
L'excellence hospitalière, ou la mise en œuvre de l'excellence opérationnelle dans le monde hospitalier

Virginie Fortineau¹, Samir Lamouri², Guillaume Eckerlein³,
André Rieutord³, Niccolò Curatolo³

1. Khtema, 75015 Paris, France

vfortineau@gmail.com

2. Arts et Métiers Paristech, LAMIH, Paris, France

samir.lamouri@ensam.eu

3. Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris-Sud (GH-HUPS), France

guillaume.eckerlein@aphp.fr, andre.rieutord@aphp.fr, niccolo.curatolo@aphp.fr

RÉSUMÉ. En France, les initiatives dite « Lean » se font de plus en plus fréquentes dans les hôpitaux. Elles permettent en général de « penser autrement » l'organisation hospitalière et la conduite du changement. Cependant, ces initiatives souffrent de difficultés récurrentes : comment pérenniser ces actions ponctuelles, et réussir à transformer durablement la culture hospitalière ? Le passage d'une somme de chantiers pilotes à une culture d'excellence hospitalière est le cœur des recherches menées au sein du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Sud (GH HUPS) et sont présentées dans cet article, qui, à partir d'un état de l'art et du retour d'expérience du terrain, propose une méthodologie et une approche de management pour mettre en pratique l'excellence opérationnelle à l'hôpital.

ABSTRACT. In the 80's, the Lean Production System urged industrial companies to « think different » the operational system. Nowadays, the public hospital is facing difficulties that make revealing a global organisational transformation. contributions involving Lean applications in healthcare exist, but there is a lack of global and structured methodology. In this article, we propose the Healthcare Excellence framework, which transposes the Lean manufacturing principles to the specific healthcare environment. The proposed methodology for healthcare transformation is illustrated with existing projects lead in french public hospitals.

MOTS-CLÉS : excellence opérationnelle, Lean, management hospitalier, excellence hospitalière.

KEYWORDS: Lean Healthcare, Healthcare management, operations management

DOI:10.3166/JESA.49.201-224 © 2016 Lavoisier

1. Introduction

Formalisé au début des années 80 par des chercheurs du MIT (Womack, Jones, 2010), le LEAN manufacturing est une méthode de pilotage des opérations issu du modèle « Toyota Production System » largement diffusé et développé dans l'industrie dite traditionnelle, à commencer par l'automobile où il est né. Comme tout système éprouvé, le LEAN s'accompagne d'une multitude d'outils, tels que le PDCA, le 5S, la VSM, ou encore le SIPOC¹. L'application du LEAN dans le milieu hospitalier est plus récente que dans l'industrie, puisque les premières contributions remontent au début des années 2000 aux USA et en Grande-Bretagne (Radnor *et al.*, 2012). Près de 14 ans après, les exemples d'implémentation du LEAN à l'hôpital se multiplient, gagnant peu à peu la France.

Cependant, la majorité de ces initiatives se limitent à des chantiers ponctuels, souvent animés par des ressources externes, et dont la pérennité n'est pas pleinement satisfaisante. L'étude de (Fine *et al.*, 2009), réalisée sur cinq hôpitaux canadiens, a démontré un recours trop systématique à des consultants, sans changement réel ni appropriation au sein du management de l'hôpital. Si ces actions ponctuelles participent à la montée en maturité des équipes, elles ne constituent que la première pierre de la transformation culturelle de l'hôpital vers l'excellence opérationnelle. La construction et la réalisation de cette transformation de l'hôpital, que nous appelons « l'excellence hospitalière », est encore un verrou scientifique et managérial à l'heure actuelle. Pourtant, l'enjeu pour l'hôpital est conséquent : un récent sondage auprès des personnels des hôpitaux de l'assistance publique a révélé qu'une meilleure organisation est l'attente la plus forte des personnels. Cette amélioration doit avoir lieu dans un contexte de sophistication et de personnalisation des soins médicaux et d'une limitation pressante des moyens financiers et humains, nécessitant une transformation profonde de l'hôpital, à investissement limité.

Dans cette étude, nous proposons de définir l'excellence hospitalière, au regard de la notion *industrielle* de l'excellence opérationnelle, mais aussi des spécificités et du contexte particulier de l'hôpital. Cette définition exhaustive, permet ensuite de poser ce qui doit et peut être fait, aux différents niveaux de l'organisation (du stratégique à l'opérationnel), avant de soulever la question de la conduite du changement, et donc, de la méthode et des ressources associées. L'enjeu de cette étude est donc d'identifier les leviers de l'excellence hospitalière et de proposer une méthodologie générique pour accompagner la transformation culturelle de l'hôpital en ce sens. Les définitions, méthodes et propositions de cette étude sont illustrées sur des cas réels provenant des trois sites du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Sud (GH HUPS) : l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart, l'hôpital de Bicêtre au Kremlin Bicêtre et l'hôpital Paul-Brousse à Villejuif. Ces illustrations, si elles ne peuvent prétendre à être génériques, permettent d'appréhender les enjeux opérationnels de la démarche proposée.

1. PDCA est un système de pilotage des actions qui signifie *Plan, Do, Check, Act* – le 5S est une méthodologie d'organisation de l'espace de travail – La Value Stream Mapping (VSM) est une cartographie des flux valorisés – le SIPOC est un outil d'analyse qui signifie *Supplier, Inputs, Process, Outputs, Customer*.

2. De l'excellence opérationnelle à l'hôpital

2.1. L'excellence opérationnelle, le LEAN et le Toyotisme

L'excellence opérationnelle n'a pas de définition consensuelle. En revanche, il est admis qu'il s'agit non d'une méthode, mais d'un but à atteindre. Ainsi, pour Le Brun, « le six-sigma et la supply-chain ont pour objectif l'excellence opérationnelle [...] et convergent dans la *recherche* de l'excellence » ; et pour (D'Amours *et al.*, 2003), « le Lean Manufacturing permet d'atteindre l'excellence opérationnelle ». Ainsi, l'excellence opérationnelle peut être définie comme suit :

DÉFINITION 1. — *L'excellence opérationnelle est un objectif de résultat, stratégique, portant sur la performance globale du système opérationnel.*

La démarche d'excellence opérationnelle constitue alors la méthodologie, les outils et les ressources qui permettent d'atteindre cet objectif de résultat. Les démarches usuellement associées dans l'industrie à l'excellence opérationnelle sont les démarches « LEAN » ou encore « d'amélioration continue ». Ces termes sont très fréquemment utilisés, à plusieurs escients. Dans la suite de cet article, et pour assurer une compréhension univoque de ces concepts, nous nous basons sur la définition du LEAN tel que originellement défini par (Krafcik, 1988) comme la formalisation du système de production de Toyota, se focalisant sur la réduction des gaspillages pour obtenir un système « maigre » de tout défaut, problème, et autres gaspillages (MUDA). Nous considérerons ainsi les termes « Lean » et « Toyotisme » comme synonymes, et ayant le sens suivant :

DÉFINITION 2. — *La méthode LEAN est une démarche recherchant l'excellence opérationnelle en se fondant sur deux piliers fondamentaux que sont le juste-à-temps et l'autonotation.*

On peut illustrer le juste-à-temps comme : « faire le juste nécessaire, au juste moment » ; et l'autonotation comme : « réaliser les opérations avec un niveau de qualité et de fiabilité total ». Si ces définitions générales s'avèrent relativement consensuelles, la difficulté réside dans la capacité à transposer la démarche LEAN au milieu hospitalier, pour atteindre l'excellence du système opérationnel de l'hôpital. Appliquer tels quels les outils de l'industrie serait une gageure, niant la nécessité d'adaptation et de conduite du changement.

2.2. Les spécificités du milieu hospitalier

Dans cette section, nous listons les spécificités de l'hôpital. Seul le point de vue de la gestion des opérations est abordé, évitant tout débat éthique et philosophique sur le rôle social de l'hôpital et de ses personnels, qui sont des sujets devant être discutés à d'autres niveaux.

2.2.1. *Le client est la matière première*

L'un des défis qui se présentent lors de la ré-organisation de l'hôpital est, comme le souligne (Kim *et al.*, 2006), de dépasser l'argument selon lequel les méthodes LEAN ne peuvent s'appliquer puisque « le patient n'est pas une automobile ». Si elle sert souvent d'excuse, cette différence a tout de même des conséquences importantes en termes de gestion des opérations. En effet, à l'hôpital, le patient est à la fois le client final et la matière première (le produit) du processus opérationnel (appelé communément « parcours patient »). De fait, la notion de délai (customer Lead Time) doit être redéfinie : c'est l'ensemble des temps du processus (du « parcours patient ») car il ne peut y avoir de *point de découplage* comme entendu dans l'industrie manufacturière².

De plus, à l'hôpital, le client ne choisit pas sa condition : un patient ne tombe pas malade comme un consommateur fait un acte d'achat. Cela a de nombreuses conséquences, mais la plus importante du point de vue opérationnel est qu'il est impossible de limiter le flux d'entrée, et donc de maîtriser l'en-cours à la source. Or, la gestion des délais est intimement liée à la maîtrise de l'en-cours. En effet, de nombreuses études ont démontré le lien étroit entre maîtrise des délais et maîtrise de l'en-cours, conséquence directe de la loi de Little³ (Goldratt, 1990), (Burlat, 2015). Par conséquent, un autre système de maîtrise des délais/en-cours est à inventer pour l'hôpital. Récemment, un projet du CHU de Grenoble (Garel, 2014) a permis de montrer l'importance de la gestion des sorties pour maîtriser ces en-cours, et a mis en place une « unité de sortologie » permettant de rendre plus fluides les séjours des patients grâce à une meilleure libération des lits. De telles expériences méritent d'être étendues et un pan entier de recherches, regroupées sous le terme de « bed management » travaillent en ce sens.

Enfin, à l'hôpital, le patient - bien qu'étant le client primaire - n'est pas le client unique : il faut aussi tenir compte du point de vue d'autres clients tel que les payeurs (mutuelles, assurances privées, assurance maladie) et le législateur, ce qui peut parfois rendre difficile l'identification de la « valeur du point de vue du client » (Kollberg *et al.*, 2006).

2.2.2. *Une implantation de type « fonctionnel »*

L'analogie entre le flux de patients au sein de l'hôpital et une ligne de production en flux continu telle qu'entendue dans l'approche « juste-à-temps » est souvent faite, afin de justifier de l'intérêt du LEAN pour l'hôpital. Or, il y a là une erreur conceptuelle fondamentale : l'hôpital n'a pas une *production* en ligne. Du fait de compétences très spécialisées, et du coût des infrastructures, les hôpitaux sont tous organisés suivant des implantations fonctionnelles.

2. Les points de découplages sont des stocks de sous-ensembles standards qui, associés à une politique de différenciation retardée, permettent de réduire l'attente perçue par le client, car une partie du processus de production est poussé avant qu'il n'exprime son besoin.

3. La Loi de Little (1961) est la loi qui définit la théorie des files d'attente. Elle lie le temps d'attente, les en-cours et le débit du système.

Ce type d'implantation implique des ressources partagées, un flux complexe, des transports fréquents et requiert une planification et un ordonnancement optimum ainsi qu'une gestion des files d'attente, des notions souvent étrangères au monde hospitalier. D'ailleurs, quand cela est possible, Fine (Fine *et al.*, 2009) préconise de rompre avec l'organisation fonctionnelle, pour se rapprocher d'une implantation en flux continu. Alors, l'implantation fonctionnelle de l'hôpital est une limite à la comparaison avec les systèmes industriels de type LEAN : le juste-à-temps ne saurait être l'unique approche pour le pilotage des flux. Elle doit s'accompagner d'une démarche efficace de planification intégrée et d'ordonnancement des activités.

2.2.3. Une organisation en silos d'opérateurs sur-qualifiés

La majorité des personnels hospitaliers sont des opérateurs, aux niveaux de qualification très hétérogènes, de l'agent de restauration au chirurgien orthopédique. Par conséquent, peu de temps est donné au management et aux projets transverses. La répartition du temps de travail pour des opérationnels, quel que soit leur niveau d'expertise, est en moyenne de 80 % de tâches opérationnelles contre 20 % de gestion de projets et autres tâches. Il existe rarement à l'hôpital (voire jamais) d'équipes support dédiées aux projets d'organisation. Enfin il est aussi admis dans l'industrie que la difficulté à impliquer les personnels, et à « standardiser » le travail, est d'autant plus grande que la qualification des opérateurs augmente. Par exemple, la mise en place de standards est plus difficile en développement de produits qu'en production.

Un autre constat est que les organisations hospitalières sont extrêmement verticales, divisées en directions ayant leur propre hiérarchie, dont les compétences ne se recoupent presque jamais. Ce type d'organisation est assez caractéristique des milieux de type fonctionnel, où l'expertise est importante. Ainsi, au-delà des structures de soins organisées en pôles, on trouve une direction administrative, en général composée d'une direction des soins, d'une direction des travaux, d'une direction des achats et de la logistique, d'une direction des finances, d'une direction de la qualité et - particularité de la fonction publique fondée sur des statuts salariés - de plusieurs directions des ressources humaines.

Créés en 2005, les pôles sont des regroupements de services qui sont censés avoir des activités de soins ou de recherche complémentaires. Par exemple, le pôle OURA est une gouvernance commune de l'ensemble des équipes d'Orthopédie, Urgences, Réanimation et Anesthésie. Les responsables de pôles, issus du corps médical, sont nommés par le directeur. Le chef de pôle, médecin, est à la tête d'un groupe de plusieurs centaines de personnes. Il dirige ces super-structures le plus souvent sans cesser ses activités cliniques, d'enseignement et de recherche et sans expérience réelle de management⁴. Ils sont alors quotidiennement confrontés au défi de gouverner un pôle de 500 personnes et cela, en y consacrant seulement 30 à 40 % de leur temps et sans avoir une maîtrise des outils managériaux. Bien qu'ils regroupent plusieurs types de

4. Voir l'article des échos sur ce sujet : « L'AP-HP entre assistance et excellence » par Philippe Escande, le 28 septembre 2011

services, les pôles ne sont pas structurés en fonction de la chaîne de valeur de l'hôpital. Il s'agit donc bien de structures verticales, qui s'ajoutent aux directions fonctionnelles existantes. La présence de surcroît de nombreuses corporations (médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens) créent des silos professionnels, complexifiant une collaboration transverse lors de projets impliquant les parcours patients.

2.2.4. *La customisation maximum*

Contrairement à l'industrie manufacturière, les parcours thérapeutiques des patients - que l'on peut assimiler aux gammes de fabrication - sont très peu répétables. Même si les traitements des pathologies sont en théorie similaires, chaque patient présente une combinaison de pathologies et un état de santé qui lui est propre, et qui conduit à une forte personnalisation des soins. Les difficultés rencontrées pour réaliser une cotation juste dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), notamment pour ce qui concerne les co-morbidités, les maladies chroniques et la hiérarchisation des diagnostics, sont une illustration de cette réelle « customisation » du système hospitalier (voir les limites soulevées par (Grimaldi, 2009 ; Sockeel *et al.*, 2009 ; Simon, 2012) sur la T2A).

Les industries de type « customisation de masse » requièrent une agilité et une flexibilité des processus opérationnels supérieures à celles des industries manufacturières classiques. Cette caractéristique du milieu hospitalier plaide pour une révision des outils et méthodes mis en place dans les démarches d'amélioration, afin d'intégrer ce besoin en flexibilité et en agilité. De telles approches, combinant LEAN et agilité ont été mises en place dans des industries ayant un niveau élevé de customisation, tel que le luxe par exemple (Lemieux *et al.*, 2013).

2.2.5. *La contrainte n'est pas le marché*

L'une des problématiques de l'hôpital, qui est liée à son financement particulier, est l'impossibilité d'ajuster ses prix en fonction de la qualité fournie, et donc de ses coûts réels (Zidel, 2006). La problématique initiale de l'hôpital n'est donc pas : « suis-je capable de produire pour mon marché ? » ni « suis-je capable d'augmenter mon marché pour satisfaire à ma capacité et ma qualité de production ? » mais plus exactement : « comment soigner au meilleur niveau de qualité une patientèle toujours plus nombreuse, avec des moyens fixes (voire déclinants) ? ». Cette différence fondamentale influe sur les leviers possibles pour mener des améliorations et rend le LEAN pertinent : en effet, cette méthode vise à réduire les gaspillages et les délais, et augmenter la valeur ajoutée, à moyens constants. Dans cette approche, la rentabilité du système opérationnel est réalisée non pas au travers d'économies d'échelle, mais grâce à une révision systématique des processus pour en extraire les non-valeurs ajoutées, et transposer le gain sur des activités à valeur-ajoutée, et ainsi améliorer le service rendu.

2.2.6. *La culture de l'urgence*

Comme le constatent (Ben-Tovim *et al.*, 2007), le personnel travaillant dans les hôpitaux et notamment les cadres ou responsables de services sont très enclins à la ré-

solution de problèmes en mode « pompier ». Cela consiste à proposer rapidement une solution (théoriquement parfaite et conforme à l'ensemble des normes qui régissent le monde hospitalier) et à demander à ce qu'elle soit mise en pratique immédiatement afin de résoudre un problème dès son identification, ce, sans proposer l'accompagnement au changement ni prendre en compte la maturité de l'organisation qui doit l'assimiler en urgence. Cette manière de s'attaquer aux problèmes peut s'avérer très efficace sur le court terme, car elle répond au besoin d'urgence du milieu hospitalier. Cependant, elle se fait au prix d'efforts d'adaptation très lourds, et, sur le long terme, cela entraîne une résurgence de la plupart des problèmes étant donné que leur cause racine n'a pas été identifiée et traitée.

2.3. Les apports du LEAN à l'hôpital

A ces spécificités du milieu hospitalier, et aux enjeux auxquels il se trouve aujourd'hui confronté, la recherche de l'excellence opérationnelle par la méthode LEAN permet de répondre « autrement ».

2.3.1. La transversalité face aux silos de l'organisation

La contrainte dans le système hospitalier étant financière (budget étatique), il faut soigner un maximum de malades, le mieux possible, avec des ressources (une capacité) limitées (puisque la rémunération pour un acte est forfaitée). Malgré cette contrainte, les exigences des patients sont fortes en termes de qualité de soin et d'innovations médicales. De ce point de vue, la situation actuelle de l'hôpital est proche de celle dans laquelle se trouvait Toyota au sortir de la seconde guerre mondiale. En effet, le Japon alternant alors des phases de croissance lente et de décroissance, le marché japonais était limité. L'objectif de Toyota n'était pas d'accroître au maximum la productivité de chaque poste afin de réduire les coûts unitaires, mais de produire « au mieux » (c'est-à-dire au niveau de qualité requis par le marché (Zidel, 2006)) le « juste nécessaire ». L'approche LEAN, issue du Toyotisme, est par conséquent particulièrement bien adaptée au milieu hospitalier actuel. (Grabau, 2011) explique d'ailleurs que l'hôpital fait aujourd'hui face à des ressources finies (voire déclinantes), ce qui rend le LEAN pertinent pour remettre à plat son mode de fonctionnement.

En plus de la vision processus, la particularité du LEAN est que l'ensemble des processus est « tiré » par le client final. Ainsi, l'ensemble des activités dépend directement du client, et est réalisé pour le client. Cette focalisation sur la voix du client est un paradigme révolutionnaire à l'hôpital. Même si le travail des personnels soignants est toujours au bénéfice du patient, qui crée le consensus entre les personnels, la structure fonctionnelle de l'hôpital l'a conduit à s'organiser en silos verticaux, orthogonaux aux parcours de soin des patients. Si tout est fait pour apporter le meilleur soin au patient dans chaque service ou département, il n'y a aucune optimisation du parcours global du patient au sein de l'hôpital. Or, c'est la transversalité qui est créatrice de valeur (Fine *et al.*, 2009). Comme le montre l'expérience d'un service d'orthopédie, les gains apportés par la méthode Lean sur les parcours patients sont non-seulement des gains économiques et de performance, mais en travaillant sur les procédures de

soin (Yousri *et al.*, 2011) ont pu observé une baisse de la mortalité chez les patients traités pour des fractures du fémur.

Via le management par processus, le LEAN peut donc participer à abattre les frontières historiques et fortes entre les différentes entités de l'hôpital, au bénéfice du client final : le patient. De plus, ce décloisonnement des silos, pour privilégier une vision processus tirée par le patient, permet de redonner du sens à chacune des activités spécifiques de chaque type de personnel : toutes concourent, dans un enchaînement linéaire, au bien être du patient.

Le LEAN apporte une autre notion souvent absente à l'hôpital : celle de clients internes, se succédant dans une chaîne de valeur. L'étude de (Radnor *et al.*, 2012) montre bien, au travers de la difficulté récurrente dans les chantiers LEAN à définir qui est le client, le fait que les différentes parties prenantes de l'hôpital ne sont pas organisées comme un ensemble de clients-fournisseurs. S'ensuit une difficulté à préciser des objectifs locaux et à travailler ensemble, sur des processus transverses. Via le concept de « voix du métier », il est possible de faire entrer la multi-disciplinarité à l'hôpital, en s'obligeant pour tout projet à considérer et écouter l'ensemble des parties prenantes. Ce point de vue est corroboré par l'étude de (Papadopoulos *et al.*, 2011) sur différents hôpitaux britanniques, où la mise en place du LEAN a permis un nouvel échange entre les différents personnels de santé. Cette approche est rare, dans un milieu où les corps professionnels dépassent les services et les départements, et d'autant plus, les processus. L'importance des corps se traduit au quotidien par le difficile dialogue entre le personnel médical, paramédical, administratif, technique, etc. distingués les uns des autres par les couleurs de leur badge, par exemple.

2.3.2. *Penser autrement l'organisation de l'hôpital*

Parce que le client de l'hôpital est un patient, qui remet sa vie entre les mains des personnels soignants, plus que n'importe où ailleurs, la peur de manquer est ancrée chez l'ensemble des personnels hospitaliers, quelle que soit leur fonction, et dans quel domaine que ce soit. Cette peur de manquer, si elle est compréhensible, conduit à de nombreux gaspillages : surstock, obsolescence des produits, péremptions, contournement des procédures par la constitution de « réserves sauvages », etc. La philosophie LEAN, à l'inverse, est garante du *juste nécessaire*. Une production LEAN ne produit que ce qui est demandé par le client, quand cela est demandé, en s'adaptant au niveau de qualité et de fiabilité du système opérationnel. L'intégration de cette nouvelle approche dans le milieu hospitalier peut participer à soigner la peur de manquer, si cela s'accompagne des outils suffisants pour garantir le service client. Ces outils existent dans le LEAN, où, par exemple, le KANBAN est un mode de pilotage anti-rupture, avant d'être un moyen de réduire les stocks.

L'intégration des problématiques liées au système d'information (SI) doit aussi être prise en compte dans la mise en place d'une culture d'excellence opérationnelle. Les nouvelles technologies, et plus particulièrement celles liées aux systèmes d'information ne sont pas un frein au progrès à l'hôpital. D'ailleurs, l'étude de Ker *et al.* (Ker *et al.*, 2014), comme d'autres, a montré leurs apports positifs. Cependant, l'outil in-

formatique et la robotisation ne doivent pas être vus comme une fin en soi : ce ne sont que des *outils*, qui supportent une organisation éprouvée. Or, trop souvent, le recours à une solution informatique à l'hôpital pallie un manque d'organisation : c'est l'espoir que la technologie, dans sa puissance, pourra dépasser les problématiques organisationnelles. Il n'en est rien. Celles-ci persistent, voire, dans le pire des cas, peuvent s'accroître. Comme le soulignait (Midler, 1998) il y a plus de 20 ans à propos de son expérience chez Renault, « le bien-fondé de cette démarche de progrès par grands sauts technologiques est remis en cause [...] parce que les gains souvent mirobolants permis par les calculs prévisionnels ne se réalisent pas toujours : on sous-estime souvent la difficulté à bien exploiter une installation sophistiquée, les coûts indirects qu'elle peut induire. ». Dans une démarche LEAN, ce ne sont plus les opérations qui se conforment au fonctionnement du SI et le subissent, mais le SI qui s'adapte à l'organisation opérationnelle.

2.3.3. *L'amélioration continue comme approche durable*

Il nous est souvent arrivé, lors de projets au sein de l'hôpital, d'entendre les personnels nous dire qu'ils étaient conscients d'un problème, mais que, n'ayant pu obtenir l'investissement ou l'outil idéal, cela était resté en l'état. Il apparaît en effet que la notion d'amélioration par petits pas n'est pas ancrée dans la culture hospitalière. Cela s'explique sûrement par le fait que le soin est un métier exigeant, où l'on ne peut se contenter de faire « à peu près » bien. C'est aussi un héritage de décennies de gouvernance par « plans » censés résoudre automatiquement toutes les difficultés de l'institution. La conséquence de cela est que les choses restent en suspend tant que la solution optimum n'est pas mise en place. En ce sens, la recherche d'excellence à l'hôpital freine son progrès permanent, et il est parfois difficile de faire admettre que les actions qui vont être menées, si elles ne semblent pas être les meilleures de prime abord, par faute d'argent ou de temps, vont être bénéfiques par l'amélioration qu'elles apportent : c'est « mieux », même si ce n'est pas parfait.

Enfin, l'un des facteurs d'échec les plus importants pour chaque projet mené à l'hôpital est la difficulté à rendre ce projet pérenne. Les résultats s'estompent souvent dès lors que les parties-prenantes changent. Le LEAN apporte une multitude d'outils de management visuel (Greif, 1989) qui peuvent participer à la pérennisation des actions. Des actions en ce sens ont été menées sur l'un des sites du GH HUPS, et ont conduit à la mise en place d'une *Obeya* de management (Rieutord *et al.*, 2013). De plus, par l'introduction du LEAN, des indicateurs pertinents et opérationnels sont mis en place, afin d'avoir un suivi au long court des actions menées (Kollberg *et al.*, 2006).

2.3.4. *Domaines d'application du LEAN à l'hôpital*

Nous venons d'explicitier les apports potentiels majeurs d'une démarche d'excellence opérationnelle à l'hôpital. Il est à noter que ces apports scientifiques corroborent dans leur majorité l'étude de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur les déterminants de l'efficacité hospitalière, issue d'un retour d'expérience, et qui sont (Acker *et al.*, 2012) : avoir un projet et une vision stratégique ; améliorer l'organisation interne en fluidifiant les parcours patient ; adapter les outils de gestion et de

pilotage aux problématiques locales ; s'inscrire dans un management de confiance, faisant émerger des initiatives du terrain ; améliorer la qualité de vie au travail ; s'assurer de la compréhension et de l'appropriation par tous des démarches mises en œuvre.

Cependant, l'étude de l'état-de-l'art montre que les contributions dans ce domaine restent aujourd'hui sur un périmètre limité. A l'heure actuelle, le LEAN est essentiellement utilisé dans le domaine hospitalier dans trois buts (Poksinska, 2010) :

- **définir la valeur ajoutée du point de vue du patient**, pour redonner du sens aux activités opérationnelles. On vise alors la réduction des gaspillages grâce à des outils éprouvés comme le 5S, les 5 pourquoi ou encore les standards (Zidel, 2006). Alors les personnels ne sont plus uniquement concentrés sur la réalisation des soins auprès des patients, mais également sur l'amélioration de cette qualité de soin (Spear, 2005) ;

- **cartographier les flux** grâce à l'outil VSM. Selon un état de l'art réalisé par (Poksinska, 2010), les mots « process (processus) », « value stream (cartographie de la valeur) » et « continuous flow (flux continu) » apparaissent presque systématiquement dans les articles consacrés au LEAN à l'hôpital ;

- **éliminer les gaspillages** par une approche d'amélioration continue. La plupart des études présentent sur ce point des résultats qualitatifs et partiels mais qui sont toujours de l'ordre de l'amélioration de la performance et du développement des personnels.

Plus globalement, (Curatolo, 2014) a catégorisé les contributions sur le LEAN à l'hôpital en 3 types : les **approches « outils »**, qui visent à mettre en place directement des outils associés à la démarche LEAN (5S, obeya, etc) ; les **approches « amélioration de processus »** dont l'objectif est d'analyser dans le détail un processus hospitalier pour l'améliorer dans son ensemble ; les **approches de transformation**, qui visent à intégrer durablement la culture d'excellence opérationnelle à l'hôpital. La plupart des contributions se sont focalisées au départ sur les approches outils, même si les contributions sur des approches processus existent (Curatolo *et al.*, 2015), mais sur un périmètre et un temps d'étude limités. Souvent, ces initiatives se confrontent à terme à des difficultés d'appropriation ou encore de conduite du changement.

2.4. Les écueils du LEAN à l'hôpital

Comme pour toute approche de changement, des difficultés apparaissent lors de la mise en place de démarches Lean à l'hôpital. Nous les avons catégorisées dans cette section en trois types : les difficultés d'appropriation de la méthodologie et des concepts, les résistances *a priori* au changement, et les difficultés managériales *a posteriori*, notamment la durabilité dans le changement.

2.4.1. Les difficultés liées à la méthodologie

Dans une étude de 2012 portant sur quatre hôpitaux britanniques, (Radnor *et al.*, 2012) relèvent 4 écueils récurrents lors de l'implantation du LEAN à l'hôpital : la

difficulté à définir un unique client ; le manque de pluri-disciplinarité des projets, qui s'appliquent à des tâches au périmètre réduit, sans réelle transversalité ; une implémentation centrée sur les outils qui manque de clarté et de compréhension pour les personnels ; un manque de pérennité de la démarche. Le dernier item, à savoir le manque de pérennité des résultats, est corroboré par l'étude de (Fine *et al.*, 2009) réalisée sur cinq hôpitaux canadiens, qui l'explique par le recours trop systématique à des consultants, sans changement réel ni appropriation au sein du management de l'hôpital. Comme le résume (Poksinska, 2010), « le succès de l'implémentation du LEAN réside dans la compréhension que le LEAN est un système, et non une boîte-à-outils ».

2.4.2. *Les difficultés humaines liées à l'appréhension du changement*

Ce que l'étude de (Fine *et al.*, 2009) révèle également, c'est un ensemble de difficultés humaines exprimées par des craintes de personnels vis-à-vis du Lean : la peur que le LEAN entraîne des suppressions d'emplois ; l'idée que le LEAN n'est qu'un effet de mode qui, comme les autres, finira par passer ; la difficulté à impliquer les médecins, du fait de leur statut particulier et de leur position dominante dans l'organisation encore très *statutaire* de l'hôpital ; la connotation péjorative associée au LEAN, souvent vu comme une méthode de dégraissage axée uniquement sur la performance, et non sur la qualité des soins (Kim *et al.*, 2006).

Les conséquences de ces résistances sont un manque d'implication des personnels. Or, sans implication du terrain, le LEAN n'est pas pérenne. Dans l'étude de (Waring et Bishop, 2010), après une première période d'implication forte, les cliniciens d'un service de soins britannique se sont finalement démotivés et ont cessé d'alimenter la démarche, parce qu'ils considéraient que l'objectif final était la productivité et non le bien être du patient.

2.4.3. *Les difficultés liées à la conduite du changement*

Le LEAN hospitalier est un concept récent ce qui conduit à un manque de maturité et d'ancrage dans le milieu hospitalier de la plupart des formateurs et des consultants de ce domaine. Selon (Poksinska, 2010) les méthodes proposées sont déconnectées des problématiques spécifiques de l'hôpital. De plus, dans tous les domaines où il a été implémenté, le LEAN n'a pu avoir de résultats durables que dans les cas où la direction et le top management se sont réellement impliqués (approche de « transformation »). Sans le soutien profond de la direction, la démarche a peu de chance de se maintenir dans le temps. Or, la « culture LEAN » est peu répandue dans les fonctions managériales les plus hautes de l'hôpital.

Finalement, de nombreuses démarches Lean appliquées au milieu hospitalier sont décrites dans la littérature, toutefois comme le montre (Curatolo *et al.*, 2014) ces démarches n'ont pas la maturité méthodologique nécessaire pour être reproduites par les praticiens du milieu hospitalier. De plus elles ne tiennent pas suffisamment compte des activités de support indispensables à la réussite d'une démarche Lean.

3. L'excellence hospitalière : définition et enjeux

Transformer durablement la culture organisationnelle d'un hôpital est une tâche conséquente nécessitant une bonne compréhension de l'environnement. De plus, comme le montre l'analyse de l'état-de-l'art de (D'Andreamattea *et al.*, 2015), c'est une approche novatrice, puisque « seuls quelques papiers présentent une approche organisationnelle globale, [...] et la majorité sont américains ». Alors, en point de départ de notre démarche nous avons mené des chantiers locaux d'amélioration de processus au sein de différents services hospitaliers.

3.1. Le « chantier LEAN »

Lors de ces chantiers, nous avons suivi une *approche LEAN*, qui respecte non les outils mais la philosophie, et peut être synthétisée comme suit (voir figure 1) :

- **écouter la voix du client**, et définir la valeur de son point de vue ;
- **écouter la voix des métiers**, et impliquer l'ensemble des parties prenantes dans des groupes projet pluri-disciplinaires ;
- **travailler sur des processus transverses**, dont les périmètres dépassent les organisations verticales ;
- **assurer la pérennité des actions** en donnant les outils de pilotage et d'amélioration aux personnels, et en utilisant au maximum les outils de management visuel ;
- **avancer pas à pas**, en privilégiant l'organisation, et en impliquant les personnels impactés dans la prise de décision ;
- obtenir des résultats sur l'un des trois **leviers fondamentaux du LEAN** : la création de valeur, la réduction des gaspillages, la réduction des délais.

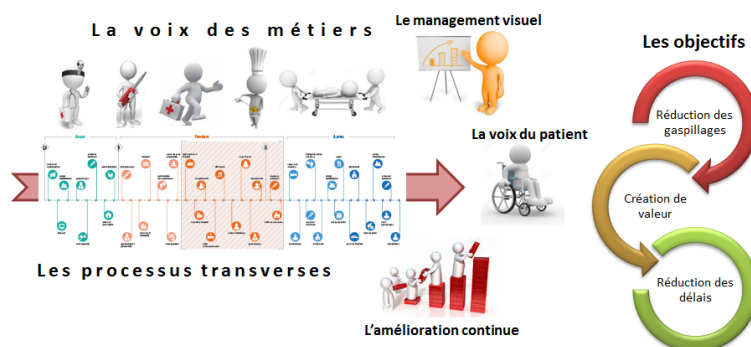


Figure 1. Définition d'un chantier LEAN

Par bien des aspects, ces six points définissant un chantier Lean rejoignent les neuf préconisations données par (R. J. Holden, 2011) pour la réussite d'une démarche d'amélioration, issues de 15 expériences d'implantation du LEAN dans des services d'urgences : reconnaître la nécessité du changement en objectivant les problèmes existants.

tants ; avoir une approche centrée sur l'humain (personnels et patients) ; avoir des ressources internes spécialistes du Lean ; obtenir le soutien de la direction et une disponibilité des ressources ; chercher un changement de culture et non l'application d'outils ; adapter la méthode d'excellence opérationnelle aux besoins locaux spécifiques ; manager un progrès continu ; apprendre des expériences passées.

Six chantiers Lean pilotes réalisés au sein du GH HUPS nous ont permis d'avoir un retour d'expérience afin de constituer une méthodologie globale de transformation Lean⁵. Les résultats globalement positifs nous ont confortés dans la pertinence de la méthode, et les difficultés rencontrées ont permis d'améliorer notre approche. Le tableau 2 présente de manière synthétique les retours d'expérience de ces 6 chantiers. L'évaluation qui en est proposée repose sur une échelle d'évaluation déterminée à partir de 3 critères : l'atteinte de l'objectif, l'appropriation par les personnels, et la pérennisation réalisée à 1 an. Pour chacun de ces critères, des points sont attribués selon que le critère est complètement rempli (2 points), partiellement (1 point) ou non-rempli (0 point).

3.2. Du chantier pilote à une transformation durable de l'organisation

Le retour d'expérience des chantiers pilotes menés jusqu'à présent au GH HUPS permet de définir des recommandations préalables à la mise en place d'une démarche d'excellence hospitalière durable, qui sont :

- la démarche doit être portée en interne par le groupe hospitalier, par des personnes ayant à la fois une connaissance du système hospitalier, une légitimité au sein de l'hôpital et une maturité sur les méthodes à mettre en place ;
- il faut avoir une approche « pas à pas », continue, et long terme : de par sa taille, et dans un contexte où de nombreuses réformes du système de santé ont eu lieu, l'approche pas à pas, avec une conduite du changement douce mais durable apparaît indispensable. Le retour d'expérience montre que la pérennité et la durabilité des actions pluridisciplinaires a été très forte quand l'initiation a été faite par de courts chantier aux périmètres limités, mais avec un relais interne pour les inscrire dans la durée ;
- donner du sens aux activités de chacun et aux actions menées dans le cadre de la démarche d'amélioration est primordial. Pour y parvenir, une approche transformationnelle, centrée sur les parcours patient est à privilégier. Elle permet de réunir l'ensemble des personnels autour d'un objectif faisant consensus : le soin apporté au patient ;
- malgré l'intérêt de la démarche par parcours patient et l'apport de la multidisciplinarité, l'importance structurelle et structurante des équipes et des services au sein de l'hôpital est à prendre en compte. Ainsi, les responsables d'unité et les cadres de santé constituent le relais indispensable à la démarche. Ce management intermé-

5. Des détails sur ces chantiers sont donnés dans la contribution (Fortineau *et al.*, 2015) et une description du projet « Amélioration des parcours chimio en HDJ » est proposée par (Klasen *et al.*, 2014)

Chantier	Objectif	Service	Evaluation	Point forts	Points faibles
Amélioration du circuit du médicament	Améliorer la logistique avalé du médicament, depuis la pharmacie centrale jusqu'à la dispensation dans le service.	Médecine aigüe polyvalente	6/6	Appui de la direction médicale / administrative et de l'encadrement paramédical. Approche multidisciplinaire transversale sur l'ensemble du processus.	Initiative limitée à l'hôpital, n'intègre pas les interfaces avec la ville / autres établissements de santé.
Réalisation d'un SS	Aider le service dans le maintien en ordre de ses installations	Maladies infectieuses	1/6	Approche multidisciplinaire	Manque de disponibilité du personnel. Communication non optimale.
Amélioration des parcours clinico en Hôpital de Jour	Améliorer la dispensation de chimiothérapie par une collaboration pharmacie / HDJ	Hôpital de jour médecine	4,5/6	transversale pérennisée depuis 4 ans. Implication de l'encadrement médical et infirmier.	Direction non impliquée. Impact limité sur la durée de prise en charge des patients.
Gestion des réserves du bloc opératoire	Aider le logisticien à mieux commander (flux tiré) et organiser sa réserve.	BLOC	4/6	Résultats quantitatifs bons, et bonne appropriation par l'agent en charge des réserves.	Pérennisation fragile par manque d'outils de pilotage. Action limitée à une étape du processus et à une fonction.
Dimensionnement d'un HDJ par les parcours patients	Accompagner le dimensionnement d'un projet de clinique ambulatoire multi-parcours.	-	3,5/6	Approche multidisciplinaire transversale. Bons retours de l'équipe (para)médicale et des instances de décision.	La clinique n'est pas encore construite : comment transformer l'essai sur le terrain ?

Figure 2. Synthèse des chantiers pilotes menés au GH HUPS

diaire doit être accompagné de près, presque « coaché » par les porteurs de la démarche. Une récente étude sur trois hôpitaux suédois (R. Holden *et al.*, 2015) a démontré que réaliser une transformation d'excellence opérationnelle par des ressources externes (acteurs du changement) et sans suffisamment impliquer les médecins et responsables d'unité génère une mauvaise perception de la démarche chez l'ensemble des personnels ;

- la définition en amont d'une vision stratégique qui soit réellement déployée aux niveaux tactique et opérationnel est un facteur d'adhésion qui ne peut être négligé ;
- enfin un temps protégé pour la participation du personnel (médical, paramédical et technique) aux démarches d'amélioration doit être négocié avec l'encadrement et sanctuarisé, ainsi qu'un intéressement des personnels pour leur implication.

4. La démarche d'excellence hospitalière

Le retour des expériences pilotes ainsi que l'état de l'art permettent de proposer une définition de l'excellence hospitalière, par ce qu'elle doit apporter au système hospitalier :

DÉFINITION 3. — L'excellence hospitalière est la réalisation de l'excellence du système opérationnel hospitalier, par l'obtention d'une performance globale des parcours patients et des processus connexes ; ainsi qu'un management efficace de l'organisation hospitalière reposant sur l'autonomie, la participation de tous les acteurs et l'amélioration continue, autour d'un objectif commun : la qualité de service au patient.

La problématique de recherche qui se pose alors est de savoir comment réussir à transformer le système hospitalier actuel pour lui permettre d'atteindre l'excellence hospitalière. Compte tenu de l'existant au GH HUPS, l'enjeu est de réussir à passer d'une somme de chantiers pilotes aux périmètres limités, à une transformation globale de l'hôpital. Nous faisons l'hypothèse que, pour y parvenir, il faut :

- une vision stratégique avec une gouvernance forte et engagée ;
- des ressources supports ;
- une méthode ;
- une conduite du changement.

4.1. La direction des opérations : ressource nécessaire à l'excellence hospitalière

Il est indispensable, pour assurer la pérennité de la démarche d'excellence hospitalière, que l'hôpital se dote de ressources en interne, ayant des compétences dans ce domaine, dédiées à la conduite de la démarche. Le recours à des éléments extérieurs ne peut alors qu'être ponctuel, pour garantir que l'institution maîtrise le changement majeur que cela représente.

De plus, cette ressource dédiée est souvent une direction nouvelle, puisqu'aucune direction actuelle n'a la maîtrise complète de la performance des parcours patients. La seule entité qui a la vision globale aujourd'hui sur les parcours patient est la direction de la qualité, mais avec un périmètre plus restreint que celui envisagé dans l'excellence hospitalière, et des personnels qui ne sont pas forcément formés à de telles méthodes. Deux choix sont alors envisageables : étendre les compétences et le périmètre de la direction de la qualité ou créer une direction à part entière, qui travaille en lien étroit avec la direction de la qualité. C'est la seconde option qui a été envisagée au GH HUPS, avec la création de la « Direction des Opérations » (la DOp), sous l'initiative d'un appel d'offre émis par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

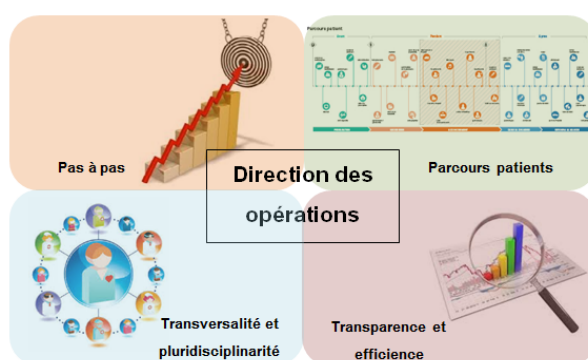


Figure 3. Vision de la Direction des Opérations (DOp)

La vision de la direction des opérations, présentée sur la figure 3, reprend les thématiques principales de l'excellence hospitalière : l'amélioration continue, le travail par parcours patient, l'exigence de transversalité et de pluri-disciplinarité et le management de la performance par la transparence et l'objectivation des résultats.

4.2. Le contenu et la structure de la démarche : la méthode

Une fois une ressource identifiée pour la mise en œuvre de la démarche, il faut construire une méthodologie qui permette de définir, de piloter et de garantir la réalisation de la transformation du système hospitalier. Le contenu des actions à mener est aujourd'hui largement connu en témoigne l'étude de 1996 réalisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, 1996). L'approche que nous proposons est donc un cadre méthodologique, qui ne contraint pas le contenu des actions (qui doit pouvoir être contextualisé), mais accompagne sa déclinaison aux trois niveaux principaux d'une transformation : stratégique, tactique, opérationnel. Ainsi, c'est un support à disposition de la direction des opérations, dans sa mission d'orchestration de la transformation de l'hôpital. Comme illustré par la figure 4, cette méthodologie repose sur :

- des objectifs stratégiques de performance (mesure des résultats) ;
- un plan d'action opérationnel lié aux objectifs de performance ;

– une articulation stratégique / tactique.

L'objectif de l'excellence hospitalière est d'obtenir l'excellence des parcours patient. L'atteinte de cet objectif se mesure alors au travers de résultats de performance. Le niveau stratégique de la démarche d'excellence hospitalière consiste ainsi en un « monitoring » de la performance des parcours patient, et des processus supports qui les alimentent, réalisé par la définition d'objectifs de performance et la mesure qualitative et quantitative de leur atteinte. En général, ces objectifs de performance sont de type : délais, qualité, coût,... mais il est également intéressant d'intégrer une dimension humaine (autonomie, compétence, qualité du management, implication, etc.) et de valeur (ajoutée) : faire bien, mais avec moins d'efforts.

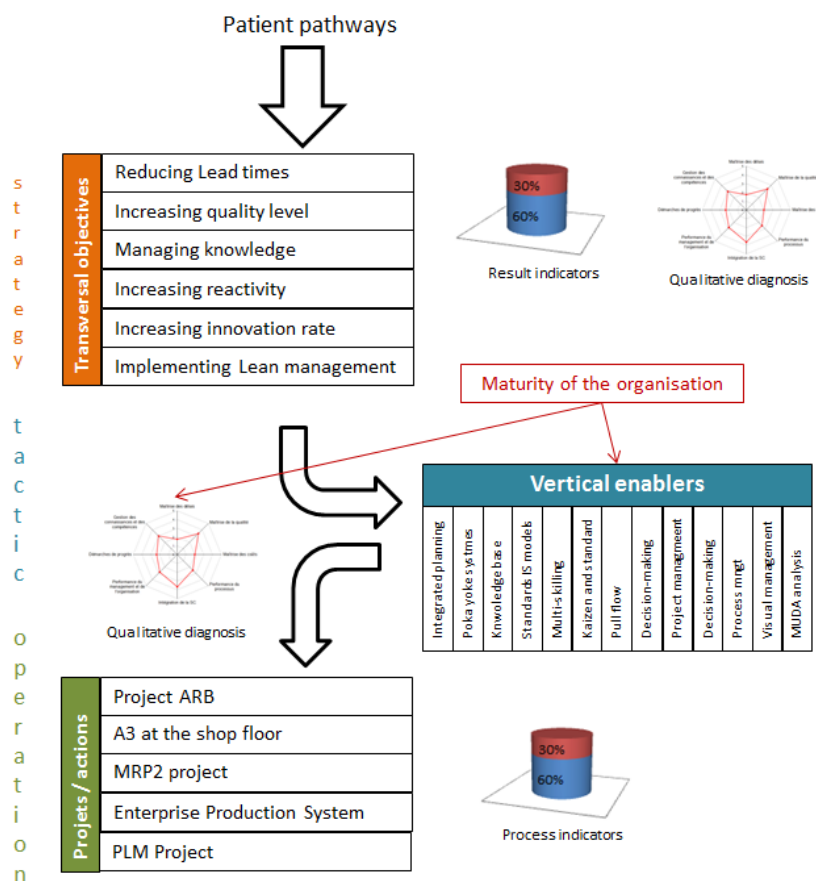


Figure 4. Synthèse de la méthodologie d'excellence hospitalière

La stratégie ainsi définie n'a cependant de sens que si elle est effective au niveau opérationnel. Un plan d'action est donc construit, en regard des priorités portées sur les objectifs. Lier ainsi les actions opérationnelles aux objectifs stratégiques permet de

s'assurer que l'effort de la transformation est réellement alloué à la stratégie envisagée. Au départ de la démarche, le plan d'action passe essentiellement par la réalisation de projets. C'est un transitoire nécessaire, mais l'objectif est d'aboutir, une fois l'organisation suffisamment mature, à un pilotage opérationnel de la performance, qui conduise à des actions d'amélioration continue en « autonomie » (sans passer par la mise en place systématique d'un projet).

Jusque-là, la méthodologie proposée est assez proche de ce que préconise le Hoshin Kanri⁶ (Babich, 2005). Cependant, cette approche n'explique pas comment articuler les niveaux stratégique et opérationnel : le hoshin kanri est un outil de suivi et d'aide au pilotage uniquement. Or, c'est dans cette articulation que réside le cœur de la méthodologie. La figure 4, qui synthétise la méthodologie proposée, inclut donc un niveau intermédiaire : le niveau tactique. Le pilotage de ce niveau intermédiaire a pour but de faciliter l'articulation stratégique / opérationnelle. Il repose sur des méthodes et moyens d'organisation, appelés « leviers d'actions » qui permettent de construire le « comment ». Ils sont autant de supports méthodologiques qui peuvent être actionnés à bon escient, vis-à-vis du bon public, en fonction des objectifs à atteindre. Le choix d'actionner tel ou tel levier s'appuie de plus sur l'évaluation de la maturité de ou des équipes concernées vis à vis de ces leviers. Alors, on ne laisse plus les équipes seules face aux résultats stratégiques attendus, qui peuvent être difficiles à appréhender, mais on leur explique comment progresser, en leur proposant la méthode (le levier) qui leur convient. Ces leviers d'action sont par exemple : le management visuel, la réactivité, l'amélioration continue, le management par processus, etc.

4.3. *L'organisation de l'excellence hospitalière : le triptyque « PeRF »*

La conduite du changement vers l'excellence hospitalière repose sur trois équipes complémentaires, appelées tryptique « PeRF » pour : Pilotage, Réalisation et Facilitation⁷. En effet, comme il y a trois niveaux dans une démarche de transformation (stratégique / tactique / opérationnel), l'organisation qui la supporte doit remplir trois rôles fondamentaux :

- monitorer les parcours, dans une logique de management de la performance, et décider de la stratégie des actions à mener. Cela doit être effectué par une équipe de pilotage ayant la légitimité décisionnelle, ainsi que la vision stratégique suffisante. Comme le précise Jean-Marc Giraudeau⁸, directeur associé de Vinci consulting « Le Lean est certes une approche bottom-up, mais la direction doit en donner la direc-

6. Le Hoshin Kanri est une méthode de pilotage qui identifie les ruptures importantes à accomplir afin d'atteindre ses objectifs stratégiques. Il permet une bonne diffusion ainsi qu'une bonne compréhension de ces objectifs dans l'entreprise en permettant un suivi cohérent et synthétique des actions entreprises, et leur mise en perspective vis-à-vis des objectifs stratégiques.

7. La décomposition en équipe de pilotage, réalisation et facilitation présentée ici a été originellement proposée par Patrick Provenzano, enseignant à HEC.

8. Article publié dans l'Usine Nouvelle, le 17 avril 2015 : *Le Lean est-il fait pour les patrons (ou vice-versa) ?*

tion ! Pour générer de vraies économies, il faut appliquer le Lean aux bons endroits. Du coup, les directeurs étudient les indicateurs, analysent les objectifs assignés, argumentent sur les priorités. »;

- supporter cette stratégie par des méthodes, des outils de diagnostic, et suivre la diffusion et l'appropriation de ces méthodes (la maturité des leviers) pour pouvoir amender le plan stratégique en fonction des capacités réelles de l'organisation. C'est la direction des opérations qui est responsable de cette tâche ;

- réaliser les actions opérationnelles, et aider les managers intermédiaires à les faire vivre et les piloter au quotidien. Une équipe de réalisation y est dédiée, appelée l'Equipe Projet d'Excellence Hospitalière (EPEHo). Elle dépend dans la DOp.

Les trois équipes PeRF ainsi constituées : pilotage, réalisation, facilitation, sont en interaction permanente, comme le montre la figure 5, sous l'impulsion d'un binôme « chef d'orchestre »: le sponsor du projet (idéalement la direction générale), et le coordinateur des actions (la DOp).

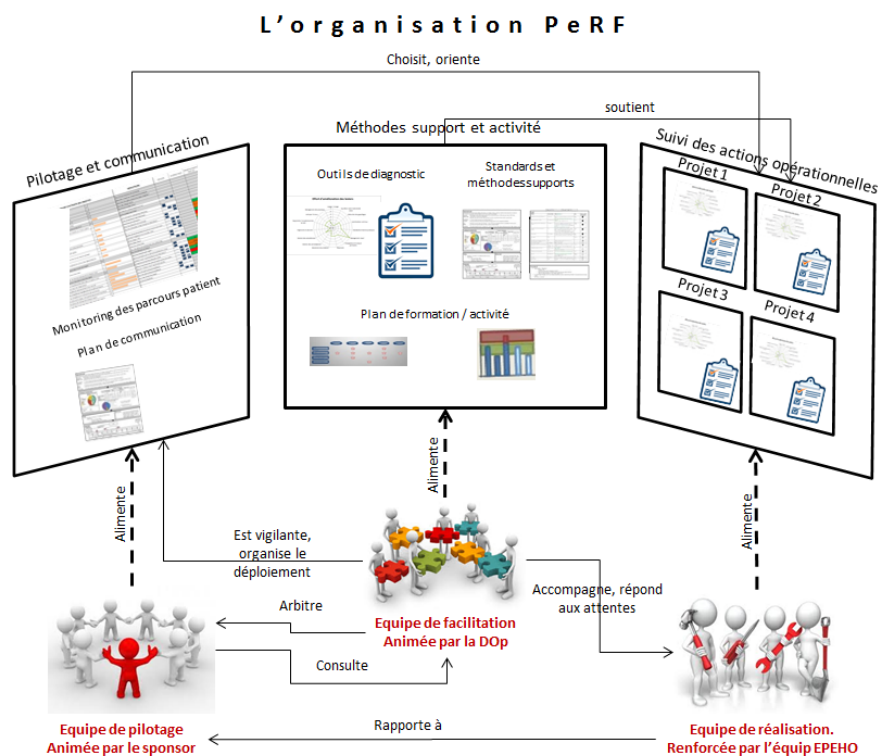


Figure 5. Démarche d'excellence hospitalière : l'hôpital sous « PeRF »

La constitution des équipes apparait alors logiquement : l'équipe de pilotage regroupe des membres de la direction, ayant une vision claire de la performance des opérations, et les capacités et la légitimité de décision. L'équipe EPEHO de réalisation

est constituée de ressources supports dédiées et formées : des « experts » LEAN, mais pas seulement, d'autres compétences supports étant utiles à la réalisation des chantiers. La facilitation est assurée par l'animateur de l'équipe de réalisation, c'est-à-dire la DOp, qui doit travailler en collaboration avec les autres directions, et notamment les ressources humaines (car c'est cette équipe qui garantit une bonne conduite du changement) pour orchestrer le changement. Un membre de l'équipe de pilotage peut, ponctuellement, parce qu'il pilote un projet, être membre de l'équipe de réalisation.

5. Discussion et perspectives

5.1. Les apports de la démarche d'excellence hospitalière

La méthode d'excellence hospitalière et l'organisation PeRF proposées dans cet article se démarquent des méthodologies existantes par les aspects suivants :

- elles permettent d'inscrire les changements dans la durée : les outils de pilotage et la démarche proposée permettent en effet de mener des actions « pas à pas » tout en garantissant, *in fine* l'atteinte des objectifs stratégiques ;
- elles proposent une méthode qui prend en compte la maturité de l'organisation : la formalisation et l'évaluation des leviers d'amélioration permet effectivement d'accompagner le changement en adaptant les méthodes aux maturités locales ;
- elles s'adaptent également aux spécificités de l'environnement, puisque le cadre méthodologique est une « boîte », articulée du stratégique à l'opérationnel, mais dont le contenu peut être adapté à loisirs, pour être approprié par les acteurs du changement ;
- elles font la part belle au management et à la conduite du changement, gageant que les responsables d'unités, les managers de proximité en général que sont les cadres de santé et les médecins sont les relais fondamentaux de la démarche. Ils ont besoin aujourd'hui de formation, d'accompagnement, d'outils simples et adaptés, et de temps.

5.2. Discussion sur la démarche d'excellence hospitalière au GH HUPS

Dans cette section, nous discutons des difficultés de mise en place de la démarche d'excellence hospitalière, à l'aune de l'expérience menée au GH HUPS. Cependant, ne sont rapportées ici que les limites qui nous semblent généralisables à d'autres institutions, et non les problématiques locales.

5.2.1. Du rôle de la DOp

Dans la démarche proposée, le rôle de la Direction des Opérations est celui de l'animation de l'équipe EPEHO et de coordination de l'équipe de facilitation, en proposant des méthodes supports et des outils. Elle doit également aider à la décomposition de la stratégie en objectifs tactiques et opérationnel, en plus du pilotage des processus. Cependant, du fait d'un manque de maturité sur le pilotage de l'excellence

hospitalière, la Direction des Opérations se retrouve *de facto* dans un rôle beaucoup plus large que celui-ci, comme le montre la figure 6.

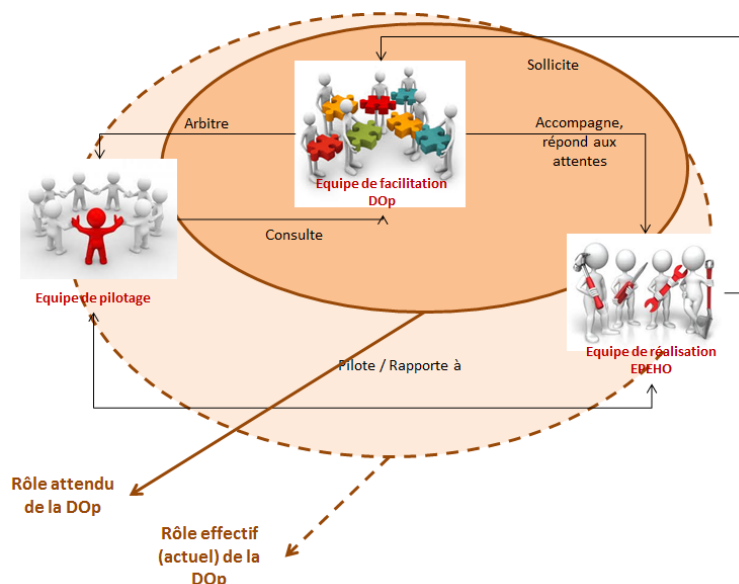


Figure 6. Comparaison entre le rôle attendu de la DOp, et son rôle réel

Alors, la DOp doit également assurer le monitoring de la performance des parcours patients, et justifier des décisions d'orientation de la démarche. Ce monitoring est difficile à réaliser, car il n'existe pas encore de coordination achevée des indicateurs de performance des différentes directions, ni de décomposition de ces indicateurs, quand ils existent, sur les différents parcours. Par conséquent, les données de ce monitoring manquent. Le rôle de pilotage qui lui est imposé est d'autant plus difficile à réaliser pour la DOp (prévue pour apporter un soutien méthodologique) que, en tant que direction naissante et sans périmètre opérationnel, elle n'a pas la légitimité pour piloter une transformation impliquant l'ensemble des directions fonctionnelles. Enfin, la Direction des Opérations a un besoin de ressources humaines spécialisées et de temps, deux choses qui font défaut aujourd'hui dans l'hôpital en crise.

5.2.2. Des conséquences du manque de pilotage de l'EH

Le pilotage de la démarche de transformation est également un élément clef de la pérennisation de l'excellence hospitalière. Or, comme expliqué précédemment, nous faisons face à un manque de pilotage de l'EH, notamment car il est difficile de conjuguer les objectifs stratégiques des différentes directions fonctionnelles. Il n'y a, par exemple, pas d'indicateurs partagés et intégrés (c'est-à-dire décomposés à chaque niveau de l'organisation) de la performance. La conséquence directe est que les chantiers d'EH reposent aujourd'hui entièrement sur la bonne volonté et l'engagement des managers de terrain (responsables d'unité et cadres de santé). Si nous avons pu noter un

intérêt et une motivation importante de ces personnels, nous constatons un manque de management et de reconnaissance de leurs actions : ils ne sont pas challengés sur l'excellence hospitalière. Cela s'observe par l'absence d'un management de la performance structuré et unique à chaque niveau de l'organisation. Alors, leur engagement personnel ne résiste pas toujours aux difficultés opérationnelles rencontrées, et, puisqu'il ne donne pas systématiquement lieu à une reconnaissance ou à des résultats quantifiables, cela peut conduire à un essoufflement progressif de la démarche.

Dans un prochain chantier, concernant l'ensemble des services d'une même direction, le management de la performance est l'un des premiers leviers d'action envisagés. Ce projet permettra de vérifier l'importance du pilotage et de la définition d'une vision stratégique partagée dans la réalisation et la pérennisation de la démarche. Les méthodes d'analyse de la valeur et les outils de pilotage tels que le Hoshin Kanri seront mis en œuvre pour y parvenir.

6. Conclusion

L'organisation et l'amélioration des processus opérationnels constituent aujourd'hui une des attentes majeures des personnels hospitaliers, conscients des enjeux que cela représente en termes de maîtrise des coûts, de qualité de soin aux patients et de qualité de vie au travail. Cependant, pour apporter à tous cette amélioration, une démarche de transformation de la culture hospitalière est nécessaire.

Nous proposons dans cet article un cadre méthodologique à la démarche d'excellence hospitalière, ayant pour objectif de transposer et d'adapter les méthodes associées à l'excellence opérationnelle au milieu particulier de l'hôpital. Cette démarche d'EH repose sur trois niveaux articulés : des objectifs stratégiques de performance, des leviers d'action tactiques, et des actions opérationnelles. La clef de la réussite et de la pérennisation de la démarche ne réside cependant pas tant dans les outils employés que dans la conduite du changement et la structuration d'un management intégré de la performance. Deux objectifs qui sont supportés par une organisation solide, le système « PeRF » qui inclut : un pilotage de la démarche, un support méthodologique et un accompagnement des managers de terrains (par la DOp) et enfin une équipe de réalisation, EPEHO.

Aujourd'hui, la mise en place de cette démarche au sein du GH HUPS en est à ses débuts, et rencontre des difficultés inhérentes à toute démarche organisationnelle globale de ce type. L'une des difficultés majeures observées est celle du pilotage de la démarche ainsi que la capacité décisionnelle pour la mise en œuvre des actions. Pour y palier, une réorientation des chantiers sur des services ayant une cohérence managériale (services d'une direction fonctionnelle par exemple), accompagnée d'un pilotage de la performance opérationnelle est envisagée.

Article soumis le 17 mai 2015.

Accepté le 14 octobre 2015.

Bibliographie

- Acker D., Bensadon A.-C., Legrand P., Mounier C. (2012). Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants.
- ANAES. (1996). *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé - principes méthodologiques*. Rapport technique. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - ANDEM.
- Babich P. (2005). *Hoshin handbook, third edition*. Total Quality Engineering Inc.
- Ben-Tovim D. I., Bassham J. E., Bolch D., Martin M. A., Dougherty M., Szwarcbord M. (2007). Lean thinking across a hospital: redesigning care at the flinders medical centre. *Australian Health Review*, vol. 31, n° 1, p. 10–15.
- Burlat P. (2015). Conwip. *Techniques de l'ingénieur*, vol. article in press.
- Curatolo N. (2014). *Elaboration et experimentation d'une méthode lean pour l'amélioration des processus métiers en milieu hospitalier. application au processus de prise en charge médicale au sein des hôpitaux universitaire paris sud*. Thèse de doctorat non publiée, Arts et Métiers Paristech, Paris, France.
- Curatolo N., Lamouri S., Huet J. C., Rieutord A. (2014). A critical analysis of lean approach structuring in hospitals. *Business Process Management Journal*, vol. 20(3), p. 433–454.
- Curatolo N., Lamouri S., Huet J.-C., Rieutord A. (2015). Démarches d'amélioration en milieu hospitalier : du management de la qualité totale au lean. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, p. In press, Corrected Proof.
- D'Amours S., Frayret J. M., Rousseau A. (2003). De la forêt au client - pourquoi viser une gestion intégrée du réseau de création de valeur ?
- D'Andreamattea A., Iannia L., Legab F., Sargiacomoa M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, p. In press, Corrected Proof.
- Fine B. A., Golden B., Hannam R., Morra D. (2009). Leading lean: a canadian healthcare leader's guide. *Healthcare Quarterly*, vol. 12(3), p. 32–41.
- Fortineau V., Eckerlein G., Lamouri S. (2015). Analyse des potentialités et des limites du lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière.
- Garel J. (2014). Donner un lit rapidement aux patients entrant en urgence à l'hôpital : quelques exemples grenoblois.
- Goldratt E. M. (1990). *Theory of constraints*. Croton-on-Hudson, NY: North River.
- Graban M. (2011). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*. Book - CRC Press.
- Greif M. (1989). *L'usine s'affiche*. Paris, Editions d'organisation.
- Grimaldi P. (2009). *L'hôpital malade de la rentabilité*. Fayard.
- Holden R., Eriksson A., Andreasson J., Williamsson A., Dellve L. (2015). Healthcare workers' perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three swedish hospitals. *Applied Ergonomics*, vol. 47, p. 181–192.
- Holden R. J. (2011). Lean thinking in emergency departments: a critical review. *Annals of emergency medicine*, vol. 57(3), p. 265–278.

- Ker J., Wang Y., Hajli M., Song J., Ker C. (2014). Deploying lean in healthcare: Evaluating information technology effectiveness in u.s. hospital pharmacies. *International Journal of Information Management*, vol. 34(4), p. 556–560.
- Kim C., Spahlinger D., Kin J., Billi J. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, vol. 1(3), p. 191–199.
- Klasen A., Fior R., Barthier S., Frachette M., Rieutord A., Barbault-Foucher S. (2014). Le chemin clinique du patient recevant une chimiothérapie à l'hôpital de jour : en route vers le lean management. *Journal de Pharmacie Clinique*, vol. 33(2), p. 100–110.
- Kollberg B., Dahlgaard J., Brehmer P. (2006). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, vol. 56(1), p. 7–24.
- Krafcik J. F. (1988). Triumph of the lean production system. *Sloan management review*, vol. 30(1), p. 41–51.
- Lemieux A.-A., Pellerin R., Lamouri S. (2013). A mixed performance and adoption alignment framework for guiding leanness and agility improvement initiatives in product development. *Journal of Enterprise Transformation (JET)*, vol. 3, n° 3, p. 161–186.
- Midler C. (1998). *L'auto qui n'existait pas*. IDEM - Editions DUNOD.
- Papadopoulos T., Radnor Z., Merali Y. (2011). The role of actor associations in understanding the implementation of lean thinking in healthcare. *International Journal of Operations and Production Management*, vol. 31(2), p. 167–191.
- Poksinska B. (2010). The current state of lean implementation in health care: literature review. *Quality Management in Healthcare*, vol. 19(4), p. 319–329.
- Radnor Z., Holweg M., Waring J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social science and Medecine*, vol. 74, p. 364–371.
- Rieutord A., Fior R., Kunegel A., Fortineau V. (2013). L'obeya tape dans l'oeil. *Le moniteur hospitalier*, vol. 261.
- Simon M. (2012). L'évaluation nutritio et son impact sur le: codage de la t2a expérience en centre de lutte contre le cancer. *L'Information diététique*, vol. 2, p. 16-22.
- Sockeel P., Massoure M., Chapellier X., Fixot K., Delpy R., Matton T. (2009). Chirurgie précoce ou différée dans la cholécystite aiguë. la t2a va-t-elle mettre fin à la controverse ? *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, vol. 33(3), p. 349.
- Spear S. (2005). Fixing health care from the inside, today. *Harvard Business Review*, vol. 83(9), p. 78–91.
- Womack J., Jones D. (2010). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. Simon and Schuster.
- Yousri T., Khan Z., Charkrabarti D., Fernandes R., Wahab K. (2011). Lean thinking: Can it improve the outcome of fracture neck of femur patients in a district general hospital? *Injury*, vol. 42(11), p. 1234–1237.
- Zidel T. G. (2006). A lean toolbox: Using lean principles and techniques in healthcare. *J Healthc Qual*, vol. 28(1), p. 1–7.