besoin de cette implication et de cet accompagnement afin de pérenniser la démarche. C'est pourquoi le DS, comme les autres membres de direction, doit être convaincu, porteur et accompagnateur dans la conduite de transformation.

Dans son travail de thèse Niccolo CURATOLO classe les approches Lean en trois catégories :
« *Une approche purement technique ou une 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 des techniques et qui vise à améliorer l'organisation » (CURATOLO N, 2014).

L'approche transformationnelle, la plus ambitieuse est celle visée par le pilotage des équipes de direction. Néanmoins, dans le centre hospitalier A, nous avons constaté un Lean au niveau d'une approche amélioration de processus, alors que dans le CHB, le Lean approche un niveau plus élevé avec un ancrage et une maturité plus prononcés et ainsi une approche transformationnelle, après 10 ans d'utilisation. Un CSS du CHB énonce « *la méthode Lean est instaurée durablement dans les toutes unités, les équipes l'utilisent de façon plus naturelle même quand l'encadrement est absent, c'est à cela qu'on voit qu'elle est ancrée dans les pratiques, elle permet de décroisonner les unités et de connaître le travail de l'autre* », alors qu'un CSS du CHA relate : « *Le Lean doit encore être accompagné afin d'être compris et utilisé de façon instinctive* ».

Cette analyse a permis de conforter les hypothèses posées : l'idée que les innovations managériales ont leurs places à l'hôpital afin de répondre aux évolutions, que le Lean est une innovation managériale étant donnée sa philosophie et ses outils, et qu'il facilite la mise en place des actions et des décisions et enfin, que le DS a une place prépondérante dans l'accompagnement de la démarche Lean.

Nous avons découvert qu'au-delà, le Lean nécessite l'implication de tous les membres de direction, que le principe de subsidiarité est indispensable au développement de la démarche et que l'acculturation est nécessaire pour sa pérennité. Enfin, qu'il engendre, bien plus, et notamment une amélioration de la qualité de vie au travail (QVT), mais qu'il faut pour une mise en œuvre optimale, tenir compte des limites évoquées.

La troisième partie de ce travail sera consacrée à proposer des recommandations en lien avec les recherches effectuées au préalable et l'analyse de cette réflexion induite par les entretiens effectués. Ces préconisations nous permettront de nous projeter dans notre future prise de poste.

Dans un premier temps, nous verrons comment le DS peut articuler la démarche Lean avec l'ensemble des partenaires de soins, puis comment il peut utiliser le Lean comme levier managérial, enfin, nous proposerons un positionnement durable du directeur des soins.

3 Préconiser pour opérationnaliser

3.1 Articuler la démarche Lean avec les partenaires

Le DS se situe dans différents systèmes d'action : politique, stratégique et opérationnel. Il fait partie à part entière de l'équipe de direction et il assure l'interface avec les unités de soins. Son défi est d'articuler gouvernance et performance avec confiance et bien-être au travail, en développant des capacités à porter le regard le plus riche qu'il soit sur les situations et de les éclairer, et d'être attentif à tout ce qui l'entoure : « *Ce regard qui montre aussi bien les relations entre les parties et le tout, et les rétroactions entre les parties et le tout, qui ne perd jamais la vue d'ensemble, sans en faire un ensemble vide* » (MORIN E, 2014).

3.1.1 Privilégier la co-construction

Nous avons vu dans les deux premières parties que le principe de co-construction est indispensable dans un management transversal et non hiérarchique, comme le propose le Lean management.

Pour rappel la co-construction est : « *L'implication d'une pluralité d'acteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet ou d'une action* »¹⁹. Il est alors question d'échanges entre les acteurs concernés, par l'intermédiaire d'un questionnement mutuel qui permet aux professionnels de mieux maîtriser les domaines méconnus, et ainsi de développer de nouvelles compétences. Il est également question de négociation collégiale entre ces acteurs afin de prendre la décision finale.

Le DS peut contribuer à renforcer les aptitudes nécessaires à cette co-construction des équipes qu'elles soient de direction, d'encadrement ou opérationnelles.

Pour ce faire, il doit organiser les conditions d'échanges entre les acteurs par des rencontres multiples en des temps prévus et en veillant à y impliquer tous les professionnels concernés : « *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 travail* » (BRILLMAN J, 2019).

Prenons l'exemple d'une réorganisation d'une unité selon la méthode Lean. Après avoir en directoire définit les objectifs de cette réorganisation, le DS travaillera de façon successive et collective avec les chefs de pôles, directeurs de pôles et DRH, les cadres de pôles et cadres de proximité. Il pourra ainsi permettre la rencontre de compétences et connaissances diverses et l'apport de différentes visions afin d'obtenir, après négociations, la décision la plus juste car prise au plus près du terrain. Ainsi, les décisions étant collégiales, sont acceptées de tous et les agents sont impliqués dans leurs mises en œuvre.

¹⁹ <http://www.carenews.com/fr/news/3285-dis-flavie-c-est-quoi-la-co-construction>

De plus, par la démarche Lean, le DS pourra grâce à un outil comme le Gemba, aller sur le terrain et permettre cette co-construction.

Ensuite, cette co-construction, par sa pérennisation, sera utilisée dans toutes les situations et permettra à l'encadrement de proximité, de reproduire le schéma avec ses équipes de soins. La démarche Lean permet de co-construire sur le terrain afin que les décisions se prennent au plus près des questionnements et des dysfonctionnements, pour cela le principe de subsidiarité est nécessaire.

3.1.2 Pratiquer la subsidiarité

Comme nous l'avons évoqué dans l'analyse, le principe de subsidiarité est incontournable dans la mise en place du Lean management. Pour ce faire, le DS doit permettre à l'encadrement de se saisir de cette opportunité. Il doit alors créer des espaces de confiance dans lesquels il apporte toutes les informations, les données et les méthodes nécessaires à l'encadrement afin d'effectuer une analyse la plus pertinente possible. Ainsi, il contribue au décloisonnement entre les sphères dirigeante et opérationnelle.

Ce principe de subsidiarité se retrouve dans l'élaboration des contrats de pôles, contrats dans lesquels le DS a toute sa place par son pouvoir de négociation quant aux objectifs relatifs au projet de soins et au projet qualité et sécurité des soins, et en matière de répartition des ressources humaines.

Le DS a ici une responsabilité accrue dans l'accompagnement des cadres vers une plus large autonomie et responsabilité tout en s'assurant que ces derniers disposent des compétences nécessaires. Pour ce faire, la responsabilité doit être comprise et acceptée par les collaborateurs et doit être encouragée par le DS. Il doit permettre à ses collaborateurs d'atteindre le niveau de compétences utile au niveau de responsabilité demandé, en travaillant avec la DRH sur un plan de formation en adéquation avec les besoins de la démarche Lean, c'est-à-dire formation à la philosophie de la démarche et aux outils utilisés.

Tous les membres de la direction et d'encadrement doivent être formés à la démarche Lean et plus particulièrement le manager Lean qui sera nommé en amont par l'équipe de direction en rapport avec ses connaissances historiques de l'ES, ses connaissances de la culture hospitalière et son appétence à la démarche. Il pourra former lui-même les professionnels de santé et sera le référent de la démarche.

Cette subsidiarité, bien que basée sur la confiance, n'exclut pas l'évaluation. En effet, le DS a besoin de faire le bilan régulier quant à l'avancée des projets selon la démarche Lean, le bilan des compétences des professionnels. Il doit mettre en place un suivi collectif de ces deux points lors de réunion avec ses équipes d'encadrement et un suivi individuel en cas d'appétence particulière pour la démarche ou de difficultés. En cas de difficultés, il peut aussi

solliciter la cellule formation afin d'avoir recours au développement professionnel continu (DPC).

Enfin, le DS doit faire en sorte que l'organisation devienne apprenante pour répondre à ce principe et mettre en œuvre la démarche Lean.

L'organisation apprenante est un concept qui se concrétise par les partages et la conception collaborative. Son enjeu principal réside dans l'utilisation des compétences, leurs actualisations et renouvellements ou l'acquisition de nouvelles, pour apporter des réponses adaptées aux diverses situations rencontrées.

D'après Amaury Grimand, Professeur des Universités de Poitiers, « *cette organisation apprenante suppose d'aplanir les hiérarchies, un partage d'objectifs et de vision, un haut niveau de participation, de l'expérimentation, des hypothèses de compétences, une évaluation continue et une diffusion de l'apprentissage, et un système de valorisation qui prend en compte l'auto-formation* »²⁰.

Nous retrouvons tous ces points dans la démarche Lean. Le DS y a une place primordiale de par ses missions et ses activités : assurer la qualité et la sécurité des soins, faire participer l'ensemble des professionnels au projet de soins, permettre aux professionnels d'acquérir les compétences nécessaires à leurs missions et activités par des plans de formation adéquats, valoriser les professionnels, tout en collaborant avec les directeurs qualité et RH, et le président de la commission médicale d'établissement (PCME) qui est responsable du suivi de la politique de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour collaborer efficacement avec le PCME, le DS peut s'appuyer sur le projet de prise en charge des patients.

3.1.3 Etablir le projet de prise en charge des patients

Le projet de prise en charge des patients appartient au projet d'établissement (PE), il comprend un projet médical et un projet de soins qui permettent la déclinaison de la stratégie du PE.

Nous préconisons donc de travailler ensemble, directeur des soins, personnel d'encadrement et personnels médicaux, à un projet de prise en charge des patients. L'intérêt est de permettre le dialogue, la connaissance mutuelle et la plus-value de chaque métier du soin, ce dans un but de construire des enjeux communs.

Rédiger le projet de soins en même temps que le projet médical pour en faire un projet de prise en charge des patients en collaboration avec le PCME permet au DS d'impliquer tous

²⁰<https://cursus.edu/articles/37674/lorganisation-apprenante-dix-principes-et-plus-encore#.XXZwOvZuLIU>

les professionnels de santé dès le départ afin qu'ils s'approprient les enjeux et donnent du sens au projet. Ainsi les compétences de tous les métiers : médecins, infirmiers, assistantes sociales, rééducateurs, pharmaciens, ... se rencontrent et coconstruisent un projet dans lequel les priorités et les risques sont identifiés collectivement. La prise en charge du patient évolue donc au fil de ses besoins et de ses attentes, grâce à la contribution de toutes les compétences soignantes à la réflexion. Les acteurs utilisent les outils du Lean qu'ils jugent les plus appropriés afin de changer les comportements et de voir les choses autrement dans le but de mettre en place une transformation durable. Leur fil conducteur reste le patient qui est au centre du projet de prise en charge, de la démarche Lean et la plus-value que les professionnels peuvent lui apporter.

En contribuant à ce projet, le DS permet de dépasser les logiques de pôles et les logiques opérationnelles, afin de décloisonner et d'augmenter le niveau de créativité des professionnels.

C'est l'occasion de créer le lien nécessaire entre la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et la CME qui sont ainsi les instances de co-pilotage du projet.

3.1.4 Permettre la rencontre des idées des usagers et des professionnels

Les usagers sont au centre de toutes les préoccupations de la démarche Lean avec comme priorité améliorer la satisfaction du client. Il devient donc essentiel de faire remonter ses besoins, ses préoccupations et son niveau de satisfaction.

L'instance relative des usagers est la commission des usagers (CDU), instance dans laquelle le DS n'est pas membre de droit²¹. Cependant, nous proposons que le DS mette en place une relation de confiance afin de collaborer avec le président et les membres de la CDU vers un objectif commun. La CDU invite le DS quand le sujet concerne son champs d'expertise, c'est le moment pour lui de prendre en compte les attentes et les insatisfactions des usagers afin de les intégrer dans le projet de soins et de co-construire avec les équipes d'encadrement sur ces points. Il peut alors créer les liens indispensables entre la CDU et les acteurs paramédicaux de la CSIRMT afin de faire émerger la démocratie sanitaire et de prendre en considération toutes les idées des deux parties et de faire se rencontrer des compétences diverses, comme le préconise la philosophie Lean.

Nous nous sommes volontairement contenté de partenaires internes à l'hôpital, mais nous n'oublions pas que l'ES fait partie intégrante d'un GHT. Ce GHT est un partenaire essentiel à prendre en compte. Même si nous savons parfaitement que les collaborations et coopérations sont des opportunités aujourd'hui et le seront encore plus demain, avec « Ma santé 2022 », le

²¹ Article R- 1112-81 du code de la santé publique

déploiement du Lean à l'échelle territoriale nous questionne : faut-il le déployer à la suite d'une acculturation déjà bien évoluée sur l'ES d'appartenance ou le faire en concomitance ? Si oui, le projet devra intégrer le projet médico-soignant partagé (PMSP).

Après avoir vu les relations du DS avec les principaux partenaires de soins, nous allons voir de quelle manière le DS peut utiliser le Lean comme levier managérial.

3.2 Le Lean, levier managérial du directeur des soins

En effet, le Lean, comme nous l'avons exprimé dans nos deux premières parties en s'appuyant sur la théorie et sur l'analyse des entretiens, est un levier managérial pour le DS afin d'accompagner les projets de transformations de l'hôpital. Pour ce faire, le DS doit prendre en compte plusieurs paramètres et associer toutes les professions à la démarche.

3.2.1 Positionner l'encadrement

Le Lean repose sur un principe fondamental qui consiste à développer de la valeur ajoutée en se centrant sur les ressources humaines. Il s'agit alors pour le DS de repérer les potentiels de chacun, de leur permettre de les partager avec les collaborateurs et de les faire évoluer en les accompagnant, ce dans un but, de développement de compétences.

Les cadres de l'hôpital se retrouvent dans une démarche Lean au cœur du système. La démarche entraînant une modification des lignes hiérarchiques, elle demande ainsi un changement des pratiques des cadres de santé. En effet, les équipes d'encadrement ne sont plus considérées comme des experts cliniques mais doivent évoluer vers des managers, insufflant une dynamique participative de transformation.

Tout au long de son parcours, le cadre est amené à s'adapter aux évolutions engendrées par le système. Le Lean apporte aux CDS les pratiques et la philosophie d'adaptation nécessaire pour accompagner cette évolution et les changements qui en résultent.

Le cadre doit amener ses équipes vers une réflexion collégiale et les conduire à la pratique de résolution de problèmes en équipe pluridisciplinaire.

La discussion, la collaboration et la négociation prennent place face au changement de transmission des informations. En effet, les données n'étant plus uniquement descendantes mais faisant des allers retours entre le terrain et le haut de la hiérarchie, obligent le cadre à changer de posture au sein de ses équipes. Il devient un manager facilitateur, acteur essentiel dans l'unité qui permet les interfaces entre patients et professionnels et impulse de nouvelles relations entre les membres de son équipe en permettant une parole libre, une écoute mutuelle et une négociation efficace. Ainsi il crée une dynamique de concertation favorable aux prises de décisions collégiales. Il valorise toutes les victoires, grandes ou petites, au fur et à mesure, par la mise en place d'outils adéquats comme le « avant-après » et le management visuel. Ce

afin de favoriser la reconnaissance du travail de chacun et d'engendrer la motivation des professionnels.

Ainsi le cadre peut prendre de la distance sur les situations urgentes en n'étant plus que le « pompier de service » mais le manager qui conduit à résoudre les origines des dysfonctionnements. Il contribue ainsi à une meilleure prise en charge des patients, à l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et à l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels.

Le DS doit rester très attentif à l'encadrement. Il doit pouvoir le guider sur les moyens les plus adaptés afin d'informer les professionnels de terrain, ce dans le but qu'ils s'approprient les outils de la démarche et redeviennent des experts du soin. Ainsi l'encadrement se repositionne au cœur de l'unité, à l'interface des relations soignants/soignés et paramédicaux/médicaux, et redevient le manager au centre de la production des soins.

Le DS doit être en mesure de repérer les leviers et les freins à la mise en œuvre du Lean. Pour ce faire, il doit assurer un suivi collectif par des réunions régulières et faire des points sur le niveau d'acculturation de l'encadrement à la philosophie. Il doit également être attentif à l'évolution de chaque cadre, mettre en place des entretiens individuels en cas de difficulté d'un professionnel ou en cas d'appétence à la démarche.

Il travaille à mettre en place les formations nécessaires et un accompagnement spécifique par le Lean manager. Progressivement la démarche deviendra spontanée et le cadre pourra ainsi modifier les outils, qui ne demandent qu'à évoluer, selon les besoins de l'équipe.

De plus, le DS doit être attentif au développement des compétences des CDS. Il doit mettre en place un dispositif d'évaluation des compétences afin de repérer les facilités ou difficultés des cadres dans un but de développer leur autonomie et leur niveau de responsabilité qui permettra de mieux appréhender la culture Lean. Nous proposons qu'en cas de besoin de développement de nouvelles compétences d'un cadre, le DS mette en place un tutorat par un collaborateur cadre plus expérimenté en la matière.

Nous proposons un dispositif d'évaluation basé sur un outil ANAP : outil d'auto-évaluation des compétences à destination des chefs de pôle que nous avons travaillé pour l'adopter à l'encadrement (Annexe 2).

Il repose sur un degré d'autonomie croissant du cadre dans la mise en œuvre de la compétence et un degré de complexité croissant dans la mise en œuvre de la compétence.

Il permet des échanges autour de sujets et de projets menés, de prendre les décisions pertinentes et d'évaluer la cadre en termes de compétences.

Cependant, toute évaluation doit se faire à partir d'indicateurs de résultats. Or nous avons vu qu'une des limites du Lean réside dans le manque d'indicateurs. Le DS doit donc travailler à proposer des indicateurs fiables sur lesquels il pourra s'appuyer pour évaluer.

Les indicateurs peuvent reposer sur les objectifs du Lean :

Zéro gaspillage : pour évaluer cet objectif, le DS doit construire des indicateurs de consommation avec les professionnels concernés : pharmacie, logistiques, économat, transports, ...des indicateurs de gestion des stocks, de consommation de biologie, déplacements inutiles, ...

Valeur ajoutée pour le patient : les indicateurs de satisfaction des patients sont à prendre en considération par le DS, nous proposons qu'il utilise aussi des indicateurs tels que le temps de transmission, la durée moyenne de séjour, taux de réadmission, temps d'attente appel bloc opératoire...

Amélioration de la QVT : un questionnaire de QVT peut être effectué annuellement selon la méthode Karasek par exemple, méthode que nous pouvons améliorer pour le rendre plus culturellement soignant, le bilan social, le taux d'absentéisme...

Sur le terrain, nous proposons que les cadres affichent dans une salle adéquate un recueil des problématiques résolues afin de challenger leurs équipes.

A ce jour, de nombreuses études étrangères ont objectivé le lien entre performance économique, médicale et Lean :

« Une recherche menée précédemment par les auteurs montrait que les établissements utilisant une méthode Lean avait un taux de mortalité plus faible » (LEBEE E, 2007).

Le DS utilisera donc et construira des indicateurs de performance basés sur l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins, sur la satisfaction des usagers et des professionnels de santé.

Enfin, le DS doit inclure la démarche Lean dans le projet de soins comme philosophie. Le projet de soins est un guide d'actions qui constitue une règle dont le DS est gageur et porteur. Il représente un projet collectif fondé sur des échanges dans lesquels une confrontation des idées et des valeurs des acteurs est possible. Pour cela, le DS doit créer un comité qui inclura l'encadrement supérieur et un certain nombre de cadres de proximité afin de travailler en collaboration et de co-construire le projet. Il doit alors mobiliser ses compétences pédagogiques et méthodologiques afin de permettre une culture de l'écoute bienveillante et constructive. Dès les premières réunions de préparation de la rédaction du projet de soins, il utilisera les méthodes du Lean comme le management visuel, les 5 S et 5 pourquoi, afin d'acculturer l'encadrement à la démarche. Il pourra ainsi très rapidement familiariser les cadres avec la philosophie Lean et les outils adéquats.

3.2.2 Associer les acteurs médicaux et paramédicaux

Afin de permettre l'acculturation, nous préconisons que le DS associe, dès le début du projet tous les acteurs de terrain.

L'acquisition de la méthode Lean repose sur deux préambules : la formation et la communication.

Nous proposons que le DS mette en œuvre, en collaboration avec la DRH et les services formation, un dispositif de formation adapté qui permettra aux acteurs de maîtriser les outils et de se familiariser avec la philosophie et sa traduction dans l'hôpital, afin d'obtenir une acculturation.

Afin d'obtenir un engagement des professionnels, les thématiques de formation retenues doivent se centrer sur le patient-client et ses attentes-besoins, objectif commun à tous les professionnels de santé. En second lieu, l'expérimentation servira de formation. En effet, des échanges réguliers entre les membres de l'équipe permettront des réflexions qui favorisent le développement de l'intelligence collective et permettent ainsi l'adaptation des organisations aux changements. Les outils du Lean deviennent secondaires lorsque les professionnels voient dans les dysfonctionnement et résolutions de problèmes, une opportunité pour garantir la qualité et la sécurité des soins et augmenter la satisfaction du patient.

La culture de l'erreur positive doit être de mise. Nous proposons que le DS autorise le droit à l'erreur et encourage les déclarations d'événements indésirables en créant collectivement une charte de non-culpabilité.

Étant donné sa position au directoire, le DS a toute légitimité pour sensibiliser les médecins à la démarche. En effet, nous avons vu dans notre analyse, que les personnels médicaux sont moins impliqués par manque de temps ou par le besoin de centrer leurs activités sur leur rôle propre : soigner. Or leur implication à la démarche est nécessaire afin d'augmenter la dynamique de groupe et l'adhésion des membres de l'équipe paramédicale. Le DS peut alors insuffler la démarche en directoire en reprenant les objectifs et en centrant son discours sur le patient afin d'impliquer les équipes médicales : créer de la valeur ajoutée pour le patient et les professionnels, augmenter la satisfaction des usagers et la QVT des personnels, et en présentant toutes les victoires des équipes qui améliorent la prise en charge et la qualité des soins.

3.2.3 Porter la démarche en équipe de direction

A la suite de l'analyse des entretiens et de notre réflexion, nous pouvons affirmer que la démarche doit être portée par la direction afin de faciliter sa mise en œuvre et l'acculturation des professionnels. L'implication de la direction doit être lisible par tous les acteurs de l'hôpital afin de légitimer l'utilisation de la démarche et de ses outils.

« *La direction ne doit pas seulement « soutenir » le projet Lean, elle doit également être impliquée au point de changer elle-même sa façon de travailler* » (CURATOLO N, 2014). Les cadres dirigeants doivent vraiment avoir un rôle proactif dans la mise en place du Lean.

D'un point de vue stratégique, la direction doit inscrire la politique de mise en œuvre du Lean dans le projet d'établissement (PE) et la décliner dans le projet managérial afin d'ancrer la

démarche dans le fonctionnement des unités. La stratégie peut être définie comme « *la conception de la mise en œuvre d'un ensemble d'actions ordonnées en vue d'atteindre un résultat ultime* »²².

En effet, si le projet d'établissement est une obligation réglementaire, il constitue une opportunité pour fédérer et mobiliser les différents acteurs de la communauté hospitalière. Il comprend un projet d'établissement qui définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement, un projet de prise en charge des patients intégrant projet médical (PM) et projet de soins (PS), un projet psychologique et un projet social.

La direction doit partager la vision stratégique de la démarche, la clarifier et définir les objectifs. Elle doit traduire les objectifs à travers le PE en définissant les enjeux en termes de gains potentiels : économiques et financiers, qualitatifs, activités, QVT et amélioration du service rendu et des risques susceptibles. Enfin, elle doit tenir compte de la maturité de l'entreprise à conduire la transformation, notamment dans sa dimension managériale et humaine, et accompagner positivement la conduite du changement.

Pour cela, il conviendra de mettre en place un comité stratégique composé des membres de direction et du PCME, et un comité de pilotage composé de personnels qualifiés et formés à la conduite de changements. Ce comité de pilotage doit inclure différents représentants dirigeants, soignants et administratifs, afin de décloisonner et de faire collaborer les 3 mondes qui composent l'hôpital.

Nous proposons que l'équipe de direction mette en œuvre « *un dispositif complet de changement et utiliser toutes les techniques et les approches que propose la sociologie des organisations : enquêtes de perception, analyse d'impacts, dispositifs de veille terrain, organisation des relations avec les partenaires sociaux, communication, dispositifs de formation et d'accompagnement terrain* »²³.

Dans ce cadre, élaborer un plan de communication adapté est indispensable. Ce plan doit permettre une bonne cohérence des messages en veillant à aborder tous les questionnements, même les plus dérangeants.

Cette communication appartient à tous les membres de direction selon leurs champs d'expertise. Il reviendra au directeur des soins de communiquer à travers son expertise clinique et culturelle.

Sa plus-value réside en effet dans sa connaissance du terrain : repérer les difficultés et les opportunités, sa connaissance de la culture soignante, de la temporalité des unités : est-ce le moment propice ? et enfin de l'état d'esprit de l'encadrement. Il doit se servir de toutes ces

²² M. LOUAZEL cours Stratégie et projet d'établissement EHESP 2019

²³ <file:///C:/Users/33660/Documents/UE%202013%20Mémoire%20professionnel/transformation.pdf>

connaissances afin d'établir une communication adaptée qui favorise le développement de la démarche Lean.

De plus, tous les membres de direction sont amenés à aller sur le terrain, là où se passent les actions, et d'effectuer des « gembas ». Pour ce faire ils mettent en place une nouvelle pratique managériale innovante qui repose en partie sur un management visuel. Ainsi ils pourront partager une vision avec les professionnels de terrain, écouter les collaborateurs et co-construire avec eux afin de résoudre les dysfonctionnements.

Dans le CH A, nous avons eu l'occasion d'observer deux gembas : l'un effectué par le DG au service des urgences, le second par le DS en consultation. De ces gembas, sont ressortis des propositions de la part des professionnels afin de résoudre les dysfonctionnements et d'améliorer la qualité du service rendu. Nous avons pu nous rendre compte de l'importance d'une immersion des dirigeants au sein des unités, les personnels se sentent écoutés, reconnus et en découle une augmentation du niveau de leur motivation et implication.

Enfin, la direction doit faire de l'hôpital une organisation apprenante en créant les conditions d'une transformation culturelle et humaine nécessaire à l'acculturation de la démarche Lean.

En effet, les dimensions soignante et culturelle sont essentielles à prendre en compte dans une démarche Lean.

3.3 Se positionner durablement

3.3.1 Manager durablement et prendre en compte la résilience

Afin d'augmenter les chances d'acculturation à la démarche et de la pérenniser, nous préconisons que le DS s'attarde sur deux points : développer un management durable, durable notamment en ressources humaines et prendre en considération le concept de résilience.

En effet, le DS doit prendre en compte la temporalité de chaque acteurs et de chaque unités, il doit savoir accélérer ou freiner la transformation en tenant compte des possibilités de chacun à s'adapter et à évoluer.

« Le management durable est une démarche essentielle pour les entreprises qui souhaitent atteindre des résultats et préserver le bien-être de leurs collaborateurs dans le long terme »²⁴.

Le management durable prend en compte plusieurs paramètres : humain, organisationnel et environnemental, dans le but de permettre à une entreprise d'être viable sur le long terme.

Nous nous intéresserons plus particulièrement au management des ressources humaines qui fait partie des missions du DS, puisque le management des organisations a, quant à lui, été développé ultérieurement.

²⁴ <http://www.international-coaching-solutions.fr/management-durable/>

Le DS s'assure des compétences et du besoin en effectifs afin de répondre aux objectifs fixés par l'équipe de direction au regard du projet de transformation et du projet d'établissement. Il travaille en collaboration avec la DRH et la DAF (direction des affaires financières) à un plan de formation, à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) et à proposer des maquettes organisationnelles qui répondent aux besoins et aux objectifs à atteindre. Il doit mettre en œuvre ses compétences de négociation.

Au-delà, il recherche tous les moyens afin de fidéliser ses professionnels, d'attirer les talents, et d'innover.

Une des propositions réside dans la rédaction du projet managérial (PM). Il doit donc travailler avec le DRH à rédiger un PM qui prend en compte la fidélisation des professionnels et l'innovation managériale.

Deux compétences du référentiel de DS²⁵ lui permettent de construire le projet managérial :

La compétence 2 : « *Structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professions paramédicales* » permet de définir les orientations, les niveaux d'interventions et d'interactions des acteurs, et la compétence 4 : « *Management de l'encadrement partagé et institutionnalisé* » qui pose les fondements de l'élaboration du projet managérial.

Pour ce faire, Il peut travailler sur les conditions de travail des professionnels en termes d'ergonomie, collaborer avec le service de santé au travail et le CHSCT, renforcer le dialogue social. Il se rapproche des instituts de formation et des facultés afin de développer les coopérations : Coopération en termes d'accueil des étudiants, d'attractivité des futurs professionnels, de partage de compétences et de supports pédagogiques innovants.

Ce afin d'assurer une meilleure adhésion sociale aux changements, aux activités et d'augmenter la qualité de vie au travail.

Le projet managérial est donc le document par lequel le DS peut expliciter sa stratégie managériale et sa mise en œuvre. Il s'inscrit dans la politique institutionnelle de management. Les axes de ce projet managérial doivent mettre en relation tous les niveaux : direction, directoire et PCME, mais aussi encadrement de pôle et de proximité afin qu'il soit gage de réussite pour le DS. Ainsi toutes les actions qui en découlent sont à construire en collaboration avec les acteurs.

Le DS le formalise donc conjointement afin de renforcer la professionnalisation. Pour ce faire nous préconisons que le DS utilise divers outils :

Elaboration de fiches de postes ajustées et contractualisées avec les pôles.

²⁵ Référentiel de compétences des directeurs des soins, EHESP, 2013.

Cartographie des compétences attendues de l'encadrement basé sur les référentiels d'activités afin de permettre un développement identitaire et une valorisation individuelle et collective par le sentiment d'appartenance que cela engendre.

Retour d'expériences sur des situations managériales vécues qui ont questionnées l'encadrement ou les professionnels de terrain.

Lors de l'élaboration collaborative de ces outils, le DS utilisera les méthodes du Lean avec un management visuel qui permet à chacun de participer et de s'approprier les éléments.

Enfin, le DS doit veiller à valoriser les équipes sans jamais les épuiser. Pour cela, il doit prendre en compte la résilience.

Ce concept de résilience individuelle, étudié en France par plusieurs scientifiques tels que le psychiatre Boris CYRULNIK ou encore Michel Manciaux, Michel Lemay, comprend de multiples définitions, Dans notre contexte de transformation managériale et organisationnelle, nous proposons de ne prendre en compte que la résilience organisationnelle et de la définir comme l'aptitude d'une personne à traverser des moments difficiles ou à faire face à un stress. Le concept de résilience organisationnelle prend tout son sens dans notre réflexion, pour accompagner les changements et la transformation managériale que nécessite la mise en place du Lean.

Le DS doit mettre en place tous les outils possibles afin d'accompagner les professionnels. Il peut faire appel à des outils individuels et collectifs qui aideront les acteurs à faire face aux changements, qui leur permettront d'éviter le stress, la démotivation et la dégradation de la qualité de vie au travail. Il doit permettre aux professionnels de retrouver leur marge de manœuvre dans leur propre réorganisation et dans leur créativité en laissant une place à l'autonomie. Il pourra proposer la rédaction une charte des valeurs partagées sur laquelle tous s'appuieront.

Il doit leur faire prendre conscience que la transformation est positive et gage de mieux : mieux travailler, mieux soigner, mieux se coordonner, mieux vivre ensemble, en s'appuyant sur le partage des réussites, en partageant les expériences positives et en analysant les expériences négatives.

Face à cette transformation managériale, nous avons vu que le DS a une place prépondérante dans la démarche.

Pour honorer cette place, nous pouvons nous questionner sur quel manager est le DS ? Comment fait-il pour être un guide idéal ?

Nous avons démontré qu'il ne peut être ni patron, ni chef, qu'il ne lui suffit plus d'être manager bienveillant ou coach mais qu'il doit être tout cela à la fois. Nous proposons qu'il développe un

leadership authentique afin de participer activement à la transformation managériale et en conservant un état de bien-être pour lui et ses collaborateurs tout en contribuant à la performance hospitalière.

3.3.2 Développer son leadership authentique

Le leadership peut se définir par : « *l'habileté à exprimer une représentation de la réalité, de manière à orienter l'action du groupe, par l'habileté à décrypter les indices communicationnels propres à une variété de situations et à y réagir conséquemment* » (Barge et Hirokawa, 1989 ; Barge, 1996 ; Thayer, 1998 ; Weick, 1995)

Selon Alain Héroux, Docteur en théologie de l'Université du Québec à Chicoutimi, la réalité des vécus en entreprises impose un retour à plus d'authenticité : « *Après la corruption et la collusion, on est de plus en plus critique et exigeant envers les dirigeants. Les gens sont malheureux, épuisés et tannés de se faire dire n'importe quoi. On est dans un monde où on veut des leaders qui sont vrais, courageux, inspirants et capables de faire preuve d'humanité. Ça passe par un leadership authentique* »²⁶.

Que signifie exercer un leadership conscient et authentique ?

Alain Héroux le définit de la façon suivante : « *C'est agir de façon cohérente et transparente avec ses valeurs. Pour obtenir ça, ça prend un développement de la conscience. Le leader doit devenir présent ici et maintenant. Il développe l'ouverture face aux autres, le respect des gens, une écoute attentive, la bienveillance envers les autres. C'est un dirigeant qui est connecté avec le bien-être des employés et qui en même temps peut dire qu'il faut atteindre des objectifs* »²⁷.

Dans cette conception, le leadership authentique est étroitement lié au bien-être au travail tout en se souciant du niveau de performance.

Afin de devenir leader authentique, le DS doit répondre à plusieurs conditions :

Connaitre ses forces et ses faiblesses et comprendre sa propre vision du monde

Savoir traiter objectivement les informations afin de prendre des décisions pertinentes

Savoir rester soi-même dans toutes les relations

Savoir être cohérent entre ses valeurs et ses comportements et ajuster ses valeurs à l'environnement.

²⁶ <https://managersante.com/2018/09/17/le-leadership-authentique-peut-il-etre-un-levier-de-bien-etre-et-de-performance-pour-les-etablissements-de-sante/comment-page-1/>

²⁷ Ibid.

Le DS ne doit pas chercher à faire de ses équipes des miroirs de lui-même, il doit ne pas vouloir être aimé à tout prix.

Il doit communiquer largement afin que les professionnels soient en possession de toutes les informations dont ils ont besoin et faire des victoires, des victoires collectives afin d'influencer positivement sur les aspects psychologiques et relationnels engendrés par la transformation du mode de management. Cette communication doit transpirer dans toutes les réunions qu'il conduit, ou auxquelles il participe et avec tous les acteurs de l'ES.

Nous avons donc pu faire des propositions stratégiques et opérationnelles qui permettent de déployer le Lean en ES et d'y acculturer les professionnels et plus largement, des propositions qui permettent d'accompagner n'importe quelle transformation dans un ES par une collaboration accrue entre le DS et les membres de l'équipe de directions, entre le DS et le PCME, le DS et l'encadrement...

La place de la direction et notamment du DS y est essentielle, du fait de son positionnement stratégique dans l'institution, son positionnement opérationnel par sa dimension clinique et sa connaissance de la culture soignante, et par son management agile.

Lors de ma projection dans ma future prise de poste, je pense formaliser une politique managériale en me basant sur la philosophie du Lean management. Je projette de mettre en œuvre un management transversal en fixant des objectifs atteignables afin de prendre en compte le bien-être des professionnels et des usagers. Ces objectifs reposent sur l'amélioration continue de la qualité, l'optimisation des parcours de soins, la satisfaction des usagers et la qualité de vie au travail des acteurs de santé.

Conclusion

Notre système de santé évolue constamment depuis des dizaines d'années. Centrées hier sur la maîtrise des dépenses jusqu'en 2009, aujourd'hui sur la promotion d'une réorganisation du système avec les réformes HPST et LMSS et demain sur la transformation avec la loi « Ma santé 2022 », ces évolutions influent les politiques et stratégies des ES.

Les ES mettent ainsi en œuvre des stratégies nouvelles dans de multiples domaines dont leur management, afin d'accompagner les professionnels vers les changements de paradigme et de recentrer l'humain au centre des préoccupations. En effet, face aux nombreux changements engendrés par les politiques publiques, les professionnels doivent être accompagnés de la façon la plus pertinente afin d'être impliqués dans les transformations à l'échelle de l'ES et du territoire.

Les innovations managériales peuvent être vu comme une des réponses afin de permettre aux hôpitaux de rester performants en matière de transformations, de changements organisationnels et de rester attractifs pour les professionnels et les patients.

Ce travail nous a permis de positionner le Lean management comme une innovation managériale possible à l'hôpital.

En effet, le Lean permet de mettre en place un management innovant, dans le sens où il repositionne le management à un niveau hiérarchique différent. Il permet, en se centrant sur la valeur ajoutée au patient, de décentrer les décisions au plus près des activités afin qu'elles soient les plus pertinentes possibles.

Ainsi, il accroît les responsabilités des acteurs en développant leur niveau d'autonomie et leurs compétences en lien.

Enfin, le Lean vise l'amélioration des performances d'une organisation tel que l'hôpital par le développement de tous les professionnels en répondant aux besoins des usagers.

Nous pouvons affirmer que dans cette transformation de paradigme, les équipes de direction ont une place primordiale afin de piloter un tel projet. En effet, le choix du Lean doit être inscrit dans les projets de l'ES : projet d'établissement, projet managérial, projet de prise en charge des patients, afin d'accompagner l'acculturation, de fixer les objectifs, de donner le sens et de respecter les logiques et valeurs des 3 mondes qui peuplent l'hôpital.

L'équipe de direction opère ainsi un double pilotage : administratif et métier afin de mettre en œuvre efficacement la démarche Lean.

Dans cet accompagnement, le directeur des soins a un rôle particulier, du fait de ses missions de gestion des équipes paramédicales, sa culture soignante et son expertise. Proche des

soignants, il peut impulser la dynamique nécessaire afin de mener le projet dans sa globalité. Il doit collaborer avec toute l'équipe de direction, mettre à profit sa place au directoire pour entraîner le corps médical et l'inscrire dans le projet de soins en coopération avec les équipes d'encadrement et de soins.

Il est l'élément moteur qui permet coopération et dialogue interprofessionnel, indispensables à la culture Lean.

Nous avons pu faire le constat que le Lean est une innovation managériale efficace afin d'accompagner les transformations hospitalières dans un but de performance, mais nous avons également pu constater qu'il comporte des limites en termes d'acculturation en lien avec une prégnance de la culture soignante dans les ES.

Nous pouvons donc en conclure que le Lean est à mettre en œuvre dans un établissement déjà mature face aux processus, à l'amélioration continue, au management transversal et non pyramidal et dans un hôpital où le climat social est plutôt favorable présentant un équilibre budgétaire pas trop fragile.

Face aux limites, nous nous interrogeons à mettre en œuvre un management situationnel et plus particulièrement un management qui prenne en compte la culture soignante. Cette approche permettrait une transition vers le Lean étant donné qu'elle serait plus rapidement acceptée. Nous proposons donc un management éthique tel que le Care management.

Les théories ou philosophies dites « du care » trouvent leur origine dans une étude publiée par Carol Gilligan en 1982 aux Etats-Unis. Celle-ci met en évidence, à travers une enquête de psychologie morale, que : *« Les critères de décision morale ne sont pas les mêmes chez les hommes et chez les femmes. Là où les premiers privilégient une logique de calcul et la référence aux droits, les femmes préfèrent la valeur de la relation, s'orientant d'après ce qui peut conforter les relations interpersonnelles, développer les interactions sociales. C'est à partir de cette observation que Gilligan établit le nouveau paradigme moral du care comme capacité à prendre soin d'autrui, souci prioritaire des rapports avec autrui »*²⁸.

En effet, si nous voulons que les soignants assurent des soins de qualité, en respectant les normes tout en gardant une relation empathique avec les autres (collaborateurs et usagers), il faut qu'ils soient convaincus du fait, qu'une approche humaniste est attendue dans leur exercice professionnel.

²⁸ <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-12-page-631.htm#no5>

L'éthique managériale et plus spécifiquement l'éthique du « care », qui suppose une sollicitude, un prendre soin comme principes de management, peut être créatrice de valeur et de sens et ainsi répondre à cette approche humaniste.

Dans sa thèse, MC. Miremont précise : *« L'éthique du « care » apporte de la congruence entre la bienveillance attendues par le patient et la reconnaissance recherchée par les professionnels. Dans un souci de cohérence, certaines valeurs prégnantes et attendues dans les soins comme la bienveillance doivent être aussi affichées dans les conduites et attitudes managériales »*

« Dans ce lieu, par définition « d'hospitalité » et « d'humanité », qu'est l'hôpital, le garde-fou d'un risque de rationalisation à outrance de son système de pilotage et de gestion, y compris de ses ressources humaines n'est-t-il pas d'y promouvoir une éthique managériale du prendre soin ? ».

Ici, le leadership *« s'apparente donc à un leadership transactionnel, à travers ses qualités d'écoute, d'ouverture, de dialogue, ses compétences de négociateur et de régulateur »* (Miremont MC, 2014).

Nous préconisons donc un management éthique comme préambule à un Lean management afin de permettre aux professionnels de santé de s'y acculturer plus largement et de pérenniser la philosophie Lean.

Dans quelques mois, nous serons en position de porter la politique de soins d'un ES. Ce travail nous aura permis de mieux appréhender les impacts d'un management cohérent avec nos objectifs et valeurs, transversal et collectif qui renforce la légitimité du directeur des soins en contribuant à une dynamique constructive. Il nous permettra également d'être en capacité d'accompagner les professionnels vers la transformation induite par Ma santé 2022 et l'apparition des nouveaux métiers.

Bibliographie

Article de périodiques

Supports papiers

DEMUREZ C, 2017, « Management systémique et dynamique de changement dans les ESSMS : faire face au défi de la complexité », les cahiers de l'actif, n° 492/492, p.123

LEBEE E, 2007, « Pratiques managériales et admissions hospitalières », revue manager de santé, n°104, p.35

Supports électroniques

CARPENTIER S, 2018, « Le leadership authentique peut-il être un levier de bien-être et de performance pour les établissements de santé ? », Manager santé, numéro 17, <https://managersante.com/2018/09/17/le-leadership-authentique-peut-il-etre-un-levier-de-bien-etre-et-de-performance-pour-les-etablissements-de-sante/comment-page-1/> (consulté le 2/09/2019)

LAROCHE H, 1996, Sociologie du travail, Weick K. E., « *Sensemaking in Organizations* », Thousand Oaks, Sage, 1995 https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1996_num_38_2_2274 (consulté le 17/08/2019)

Ouvrages

BERNOUX PH, 2004, « Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations », Paris, Ed. Seuil, 336 pages

BRILLMAN J, 2019, « Les meilleures pratiques du management, au cœur de la performance », Editions d'organisation, 451 pages

FOUDRIAT M, 2016, « La co-construction, une alternative managériale », Rennes, Presses de l'EHESP, 198 pages

GEORGES P.M, 2012, « Gérer un hôpital, un pôle, Les meilleures méthodes de management au service des gestionnaires hospitaliers », Sauramps Médical, 438 pages

MARVANNE P, 2014, « Le Lean à l'hôpital : Améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer les talents », Les études hospitalières édition, 197 pages

MORIN E, 2014, « Introduction à la pensée complexe », Paris, Ed. Point, 160 pages

RADNOR Z, HOLWEG M, and WARING J, 2012, « Lean in healthcare : The unfilled promise », Social science and Medecine, vol. 74, 460 pages

RIBAUT M., 1991, « L'hôpital entreprise, pourquoi pas », Editions Lamarre, 296 pages

Thèses

CURATOLO N, 2014, « Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers, application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital », école nationale d'arts et métiers, p.80

MIREMONT MC, 2014, « La dynamique « éthique du care », nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital », obtention du titre de docteur en sciences de gestion, P.138, 267

Textes législatifs et réglementaires

Supports papiers

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Ordonnance n°2005-1112 du 1 septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé

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

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Article R- 1112-81 du code de la santé publique

Rapports, Guides

Rapport de l'IGAS, BURSTIN A, GARRIGUE-GUYONNAUD H, SCOTTON C, avec la contribution de BRAS PL, Hôpital 2012, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf, (consulté le 03/03/2019)

Guide ANAP, LEBRUN A, Dr GAUTIER P, « Être chef de pôle : quelles missions, quelles activités et quelles compétences ? »
<file:///C:/Users/33660/Documents/STAGES/Stage%201/Note%20de%20situation/ANAP%20Etre%20chef%20de%20p%C3%B4le.pdf> (consulté le 12/02/2019)

Article HAS, « Qualité de vie au travail », https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail (consulté le 18/06/2018)

Sites internet

BOYER F, « Les clés du management intergénérationnel », <https://www.innovationmanageriale.com/tag/francis-boyer/> (consulté le 23/04/2019)

DEPREZ F, C'est quoi la co-construction, <http://www.carenews.com/fr/news/3285-dis-flavie-c-est-quoi-la-co-construction> (consulté le 28/03/2019)

DUMAINE M, « Conduire et réussir les grandes transformations d'entreprise : L'art de la transformation », <file:///C:/Users/33660/Documents/UE%2013%20Mémoire%20professionnel/transformation.pdf> (consulté le 13/04/2019)

DURIEZ F, « L'organisation apprenante », <https://cursus.edu/articles/37674/lorganisation-apprenante-dix-principes-et-plus-encore#.XXZwOvZuLIU> (consulté le 18/07/2019)

FORTINEAU V, LAMOURI S, ECKERLEIN G, « Analyse des potentialités et des limites du LEAN à l'Hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière », <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01149757/document> (consulté le 18/04/2019)

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acculturation/577> (consulté le 18/08/2019)

« Le Lean Management est-il applicable à l'hôpital et pour quels résultats ? », <https://www.capgemini.com/consulting-fr/wp-content/uploads/sites/31/2017/08/le-lean-management-est-il-applicable-a-lhopital-et-pour-quels-resultats-capgemini-consulting.pdf> (consulté le 15/03/2019)

Roussel E, « Sociologie du management », <http://sociologiedumanagement.fr/management-en-exercice/> (consulté le 18/04/2019)

VERRIER G, « Le principe de subsidiarité : une clé », <https://www.rhinfo.com/thematiques/management/le-principe-de-subsidiarite-une-cle> (consulté le 17/08/2017)

Interventions pédagogiques, EHESP, promotion DS 2019

SCHWEYER FX, « Une démarche d'analyse des situations de travail : Principes et structures », EHESP CMH, 03/2019

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Guide d'évaluation de l'encadrement

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Pouvez-vous me donner votre date de formation/diplôme ?

Quels postes avez-vous occupé auparavant ?

Date entrée dans l'établissement ?

Depuis quand utilisez-vous le Lean ?

Est-il intégré dans le projet institutionnel et managérial ?

Annonce thème de mémoire

- 1- Pensez-vous que les innovations managériales ont leurs places à l'hôpital et pourquoi ?
- 2- Quelles relations faites-vous entre Lean et accompagnement des transformations ?
- 3- Pouvez-vous me citer des IM ?
- 4- Pensez-vous que le Lean management est innovant à l'hôpital ? Si oui en quoi ?
- 5- Quels sont les projets Lean auxquels vous avez participé ?
 - Quels outils avez-vous utilisé ?
 - Les outils ont-ils permis de faciliter le projet ? Si oui en quoi ?
- 6- Pouvez-vous me dire qui était impliqués dans le projet ?
 - Personnels médical, soignants, administratifs
 - Comment avez-vous fait pour obtenir l'adhésion ?
- 7- Avez-vous rencontré des freins à l'utilisation du Lean ? Lesquels ?
- 8- De quelles spécificités hospitalières doit-on tenir compte pour effectuer une démarche Lean ?
- 9- Avez-vous obtenu des résultats ? Quels indicateurs ?
- 10- Quelle est la plus-value du Lean dans l'accompagnement des changements ? les limites ?
- 11- Quel rapport faites-vous entre Lean et performance ?

Annexe II Guide d'évaluation de l'encadrement

DOMAINES	Sujets	Echanges	Décisions - Suivi	Evaluation 1 à 4
STRATEGIE ET PROSPECTIVE:				
Développer une stratégie dans le pôle ou l'unité				
Déployer le projet de soins au niveau du pôle ou de l'unité				
PILOTAGE DES OPERATIONS				
Gérer un budget de pôle ou d'unité				
Optimiser les leviers de performance				
QUALITE ET SECURITE DES SOINS				
Maîtriser les systèmes qualité dans le domaine de la santé				
Animer une démarche de gestion des risques				
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Organiser et développer les métiers et compétences				
Planifier les ressources humaines au regard des activités				
MANAGEMENT				
Assurer un management de proximité				
Conduire le changement				
Manager avec leadership				
Animer avec méthode				
COMMUNICATION ET NEGOCIATION				
Communiquer efficacement avec un interlocuteur				
promouvoir ses activités				
Négocier gagnant-gagnant				

HENNIART	Delphine	Décembre 2019
Directeur des soins Promotion 2019		
Le Lean management, levier innovant de transformation		
<p style="text-align: center;">Résumé</p> <p>Les évolutions du systèmes de santé centrées hier sur la maitrise des dépenses, aujourd'hui sur la promotion d'une réorganisation du système et demain sur la transformation avec la loi « Ma santé 2022 », influent les politiques et stratégies des établissements de santé, et notamment la politique managériale.</p> <p>En effet, les établissements de santé se doivent de proposer des innovations managériales afin de rester attractifs et performants. Nous interrogeons le Lean management comme innovation à l'hôpital. Le Lean est une innovation managériale, qui bien que souvent critiquée, a fait ses preuves dans le milieu de l'industrie. Bien que le sujet soit différent à l'hôpital, il y est transposable accompagné par une équipe de direction convaincue et des professionnels formés et impliqués. Le Lean permet d'accompagner les transformations des hôpitaux et permet, in fine, la performance qualitative, organisationnelle et financière.</p> <p>Étant donné ses responsabilités et sa position dans la gouvernance de l'établissement, le directeur des soins peut contribuer à la performance en pilotant la stratégie de la mise en œuvre du Lean et son opérationnalité. Il peut favoriser l'implication des professionnels et leur acculturation à la philosophie, en étant porteur de sens et de valeurs et en l'intégrant au projet de prise en charge des patients, au projet managérial et le porter dans les instances tel que le directoire.</p> <p>Ainsi le directeur des soins peut se saisir du Lean comme levier managérial des transformations.</p>		
<p>Mots clés</p> ETABLISSEMENT DE SANTE - INNOVATION MANAGERIALE – LEAN – TRANSFORMATION - RESPONSABILITE – AUTONOMIE - CO-CONSTRUCTION – SUBSIDIARITE – SENS – STRATEGIE - DIRECTEUR DES SOINS – PATIENT- QUALITE-PERFORMANCE		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		