



HAL
open science

La mise en place du lean management à l'hôpital : un bouleversement de l'univers hospitalier ?

Gregor Bouville, Carole Trempe

► To cite this version:

Gregor Bouville, Carole Trempe. La mise en place du lean management à l'hôpital : un bouleversement de l'univers hospitalier ?. Performance et innovation dans les établissements de santé, Dunod, pp.253-266, 2015, 10.3917/dunod.fermo.2015.01.0253 . hal-03227036

HAL Id: hal-03227036

<https://hal.science/hal-03227036>

Submitted on 16 May 2021

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

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

La mise en place du *lean management*

Un bouleversement de l'univers hospitalier ?

Gregor BOUVILLE et Carole TREMPE

Pour citer : Bouville, G., Trempe, C. (2015), *La mise en place du lean healthcare : un bouleversement de l'univers hospitalier ?* in Fermon, B., Grandjean, P. (coord.), *Performance et innovations dans les établissements de santé*, Dunod, Paris.

1. INTRODUCTION

Le conflit dans lequel le personnel du CHU de Toulouse s'est opposé à l'implantation du *lean management* a mis en lumière un phénomène nouveau dans le secteur de la santé en France : le développement d'un système d'organisation du travail, la *lean management*, originellement implanté dans le secteur automobile.

Le *lean management* ou la *lean management* commencent en effet à s'implanter dans des hôpitaux français. Les CHU de Lyon, de Toulouse ou de Grenoble font partie des établissements qui l'utilisent.

Le terme *lean* appliqué à la gestion de production a été adopté par une équipe de chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT) à partir d'une analyse du système de production Toyota (Krafcik, 1988), analyse poursuivie dans le cadre du programme de recherche International Motor Vehicle Program (IMVP) par Womack *et al.* (1990 ; Holweg, 2007). La *lean management* est dérivée des principes du toyotisme tels qu'ils sont définis par Ohno (1988).

La *lean management* ne concerne pas uniquement l'industrie automobile. Elle gagne de nouveaux champs (Hanna, 2007) : services administratifs (*lean office*), développement de produit (*lean development*), technologies de l'information et de la communication, secteur de la santé où ce principe est nommé *lean management*.

Le recours à ces principes d'organisation et de management se justifie dans le secteur de la santé par la nécessité de mieux utiliser les ressources (rares) disponibles pour répondre à des besoins en évolution permanente. En même temps, ce secteur affirme sa spécificité par rapport aux organisations de production et aux modalités de gestion venues du monde de l'entreprise.

Plusieurs caractéristiques de la production de soins sont en effet évoquées pour justifier l'extrême réticence d'un certain nombre de professionnels de la santé face aux principes du *lean*. On peut citer les suivantes :

La production de soins fait l'objet d'une coproduction où le patient contribue activement au résultat des soins qu'il reçoit :

- Les décisions de soin s'appuient pour certaines sur une part de jugement lié à l'expérience du professionnel, ce qui leur confère un caractère singulier et non mécaniste (notion de « singularité à grande échelle » d'Étienne Minvielle).
- L'impossibilité d'anticiper l'évolution de l'état de santé du patient rend le processus de production instable.
- De la même manière, la difficulté à anticiper l'activité tant en quantité (nombre d'entrées), qu'en intensité (niveau de gravité des pathologies à prendre en charge) ne permet pas de standardiser toutes les activités de soins.
- La production de soins relève de plusieurs temporalités à gérer (l'urgence, la chronicité).
- La réponse aux besoins d'un même patient nécessite parfois le recours à une pluralité et une diversité quelquefois très élevées des expertises.

Au-delà de ces caractéristiques qui correspondent peu à celles d'un processus de production industriel, les professionnels de la santé voient dans le *lean management* une modalité d'intensification du travail, de réduction des moyens et du personnel et finalement un facteur de mal-être au travail.

Plus fondamentalement, leur identité de soignant se trouve heurtée par les objectifs de rationalisation qui sous-tendent la démarche de *lean*. Le serment d'Hippocrate stipule en effet de mettre en œuvre tout ce qui peut l'être pour répondre aux besoins du patient. La rationalisation introduite par le *lean management* est perçue comme une modalité de rationnement nécessitant des choix qui ne permettent pas de réaliser pleinement la mission de soignant. En outre, ils ne sont pas convaincus que la qualité des soins qu'ils prodiguent en *lean* soit plus élevée.

L'implantation du *lean* à l'hôpital nécessite donc des adaptations, voire des révolutions pour les professionnels qui y travaillent. L'objectif de ce chapitre est d'en rendre compte de manière théorique et pratique.

Après avoir défini les principes du *lean*, nous donnerons quelques points de repères historiques de l'implantation du *lean* à l'hôpital avant d'analyser ses atouts, ses limites, les résistances qu'il provoque et les espoirs qu'il suscite. L'expérience québécoise en la matière viendra illustrer nos propos et témoigner de l'ampleur du changement induit par le *lean*, et de ses potentialités.

2. QU'EST-CE QUE LE *LEAN* ?

La manière de définir la *lean management* fait débat dans la littérature (Bouville et Alis, 2014). Les principes généraux, les pratiques organisationnelles et les techniques de gestion de production que les auteurs à l'origine de ce concept considèrent comme propres à la *lean management* sont présentés dans le tableau 12.1.

Tableau 12.1 Synthèse chronologique de la revue de littérature sur les principes, pratiques organisationnelles et les techniques de gestion de production associés à la lean management.

Type de support		Principes généraux/domaines	Pratiques Organisationnelles	Techniques de gestion de production
Monden (1983)	Ouvrage théorique	<ul style="list-style-type: none"> • Juste-à-temps • Lissage de la production • Réduction des temps de changement de lignes de production • Agencement des processus de production de manière à réduire les délais de livraison • Standardisation des opérations • Automatisation • Amélioration continue 	<ul style="list-style-type: none"> • Délégation de tâches et de responsabilités aux ouvriers • Autonomie d'initiative concernant la résolution de problèmes imprévus • Management de la qualité • Polyvalence 	<ul style="list-style-type: none"> • Îlot agencé en U • 5S • Andon (système de contrôle visuel) • Kaizen, • Cercle de qualité
Ohno (1988)	Ouvrage théorique et empirique Échantillon : comparaison de firmes américaines, japonaises et européennes	<ul style="list-style-type: none"> • Juste-à-temps • Analyse et lissage de la variabilité de la demande (<i>mura</i>) • Analyse complète des gaspillages (<i>muda</i>) • Analyse et diminution de la surcharge des salariés et des équipements (<i>muri</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Délégation de tâches et de responsabilités aux ouvriers • Autonomie d'initiative concernant la résolution de problèmes imprévus • Standard de travail défini par les équipes et strictement respectés par la suite • Travail en équipe • Management de la qualité • Polyvalence 	<ul style="list-style-type: none"> • Kanban • 5S • « 5 pourquoi » • Kaizen • Cercle de qualité
Womack et al. (1990)	• Ouvrage théorique et empirique • Échantillon : comparaison de 70 firmes américaines, japonaises, australiennes et européennes et de pays émergents (Corée du Sud, Taiwan, Mexique et Brésil)	<ul style="list-style-type: none"> • Usine au plus juste • R & D au plus juste • Réseau de fournisseurs au plus juste • Distribution au plus juste • Gestion de l'entreprise au plus juste (finance, ressources humaines, stratégie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Délégation de tâches et de responsabilités aux ouvriers • Travail en équipe • Autonomie d'initiative concernant la résolution de problèmes imprévus • Management de la qualité • Polyvalence 	<ul style="list-style-type: none"> • Kanban • « 5 pourquoi » • Kaizen • Cercle de qualité

Il existe un certain nombre d'invariants identifiés dans les travaux pionniers cités dans le tableau 12.1, parmi ces pratiques organisationnelles : le travail en équipe, la polyvalence, l'autonomie d'initiative (concernant la résolution de problèmes imprévus), le management de la qualité avec les techniques de gestion de production qui lui sont associées (cercle de qualité, Kaizen), le développement de responsabilités (et ses corollaires : délégation de responsabilités, décentralisation de l'autorité et des responsabilités) auquel est associé un système incitatif *via*, par exemple, des primes de performance collective pour les équipes de travail.

Il existe de même un panier de techniques de gestion de production (tableau 12.2) caractéristiques du *lean management* : Andon, Kanban, 5S, « 5 pourquoi », cercle de qualité, Kaizen.

Tableau 12.2 Description des techniques de gestion de production caractéristiques de la lean management.

1 5S	C'est une technique de gestion de production consistant à appliquer cinq principes simples (ranger, ordonner, nettoyer, rendre propre et évident, s'auto-discipliner et progresser) visant à organiser l'espace de travail de la manière la plus efficace possible.
2 Andon	C'est une technique de contrôle visuel permettant à l'opérateur d'alerter visuellement l'ensemble de l'atelier en cas de détection d'un défaut et, dans les cas les plus graves, d'arrêter la chaîne de production.
3 Kanban	C'est une technique de management de la production par transmission d'étiquettes entre postes de travail. Ce système permet de déclencher l'ordre d'approvisionnement des pièces à un poste de travail dès que le dernier lot est entamé.
4 « 5 pourquoi »	C'est une technique de gestion consistant à poser cinq questions commençant par « pourquoi » afin de trouver la cause principale d'une défaillance d'une machine ou d'un défaut de qualité d'un produit.

3. UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE SUR L'IMPLANTATION DU LEAN MANAGEMENT A L'HOPITAL (OU LEAN HEALTHCARE)

La date précise à laquelle le *lean management* s'est implanté dans les hôpitaux est incertaine (Brandao de Souza, 2010). Brandao de Souza (2010) situe ce moment à 1995, date à laquelle Heinbuch (1995) publie une étude de cas relatant l'implantation du management de la qualité totale et du juste-à-temps dans un hôpital afin de réduire la taille des stocks. Toutefois, Heinbuch ne mentionne pas encore le terme de *lean management* dans son article.

Les premières conjectures autour de l'intérêt d'implanter le *lean management* dans les hôpitaux commencent par la publication d'un rapport en Grande-Bretagne par la *National Health Service Modernisation Agency* (2001 ; Brandao de Souza, 2010) et d'un article décrivant l'implantation pilote du *lean management* dans un hôpital américain (Bushell et Shelest, 2002).

Le déploiement du *lean management* dans les hôpitaux et plus généralement, dans les services publics, est concourant à celui du nouveau management public (*new public management*) qui s'est traduit par l'implantation d'outils de gestion issus du secteur privé dans le secteur public (Kollberg *et al.*, 2007).

Tout comme le nouveau management public, le *lean management* est considéré comme un moyen de rationaliser l'organisation des hôpitaux en éliminant les pertes et les gaspillages (par exemple, les interruptions, les retards, les erreurs...) afin d'améliorer le flux des patients, de l'information et des biens (Brandao de Souza, 2010).

L'idée guidant l'implantation du *lean management* est que l'application des cinq principes du *lean management* (tableau 11.3), tels qu'ils sont définis par ses fondateurs, Womack et Jones (1996, 2003) permettra « d'ajouter de la valeur, de réduire les gaspillages et d'initier un processus d'amélioration continue (*kaizen*) » dans les hôpitaux (Radnor *et al.*, 2012, p. 365).

À partir des cinq principes du *lean management*, Radnor (2011) puis Radnor *et al.* (2012) identifient trois activités propres au *lean management* : l'évaluation, l'amélioration et le contrôle de la performance.

- Les activités d'évaluation consistent à diagnostiquer la performance des processus de l'organisation existante en termes de gaspillage, de flux ou de capacité à ajouter de la valeur, ceci en analysant la chaîne de valeur (VSM ou *value stream mapping*).
- Les activités d'amélioration reposent sur la méthode des événements d'amélioration rapide (*rapid improvement events* ou RIEs, parfois appelée *kaizen blitz*, *kailaku*) qui consiste à développer en 3 à 5 jours une évaluation de l'équipe, à améliorer les processus de travail *via* la méthode des 5S ou des « 5 pourquoi ».
- Enfin, les activités de contrôle de la performance consistent à mesurer les améliorations effectuées *via* des outils visuels (graphiques, tableaux...) et *via* l'utilisation du *benchmarking*.

Kollberg *et al.* (2007) développent, quant à eux, un ensemble de facteurs de succès et d'indicateurs clés de performance pour chacun de ces cinq principes du *lean management* appliqués au secteur de la santé (*lean management*).

Tableau 12.3. Les cinq principes du *lean management* (Womack et Jones, 1996, 2003)

1	Définir la valeur désirée par le consommateur.
2	Identifier la chaîne de valeur pour chaque produit ou service et remettre en question toutes les activités source de gaspillage.
3	Obtenir un flux continu. Standardisation des procédés de travail les plus efficaces, libération de temps pour la créativité et l'innovation.
4	Introduire un système de flux tiré pour toutes les étapes pour lesquelles il est impossible d'obtenir un flux continu. Se focaliser sur la demande venant du consommateur et instaurer une production pilotée par l'aval tout au long de la chaîne de valeur.
5	Tendre vers la perfection en éliminant toutes les activités qui n'ajoutent pas de valeur et en faisant en sorte que le nombre

4. L'IMPLANTATION DU *LEAN MANAGEMENT* : LES RESULTATS ATTENDUS SONT-ILS OBTENUS ?

Plusieurs recherches ont évalué les résultats procurés par l'implantation du *lean management*.

Holden (2011), dans une revue de littérature récente de dix-huit recherches portant sur l'évaluation de l'efficacité du *lean management* dans les services d'urgence, montre que la majorité d'entre elles concluent à une amélioration de l'efficacité des processus de prise en charge des patients (diminution du temps d'attente des patients, augmentation du nombre de consultation de patients, augmentation de la satisfaction auto-déclarée des patients).

Toutefois, ces recherches comportent plusieurs limites :

- Tout d'abord, elles ne portent que sur des services d'urgence qui ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des services hospitaliers.
- Ensuite, il existe un biais consistant à ne publier que les recherches mentionnant des résultats positifs car les hôpitaux qui déploient le *lean management* ont tendance à ne pas faire appel à des chercheurs pour analyser les raisons d'un échec (Holden, 2011).
- Par ailleurs, ces études ne mentionnent aucune évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, ni le ressenti des équipes médicales après l'implantation du *lean management*.
- Comme l'indique Holden (2011), la majorité de ces recherches ne mesurent pas les effets du *lean management* sur le personnel soignant (médecins, infirmiers, aides-soignants). En effet, dans la majorité de ces études, l'objectif recherché est d'améliorer la prise en charge des patients et non les conditions de travail du personnel hospitalier. Selon Holden (2011), seule une étude mentionne un objectif visant à améliorer les conditions de travail du personnel. Or les quelques études qui s'intéressent aux effets du *lean management* sur les conditions de travail du personnel soignant identifient un certain nombre d'effets pervers.

Belorgey (2010, 2011) a analysé les conséquences de l'implantation de ce qui s'approche, selon nous, du *lean management* dans différents services d'urgence d'hôpitaux français.

L'objectif principal était de réduire les temps d'attente des patients en fluidifiant les entrées et les sorties des patients. Plusieurs techniques de gestion de production implantées dans les hôpitaux étudiés par Belorgey renvoient, selon nous, au *lean management*.

Ainsi en va l'idée de fluidifier les flux d'entrée et de sortie des patients en instaurant un « circuit court » et un « circuit long ».

- Le « circuit court » consiste à traiter en priorité et rapidement les patients atteints de pathologies légères afin d'alléger la charge de travail du service. Le « circuit long » est réservé aux patients atteints de pathologies graves.
- Un « coordinateur de flux », est chargé d'orienter les malades vers le « circuit long » ou le « circuit court », bien qu'il soit parfois difficile pour ce « coordinateur de flux » de diagnostiquer la gravité d'une pathologie par un rapide examen (Belorgey, 2010).
- Enfin, sont mis en place un système de *benchmarking* et un management visuel *via* des émoticônes, sous la forme de petits personnages souriants quand le temps d'attente est respecté et se mettant en colère lorsqu'il dépasse les délais impartis.

Nous retrouvons ici des techniques de gestion de production caractéristiques du *lean management* visant à éliminer les activités sources de gaspillage, à « fluidifier » les flux en réduisant les étapes intermédiaires entre l'entrée et la sortie du patient et à renforcer le contrôle de la performance en utilisant des outils visuels qui rappellent le système Andon, les émoticônes, et le système du *benchmarking*.

Belorgey (2011) montre que ces nouvelles techniques de gestion de production heurtent l'*ethos* professionnel de personnels soignants pour lesquels la réduction du temps de passage est perçue comme pouvant dégrader la qualité de la prise en charge.

Par ailleurs, Belorgey (2011) montre au travers d'une analyse statistique menée aux urgences de l'hôpital de Maubourg que plus le temps de passage des patients se réduit, plus le taux de retour augmente. Les variations du temps de passage expliquent 20 % de celles du taux de retour. Une réduction du temps de passage d'une heure correspond à une hausse marginale de 3,25 % du taux de retour, selon Belorgey (2011). Autrement dit, la diminution des temps de passage des patients a pour principal effet pervers de dégrader la qualité des soins administrés et, *in fine*, augmente le taux de retour des patients.

Dans une autre recherche menée dans un bloc opératoire d'un hôpital anglais ayant déployé le *lean management* (via des pratiques organisationnelles telles que les cercles de qualité et des techniques de gestion de production telles que le 5S), Waring et Bishop (2010) montrent que le personnel soignant perçoit le déploiement du *lean* comme une source de dégradation de la qualité des soins.

Par ailleurs, les praticiens hospitaliers sont très critiques vis-à-vis de la sur-standardisation qu'engendre le *lean management* qui limite fortement leur capacité à s'adapter à des changements non anticipés.

Enfin, Radnor *et al.* (2012, p. 369) montrent, au travers de quatre études de cas dans des hôpitaux anglais ayant déployé le *lean management*, qu'en pratique, bien qu'il produise des gains de productivité, mais localisés et de faible ampleur, le *lean* « devient une constellation d'activités disjointes et peu connectées entre elles ». Radnor *et al.* (2012) ajoutent que le personnel soignant ne comprend pas la logique générale du *lean management*.

Ces différentes recherches soulignent la difficulté à implanter, dans des hôpitaux, une organisation du travail très standardisée, initialement pensée pour l'industrie automobile. Cette organisation du travail limite en effet la capacité du personnel soignant à prendre en compte l'hétérogénéité des pathologies et des patients à laquelle il est confronté.

De plus, le déploiement de techniques de gestion de production telles que l'analyse de la chaîne de valeur (*value stream mapping*) dans le but d'éliminer les activités non productrices de valeur pose des questions fondamentales :

- Sur la base de quels critères est évaluée cette valeur ?
- Ces critères n'ont-ils pas tendance à privilégier l'efficacité des processus (par exemple, en termes de temps de passage des patients) au détriment de leur qualité ?
- Le patient et le personnel soignant ont-ils la même évaluation des « activités non productrices de valeur » ?

Enfin, la transplantation du *lean management* dans le secteur de la santé peut conduire à assimiler le patient à un client (comme c'est, par exemple, le cas dans l'article de Kollberg *et al.* (2007, p. 12) : « The patient as the primary customer ») dont il faudrait satisfaire à tout prix les besoins (« Understanding the customer requirements », Radnor, 2011, p. 8) et ce, parfois, au détriment d'autres aspects de la performance comme la préservation des conditions de travail des soignants, l'efficacité ou la qualité des soins délivrés.

L'expérience québécoise du *lean*, sans apporter une réponse à chacune de ces questions, illustre les facteurs clés de succès de l'application de cette démarche dans le monde de la santé.

5. L'EXPERIENCE QUEBÉCOISE DU *LEAN* : LE SOUTIEN A LA TRANSFORMATION DU RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

C'est dans un contexte de défis majeurs à relever que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a adopté, dans son plan stratégique quinquennal, un axe de soutien à l'implantation du *lean*.

5.1 Le contexte du système de santé au Québec

Au Québec, le contexte est le suivant :

- La demande et les besoins de la population augmentent, particulièrement pour les personnes âgées.

- L'écart entre l'augmentation des coûts du système de santé et les revenus de l'État s'élargit considérablement. L'adage populaire « faire mieux avec moins » prend ici tout son sens.
- Un important défi est à relever en matière de main-d'œuvre puisqu'une grande partie des ressources humaines est sur le point de partir à la retraite. Certaines spécialités professionnelles sont rares ou susceptibles de le devenir¹.
- Les conditions de travail, d'exercice et de renouvellement des cadres doivent être revues. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reconnaît l'importance d'impliquer et de soutenir le personnel d'encadrement dans les stratégies de mise en œuvre et d'accompagnement des équipes lors de changements majeurs. Nous le verrons un peu plus bas.

Des changements majeurs s'imposent donc tout en maintenant « le client » au cœur de ce changement.

Ils font l'objet du Plan stratégique 2010-2015² du MSSS adopté par le gouvernement. Celui-ci propose les orientations suivantes :

- En matière de **services** : renforcer l'accès, la qualité et l'intégration des services de santé et de services sociaux offerts à la population ainsi que l'utilisation judicieuse des ressources.
- En matière de **ressources humaines** : assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée.
- En matière de **gestion performante et imputable** : déterminer des orientations ministérielles en *lean* santé, en responsabilité populationnelle et limiter la croissance des dépenses de santé et des services sociaux.

L'offre de service doit être révisée en conséquence de ces priorités ministérielles majeures.

L'implication du personnel dans cette révision est évidemment capitale. La rareté de certaines catégories de personnel et l'accroissement des exigences pour assurer la qualité des soins et des services nécessitent des efforts en matière d'organisation du travail et de revue des processus³.

Il s'agit d'assurer une utilisation optimale des ressources humaines dans un contexte de rareté, d'augmenter sa disponibilité et d'utiliser le mieux possible les compétences pour répondre aux besoins.

Le MSSS a déployé une stratégie pour faire face à ces défis de main-d'œuvre :

- soutenir et accompagner les établissements pour promouvoir des actions systémiques et structurantes tenant compte des particularités de leur contexte avec le soutien des agences et en étroite collaboration avec les différentes directions générales du MSSS ;
- privilégier une approche de gestion par projets pour la mise en place de mesures de transfert de connaissances et de mises en réseau afin de soutenir et accompagner le changement⁴.

Dans ce contexte, on assiste depuis quelques années à une effervescence de projets d'organisation du travail, de revues de processus et de réingénierie de type *lean* santé.

Le 1^{er} novembre 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux au Québec, Yves Bolduc en a fait un axe de la politique de son ministère :

« Avec l'approche *lean* santé, on rejoint notre objectif prioritaire qui est de rendre plus accessible les soins et les services sociaux, en assurant toujours à la population une qualité optimale, ce que nous pourrions réaliser grâce à la collaboration et l'implication de tous les acteurs. En soutenant l'émergence de cette nouvelle culture organisationnelle, nous nous donnons les moyens

¹ Travaux planification de la main-d'œuvre (PMO) en cours : pharmacie, soins infirmiers, réadaptation et psychosocial. Stratégie de main-d'œuvre en lien avec les leviers incontournables pour chacun des 12 titres d'emploi vulnérables. Dix priorités 2011-2013, en matière de main-d'œuvre.

² www.msss.gouv.qc.ca, section « Documentation », rubrique « Publication », gouvernement du Québec, 2010, site consulté le 9 janvier 2014.

³ Rendez-vous national de la main-d'œuvre, « Collaborer pour agir », le 7 novembre 2013.

⁴ Extrait du Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion du MSSS, direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, janvier 2012.

d'augmenter la performance de notre réseau pour en assurer la pérennité, et ce, au plus grand bénéfice de la population⁵. »

Un budget de 11,8 millions de dollars canadiens a été consacré au financement d'un programme de soutien au déploiement de l'approche *lean* dans les établissements. La participation à ce programme est sélective et une évaluation et un transfert de connaissances associées sont prévus.

5.2 Qu'est-ce que le *lean* santé ?

Certains diront qu'il s'agit d'une stratégie d'amélioration de la qualité et des processus s'appuyant sur la méthode Toyota.

Il s'agit plutôt d'une philosophie de gestion qui se répand et prend la forme d'une nouvelle culture organisationnelle fondée sur le client, l'employé et l'efficacité, la contribution de ces protagonistes visant l'amélioration de la performance et la qualité des soins et des services. Elle a pour objectif de développer la responsabilisation de tous les professionnels des organisations de santé. Pour ce faire, elle s'inscrit dans les pratiques quotidiennes transformant ainsi progressivement la culture de l'établissement : la décision est prise le plus près possible de l'action, le travail est réalisé en équipe, les problèmes sont résolus immédiatement et les actions sont systématiquement évaluées.

Dans l'approche *lean* santé, il ne s'agit pas de travailler davantage, mais plutôt de travailler différemment afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité dans la perspective du client.

Le terme « client » se réfère au « patient » lorsque le projet *lean* concerne le volet clinique. Dans des projets de nature administrative, le « client » désigne toute autre partie prenante comme le médecin, le syndiqué, le personnel cadre, etc. Les divers projets de *lean* santé touchent autant le volet clinique qu'administratif.

L'emphase est mise sur :

- le client (penser client d'abord et toujours en fonction de lui) ;
- l'implication des employés et des médecins dans l'identification du problème, le choix des solutions et l'implantation des solutions retenues dans les projets ;
- l'implication des acteurs clés dans la gouvernance des projets de transformation : syndicats, chefs de départements, médecins ;
- la qualité et la sécurité des soins, l'amélioration continue ;
- la réduction des délais et des coûts, l'élimination des activités sans valeur ajoutée, le gaspillage et la responsabilisation de chaque professionnel par rapport à chacun de ces thèmes ;
- le climat de travail ;
- une vision et une philosophie à long terme.

Le *lean* santé est encore peu documenté. Les méthodologies et les stratégies se construisent dans la pratique. La richesse réside dans l'expérience accumulée par les praticiens.

Le défi actuel consiste donc à conceptualiser ces expériences et en diffuser les bonnes pratiques dans les divers établissements du Québec. Au vu des réalisations déjà actées, il nous est permis d'espérer !

Beaucoup de projets *lean* concernant la réorganisation des processus cliniques existent dans les établissements québécois depuis 2009 (par exemple la réorganisation de la fonction brancardage au centre hospitalier de Trois-Rivières, l'optimisation du processus de stérilisation au CSSS de l'Énergie, l'analyse des processus au département d'imagerie médicale du CSSS de Trois-Rivières et une multitude d'autres).

D'autres concernent les processus administratifs. Un programme ministériel de soutien aux conditions d'exercice de l'encadrement finance depuis 2011 des projets *lean* visant à développer la performance grâce à la participation des cadres. C'est cet aspect que nous allons maintenant développer.

⁵ Communiqué du ministre de la Santé et des Services sociaux, au Québec du 1^{er} novembre 2011 pour annoncer le nom des établissements des santés sélectionnés pour l'implantation de l'approche *lean* santé.

5.3 Le « programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres »

Dans la perspective de l'implantation du *lean* dans les établissements de santé québécois, la direction générale du Personnel réseau ministériel (DGPRM) a élaboré une stratégie de soutien à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Les deux priorités en sont la performance *lean* et la responsabilité populationnelle⁶.

Pour développer la performance *lean*, l'objectif a été dans un premier temps de développer la culture *lean* au sein même de l'administration et des directions des établissements.

La formation des responsables, c'est-à-dire les dirigeants ministériels, les directeurs généraux des établissements, les cadres supérieurs et les cadres intermédiaires a été considérée comme un levier. Maîtrisant la culture *lean* au point d'en être imprégnés, ces responsables la transmettraient à leurs équipes composées de professionnels de la santé, soit les infirmiers, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux, les aides-soignants, le personnel administratif.

Dans un second temps, le management a été questionné et les projets ont visé la modernisation de la structure d'encadrement et l'actualisation des rôles et responsabilités. A ainsi été restructuré le lien hiérarchique entre le dirigeant cadre supérieur et les membres de son équipe pour faire place à la discussion et à la collaboration. Les circuits d'informations ont été réorganisés pour partager l'information détenue par chacun des acteurs associés à un projet entre collègues et supérieurs hiérarchiques en vue d'assurer la performance et la qualité des services. Seul, on avance vite, mais ensemble, on va plus loin. On s'éloigne du management *top-down* pour répondre à ces orientations qui changent les fondamentaux. Tous ont envie d'un engagement d'amélioration au service du patient ou du client.

Ainsi en 2011, le MSSS démarrait la phase I du « Programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres⁷ ». Neuf établissements, le « G9 » bénéficiant d'une subvention, furent appelés à réaliser un projet de changement s'étalant sur deux ans. Plusieurs établissements de santé et de services sociaux avaient déposé un projet. Devant le grand nombre de projets reçus, un processus de sélection a été mis en place par le MSSS. Les neuf projets sélectionnés ont été retenus sur la base de leur originalité, de leur faisabilité, de la diversité et du coût financier associé.

Sur la base d'un diagnostic des conditions d'exercice des cadres, les projets visaient sensiblement les mêmes objectifs, à savoir :

- rééquilibrer la charge de travail et tout ce qui s'y rattache (volume de travail, nombre de comités, priorisation des différents projets, gestion des courriels, etc.) ;
- clarifier les rôles et des responsabilités des cadres ;
- optimiser les processus de travail ;
- développer les compétences individuelles des cadres ;
- améliorer le travail en coopération et tout ce qui s'y rattache (le travail en équipe, la transversalité, le co-développement, le réseautage, les compétences collectives, etc.) ;
- faciliter la gestion à distance.

Chacun de ces projets proposait de mettre en œuvre une démarche structurée et structurante afin d'instaurer des changements en fonction des cibles d'amélioration retenues et d'assurer la pérennité des changements implantés.

Les enseignements issus de ces projets sont de deux natures : méthodologiques d'une part et managériales d'autre part.

Du point de vue méthodologique, la DGPRM a tiré en 2013, des enseignements qu'elle a diffusés à d'autres établissements. Le mandat de capter et diffuser ces connaissances acquises a été confié au

⁶ La responsabilité populationnelle est partagée collectivement par l'ensemble des partenaires d'un territoire local à l'égard de la santé et du bien-être de la population en fonction de l'ensemble des besoins. Elle vise à agir en amont sur les déterminants de la santé en collaboration avec les autres secteurs d'activité à rendre accessibles un ensemble de services les plus complets possible dans un continuum allant de la prévention à la réadaptation et à assurer la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de soins et de services.

⁷ La phase II a débuté en 2012 par le lancement du « G38 ».

Consortium de l'initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC)⁸.

Voici les messages clés du bilan de l'IPCDC présentés en mars 2013 :

- différentes approches ont été utilisées pour établir un diagnostic de départ ;
- les résultats des différentes démarches convergent vers des cibles d'amélioration semblables ;
- le partage des expériences à ce sujet permet de constater une convergence des points de diagnostics et laisse croire qu'une démarche de diagnostic spécifiquement développée par chaque établissement, très exigeante en coûts, temps et énergie pour établir un diagnostic n'est plus nécessaire ; *less is more* ;
- la variété des expériences et des résultats obtenus constituent une source d'inspiration pour les établissements ayant des enjeux similaires ;
- pour assurer la pérennité des projets, les chargés de projets se sont préoccupés d'identifier des ancrages tout au long du projet et pas seulement à la fin ;
- les modalités d'échange de connaissances et d'expériences ont favorisé la création d'espaces de partage et de collaboration.

Un répertoire des projets a été constitué. Ce répertoire contient la liste des établissements qui ont mené les projets, le nom des personnes-ressources, une liste des projets par thèmes.

Du point de vue managérial, les résultats obtenus par ces différents projets rappellent que « les projets d'amélioration sont favorisés par un accompagnement proactif prenant appui sur :

- 1) une mise en œuvre du changement en mode gestion de projet ;
- 2) une mobilisation active des connaissances misant sur l'animation des processus sociaux, ainsi que la valorisation des savoirs tacites et explicites ;
- 3) une direction axée sur la production de changement grâce à une orientation claire, soutenue par une allocation de ressources, une reddition de compte portant sur le changement et le partage des apprentissages⁹. »

Un cahier spécial de la revue *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* a été entièrement consacré à ce programme d'amélioration des conditions d'exercice des cadres¹⁰. Les divers projets ont été présentés à l'occasion de rencontres provinciales organisées à travers le réseau afin de partager les apprentissages.

Voici deux exemples des démarches *lean* soutenus dans le cadre de ce programme.

5.4 Deux exemples illustratifs

Il s'agit des exemples des démarches conduites par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ) et le centre de santé et de services sociaux (CSSS) du sud de Lanaudière.

Le constat de départ était que les gestionnaires éprouvaient parfois un essoufflement devant la succession des réunions et comités quelquefois longs leur faisant perdre de la disponibilité directe sur le terrain avec leur équipe. En effet, la majorité des comités n'avaient pas de mandat clair, ni de date de début ou de fin, les rencontres étaient trop longues, il y avait trop de participants, peu de résultats, certains comités tombaient en désuétude, donnaient la place à des palabres sans orientations fermes, leur animation était parfois peu structurée.

⁸ IPCDC composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences de santé et des services sociaux, des directions de Santé publique, de l'Institut national de la santé publique, des centres de santé et des services sociaux, de l'Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux, d'universités et de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services.

⁹ Extrait p. VII du Rapport de l'initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), *Partager les apprentissages du G9 : bilan des projets pour l'amélioration des conditions d'exercice des cadres intermédiaires du réseau de la santé et des services sociaux. Bilan des modalités de soutien et perspectives pour le transfert des connaissances*, sous la direction de Denis A. Roy, mars 2013.

¹⁰ Présentation *lean*, chaire IRISS. UQTR, « Gestion stratégique du *lean* appliqué au système de santé et des services sociaux », 2 octobre 2012.

Le CRDIQ, à partir du critère de la « pertinence » et non de l'importance des réunions ou comités, a décidé d'uniformiser les rencontres de manière à ce que chacune ait un mandat spécifique sans possibilité de chevauchement avec d'autres. Les responsables du projet ont veillé à ce que les informations ne se recoupent pas. « Les gens sont aujourd'hui mieux préparés, les temps respectés, les redondances ont été coupées, l'utilisation du téléphone mobile proscrite. Nous avons gagné en efficacité » (Daniel et Jean, 2013). Chacun y a trouvé son intérêt. Le temps libéré est autrement utilisé et redistribué aux tâches devant être faites. Le besoin de réorganiser les réunions permet que tous avancent désormais dans le même sens : servir le client ou le patient.

Du côté du CSSS, le plan d'action fut d'élaborer un outil appelé « Fiche de réflexions relative aux comités, assortie d'un guide pour la remplir » (Daniel et Jean, 2013). Il a été demandé à vingt-cinq gestionnaires d'analyser les comités dans lesquels ils siégeaient à l'aide d'une fiche constituée de deux pages. La fiche se terminait par une série de questions appelées à susciter la réflexion du gestionnaire : devrais-je maintenir ma participation à ce comité, cesser d'y participer, proposer des modifications ? Les réflexions terminées, une rencontre entre les gestionnaires et leur supérieur a été organisée pour mettre en commun les recommandations. Le questionnement devenait alors une entreprise commune, intégrée à l'organisation. Cet outil est utilisable sans adaptation, donc exportable à tous les établissements du réseau. L'efficacité et la réduction de temps viendront assurément.

Ce qui nous amène à un dernier aspect important : la mesure¹¹. L'évaluation des résultats obtenus est inhérente à la philosophie d'amélioration continue.

5.5 La question de la mesure ou de l'évaluation

Selon les professeurs membres de la chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (chaire IRISS) de l'université du Québec à Trois-Rivières (l'UQTR), il est possible de donner une signification à l'action lorsque les actes posés par les employés contribuent à créer de la valeur à l'intérieur d'un processus. « Souvenez-vous qu'une organisation ne peut améliorer au quotidien que ce qu'elle mesure et elle ne doit agir que si la mesure donne un sens à l'action » (Lagacé *et al.*, 2013).

Au cours des cinq dernières années, la chaire IRISS a accompagné plus de soixante établissements ayant des missions différentes dans la réalisation de projets d'amélioration de la performance *lean* santé. Plusieurs observations ont pu être recueillies à propos de l'utilisation de la mesure.

En résumé, disons que la mesure, bien que présente dans les établissements, demeure un concept abstrait. Elle est généralement utilisée dans le cadre des redditions de comptes. Celle-ci est perçue comme un moyen coercitif qui permet à l'organisation de contrôler l'activité de l'employé qui doit suivre le tempo au risque d'être réprimandé. Il s'agit là d'une perception issue du taylorisme.

Le *lean* santé suggère un changement de culture. La mesure doit provenir de l'observation directe des membres de l'équipe d'un service ou d'une unité de travail concernée, à partir du terrain. Elle doit s'inscrire dans l'action et non pas se figer dans l'atteinte des cibles de performance. Dans une culture d'amélioration continue, la mesure sert à analyser la situation puis induit des actions d'amélioration pour atteindre les cibles visées.

À ce jour, de grandes et petites choses se sont faites et se font au quotidien au sein de notre réseau en pleine transformation. Nous sommes certainement sur la bonne voie. Il nous faut maintenir souplesse et humilité. Souplesse pour revoir sans cesse les processus et s'inscrire ainsi dans la culture et dans l'action de l'amélioration continue. Humilité, par l'acceptation de la redéfinition des rôles et fonctions des acteurs, qu'ils soient gestionnaires ou exercent d'autres fonctions.

Certes, les gestionnaires sont fiers des projets accomplis à ce jour et ils doivent se mobiliser grâce aux succès obtenus chemin faisant. Grâce à l'énergie humaine, les changements porteurs d'amélioration s'inscrivent dans un *work in process*.

¹¹ <http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca>. La mesure consiste à évaluer quantitativement les caractéristiques d'un bien, d'un service ou d'un processus afin d'en apprécier la qualité et la performance. La mesure s'interprète au moyen d'indicateurs. Un indicateur est un paramètre significatif qui est utilisé pour mesurer les résultats obtenus l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte.

6. CONCLUSION

Le *lean management* représente une nouvelle forme d'organisation du travail qui tend à s'implanter dans les différents systèmes de santé du monde (France, Québec, Royaume-Uni, Scandinavie...). Il est présenté comme un moyen de rationaliser les organisations hospitalières tout en améliorant la qualité du service offert au « client ».

Cette forme d'organisation du travail puise son origine dans le « toyotisme », dénommé aussi *lean management*. Il en partage la volonté d'identifier les sources de gaspillage à travers différents outils de gestion dérivés des techniques de gestion de production du *lean management*, tels la chaîne de valeur (VSM ou *value stream mapping*), le Kaizen, le 5S, le « 5 pourquoi »...

Tout comme l'implantation de la *lean management*, celle du *lean management* conduit à modifier l'organisation du travail en accentuant fortement la standardisation des procédés de travail, en augmentant les tâches de *reporting* découlant du management de la qualité et, enfin, en développant la délégation de responsabilités, comme le montre l'exemple québécois. Cette expérience d'implantation du *lean management* a pour particularité de bénéficier d'un fort soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux et de s'inscrire dans une démarche participative.

Toutefois, comme mis en avant par plusieurs études, le *lean management* semble perçu par le personnel soignant comme un moyen, avant tout, de satisfaire les demandes du patient, assimilé à un « client » dans la terminologie adoptée et ce, parfois, au détriment d'autres aspects de la performance comme la préservation des conditions de travail, l'efficience ou la qualité des soins délivrés. Les résistances observées au sein du personnel soignant pourraient découler d'un manque de prise en compte de la spécificité de l'univers hospitalier lors du déploiement du *lean management*, forme d'organisation du travail issue originellement du secteur automobile.

Cette non-prise en compte de la contingence conduit à ignorer les pratiques organisationnelles, formelles et informelles inhérentes au milieu hospitalier et les effets pervers introduits par cette logique de rationalisation, mis en évidence par plusieurs chercheurs.

Le *lean santé* apparaît par conséquent comme contributif à certains aspects de la performance (« l'orientation client », la rationalisation des processus, la participation des individus à l'amélioration de ceux-ci) — et cette contribution explique le soutien qui y est apporté, par exemple, par les autorités québécoises. Toutefois, il n'est pas certain que les implications concrètes de cette « orientation client » aient été suffisamment prises en compte par les établissements de santé impliqués dans le *lean santé* : elles concernent en effet l'identification précise des attentes de ce client, l'organisation des soins qui lui sont délivrés, le contenu du travail des soignants, les priorités qu'il convient qu'ils se donnent au quotidien et bouleversent par conséquent le mode de fonctionnement des établissements, traditionnellement centrés sur les soins plutôt que sur leur destinataire.

7. BIBLIOGRAPHIE

- BELORGEY N. (2010). *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- BELORGEY N. (2011). « Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. Une entreprise de "réforme" d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189, p. 16-33.
- BOUVILLE G., ALIS D. (2014). « The effects of Lean organizational practices on employees' attitudes and workers' health : Evidence from France », *International Journal of Human Resources Management* (n° spécial sur le *lean management*), 25 (21), p. 3016-3037.
- BRANDAO DE SOUZA L. (2009). « Trends and approaches in *lean management* », *Leadership in Health Services*, 22 (2), p. 121-139.
- BUSHELL S., SHELEST B. (2002). « Discovering Lean thinking at progressive healthcare », *The Journal for Quality and Participation*, 25 (2), p. 20-5.
- HANNA J. (2007). « Bringing "Lean" Principles to Service Industries », *HBS Working Knowledge*, 22, p. 1-2.
- HEINBUCH S.E. (1995). « A case of successful technology transfer to health care : total quality materials managements and just-in-time », *Journal of Management in Medicine*, 9 (2), p. 48-56.
- HOLDEN R.J. (2011). « Lean thinking in Emergency Departments : A critical review », *Annals of Emergency Medicine*, 57 (3), p. 265-278.

- HOLWEG M. (2007). « The genealogy of *Lean management* », *Journal of Operations Management*, 25 (2), p. 420-437.
- KOLLBERG B., DAHLGAARD J., BREHEMER P. (2007). « Measuring Lean initiatives in healthcare services : issues and findings », *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56 (1), p. 7-24.
- KRAFCIK J.-F. (1988). « Triumph of the *Lean management* system », *Sloan Management Review*, 30 (1), p. 41-52.
- MONDEN Y. (1983). *Toyota production system : An integrated approach to Just-In-Time*, Norcross, GA, Industrial Engineering and Management Press.
- OHNO T. (1988). *Toyota Production System : Beyond Large-Scale Production*, Cambridge, MA, Productivity Press.
- RADNOR Z. (2011). « Implementing Lean in Health Care : Making the link between the approach, readiness and sustainability », *International Journal of Industrial Engineering and Management*, 2 (1), p. 1-12
- RADNOR Z., HOLWEG M., WARNING J. (2012). « Lean in healthcare : The Unfilled Promise ? », *Social Science & Medicine*, 74 (3), p. 364-371.
- WARING J. J., BISHOP S. (2010). « *Lean management* : rhetoric, ritual and resistance », *Social Science & Medicine*, 71 (7), p. 1332-1340.
- WOMACK J. P., JONES D. T. (1996). « Beyond Toyota : how to root out waste and pursue perfection », *Harvard Business Review*, 74 (5), p. 140 -158.
- WOMACK J.-P., JONES D.T. (2003). *Lean Thinking*, New York, Macmillan Free Press.
- WOMACK J.-P., JONES D.T., ROOS R D. (1990). *The Machine that Changed the World*, New York, Rawson Associates.