

MOTS CLÉS

Lean management
Gestion
Partage
Optimisation
Coopération
Efficience



dossier

OPTIMISATION

L'hôpital libéré

Aujourd'hui s'installe une rhétorique autour de la notion de libération : libérer la croissance, libérer la parole, libérer les forces productives et, même, libérer le réel. Qui peut vraiment s'opposer à la libération ? Et qui libère qui et de quoi ? Désormais, c'est la mode de l'entreprise libérée qui déferle sur l'Hexagone, et nous faisons le pari qu'il existe aussi un hôpital libéré qui peut s'inviter dans le débat. De quoi parle-t-on au juste ? Comment « libérer » l'hôpital ? Et pourquoi pas avec le *lean management* ? Cette nouvelle technique de gestion fait l'objet de formations, de colloques, de publications, et les experts mettent en avant ses avantages et ses limites dans le champ hospitalier. Présenté comme un nouvel outil de réorganisation des soins ou des fonctions supports, le *lean management* peut aussi être appréhendé comme un objet de réflexion. Dans cette optique, l'ambition de cet article est triple : rappeler en quoi l'apparition du *lean management* est une conséquence du changement de modèle économique à l'hôpital ; établir les causes du conflit entre les nouvelles pratiques d'encadrement et les valeurs traditionnelles de l'hôpital public ; s'interroger sur la valeur travail en appliquant le *lean management*, non plus à un service de soin ou à une plate-forme médico-technique, mais à une direction fonctionnelle pour étudier la possibilité d'un hôpital libéré.

Les origines économiques du lean management

S'il s'est rapidement étendu aux services tertiaires (*back office*, accueil des usagers, logistique des collectivités territoriales, etc.), le *lean management* trouve sa source dans le toyotisme japonais, qui comprend un ensemble de techniques visant à l'élimination de toutes les activités qui ne génèrent pas de valeur ajoutée. C'est une méthode de gestion essentiellement concentrée vers la réduction des pertes générées à l'intérieur d'une organisation, pour une production et un rendement plus efficace. Désormais, nous trouvons dans la

Frédéric SPINHIRNY
Directeur des achats,
de la logistique et du
Développement durable
GH Necker-Enfants
Malades (AP-HP)

littérature managériale de nombreuses déclinaisons du *lean management*⁽¹⁾. Mais ce qui nous intéresse ici, c'est le lien qui existe entre contexte économique et méthode de gestion. Car le *lean management* n'est pas apparu par hasard. Dans un contexte de restriction budgétaire, le management a renforcé ses positions à travers le *lean*. En effet, si le management est issu d'un corpus doctrinal scientifique (nouvelle économie, théorie de l'agence, sciences cognitives), le *lean management* est une science de gestion tournée vers le facteur humain et la réduction des pertes dans un processus de travail. Il s'appuie notamment sur des techniques de motivation du personnel, principal facteur de défaillance. Ces nouvelles approches du travail entrent en contradiction avec les conceptions plus traditionnelles de l'administration classique que l'on nomme traditionnellement « wébérienne ». Les pratiques managériales issues de la nouvelle gestion publique (ou nouveau management public - NMP) oriente une organisation centralisée, hiérarchique, fondée sur des procédures juridiques fixes, vers la performance, les résultats, et une forme de dérégulation (*tableau 1*). Ne nous y trompons pas : c'est généralement cette forme de dérégulation qui est qualifiée de « libération ». En effet, dans l'esprit du libéralisme économique (s'appuyant lui-même sur l'idée de liberté au sens moral ce qui rend tout débat difficile

tant le mot « liberté » est connoté positivement), toute règle ou contrainte est considérée comme empêchant quelque chose de s'épanouir librement, sans frein. En somme, l'État, producteur par excellence de normes, doit progressivement s'effacer pour permettre aux forces vives de s'exprimer. Notre analyse a pour ambition d'ajouter l'élément économique aux transformations managériales. En effet, ces modes de régulation de l'hôpital n'apparaissent pas spontanément. L'administration traditionnelle est intimement liée au financement subventionné des établissements publics de santé, et les nouvelles pratiques managériales vont de pair avec la financiarisation des hôpitaux au tournant des années 2000 (tarification à l'activité, convergence public/privé, externalisation des fonctions supports, cabinet de consultants). Dans le tableau 2, nous avons essayé de traduire trois époques récentes d'une trentaine d'années qui impliquent elles-mêmes trois modèles économiques (que nous appelons « infrastructures »), dont nos pratiques de gestion à l'hôpital sont les conséquences (que nous appelons « superstructures »).

Ainsi, en fonction de la situation financière de l'établissement, le mode de gestion évolue. L'apparition du *lean management* correspond à une période de pénurie où aucune ressource n'est garantie d'une année sur l'autre, soit l'inverse de l'administration traditionnelle des hôpitaux. Ces conditions de travail questionnent les valeurs classiques d'un établissement de soin et sont généralement source de malaise, voire de conflit.

Qu'est-ce qui fait conflit aujourd'hui à l'hôpital ?

En 2003, le rapport Couanau parlait déjà de « désenchantement hospitalier » et dressait un constat inquiétant d'une « double crise morale et financière » à l'hôpital public : « Dégradation des conditions d'accueil, absence de culture de l'évaluation, désorganisation aggravée par la mise en place de la RTT, investissements sacrifiés, absence de vision stratégique, carcans administratifs, mode de financement sclérosant, difficultés à identifier l'autorité et la responsabilité à l'hôpital. » En somme, l'heure était à la remise en question. Mais de quoi au juste ?

Nous définirons ici les valeurs traditionnelles d'un hôpital comme étant « contre-productives », au sens où elles n'intègrent pas forcément un objectif de résultat efficace. En effet, une organisation de soin poursuit des buts qui ne sont pas initialement ceux choisis par l'économie de marché, qui habituent les acteurs à agir en fonction d'une logique coût/bénéfice. Pour le dire autrement, une production crée une valeur marchande, un soin soigne et crée une valeur non marchande. Sommairement, nous pouvons dégager trois valeurs à l'hôpital public :

» **l'hospitalité**, c'est-à-dire l'accueil bienveillant d'un étranger non prévu. Cette disposition d'accueil libre à tout moment (il faut laisser un couvert et un lit au cas où quelqu'un se présente), issue de la charité et des hospices, contrevient à la course au taux d'occupation ainsi qu'au ciblage de la patientèle en fonction des spécialités médicales présentes sur un établissement ;

» **le soin comme approche affective, incertaine**, et qui s'exerce sur un temps long. Cette prise en charge fondée

ENCADRÉ 1 Mythologie japonaise du lean management

Les outils sont issus de l'industrie automobile japonaise, auxquels s'ajoutent d'autres méthodes :

- **kaizen** (« changement » « bon ») : amélioration quotidien des processus) : management par les contraintes, éliminer les ressources non performantes ;
- les trois M (*muda, mura, muri*) : définissent la traque aux gaspillages les plus fréquents ;
- **kanban** : la gestion en flux tendu et l'adaptation constante au client ;
- les cinq S (*seri, seiton, seiso, seiketsu, shitsuke* [trier, ranger, nettoyer, conserver en ordre et propre, formaliser et impliquer] : l'optimisation des espaces et de l'information ;
- le benchmarking : comparaison d'unités de valeur ;
- les cinq « pourquoi » : face à un problème d'organisation, la racine du mal est identifiée après cinq « pourquoi » ;
- la méthode Six Sigma : tout ce qui se mesure peut se corriger.

TABLEAU 1 Les pratiques managériales

	Administration wébérienne	Administration NMP
Objectifs	Respecter les règles et procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le client
Organisation	Centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politicien/administrateurs	Confus	Clair
Exécution des tâches	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
Recrutement	Concours	Contrats
Promotion	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
Contrôle	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
Type de budget	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs

Source: Anne Amar, Ludovic Berthier

TABLEAU 2 Evolution... ...des techniques de production

Époque	Infrastructure	Avantage	Limite	Conséquence
Trente Glorieuses	Économie planifiée	Régularité	Système fermé	Frustration
80/90 Dérégulation	Économie de marché	Adaptation	Système contestable	Effort
Début XXI ^e crise	Économie libérale	Ouverture	Système illimité	Épuisement

...des modes de gestion à l'hôpital

Hôpital public	Superstructure	Pratique	Valeur
Dotation globale	Administration	Intendance	Contre-productive
T2A/Migac	Management	Gestion de projet	Productive
T2A	Lean management	Gestion de la pénurie	Surproductive

» ENCADRÉ 2 Quelques sources des conflits à l'hôpital

- La rationalisation des activités sanitaires et sociale : le geste de soin devient acte technique guidé par un protocole.
- Le développement du calcul et de l'efficacité dans un environnement non marchand.
- L'émergence du contrôle de gestion et d'un droit moderne, fondé sur le contrat, se matérialisant par des rapports formels et impersonnels.
- La dépersonnalisation ou fabrique de l'indifférence (on voit chez l'individu uniquement sa fonction ou sa valeur productive).
- Autonomisation (discours de la performance) et automatisation (gestion de processus et certification).
- L'individualisation des parcours amenuise la solidarité collective.

sur l'apaisement de la douleur et la convalescence, sans référence au temps médical ou paramédical nécessaire à l'acte lui-même, ne correspond plus tout à fait aux objectifs de cadence et de technicité autour du malade ;

» les fameuses lois de Rolland : égalité, neutralité et continuité du service public. Ces principes déterminent les fondements de l'hôpital public français, notamment en regard de l'évolution européenne qui tend à déréguler l'offre de soin en favorisant la valeur marchande ou l'intérêt commercial. Reconnues pour leur rôle dans la cohésion sociale, ces lois sont néanmoins questionnées pour leur manque d'adaptation face au monde moderne, et aujourd'hui la notion de service public doit évoluer au rythme du progrès technique, du développement du marché et de l'évolution des besoins des utilisateurs. Cependant, doit-on permettre un soin à deux vitesses en fonction de la capacité financière du patient ? Peut-on laisser un département sans soins de recours si les taux d'occupation des lits sont trop bas ? Pourquoi encore imposer la laïcité ? L'égalité de traitement des agents de la fonction publique est-elle juste si on rétribue de la même manière l'effort et la paresse ?

Pour nous, la plupart des conflits à l'hôpital sont les conséquences de l'introduction, dans le domaine des soins, d'une logique économique qui

n'était pas sa logique initiale. Si cette situation perdure aujourd'hui, cela signifie simplement que la révolution de la superstructure est plus lente que celle de l'infrastructure. Par ailleurs, il n'existe pas une séparation stricte entre un monde de l'économie froide et désincarné et un monde sanitaire, intimement vécu, et solidaire, et il est nécessaire d'avoir à l'esprit que nos comportements et nos modèles d'organisation sont provoqués par des déterminants économiques.

Vers un « hôpital libéré » ?

Ce que le lean management dit aussi de la valeur travail

Il s'agit donc maintenant de faire la part des choses. Si les pratiques managériales modifient nos valeurs, elles permettent également de nous interroger sur nos modes de travail. Il est en effet trop caricatural de dépeindre un âge d'or de l'hôpital solidaire et sanctuarisé, et un cauchemar de l'hôpital-entreprise. Étonnamment, même le *lean management*, souvent présenté comme la limite du modèle de gestion sous contrainte, révèle, peut-être à son insu, quelque chose de la valeur travail. De nombreuses remontées d'expérience dans les entreprises soulignent que le *lean management* peut constituer un outil d'émancipation pour les travailleurs. Bien évidemment, cela paraît contradictoire avec le discours qui voit le *lean* comme l'arme ultime de l'efficacité et du dégraissage dans les organisations. Essayons pourtant de prendre les choses qui nous arrivent positivement et inspirons-nous du questionnement de Franck Fischbach : « Est-il encore possible de penser un quelconque lien entre le travail et l'émancipation ? ⁽²⁾ »

Concrètement, l'intensification des difficultés financières pousse directeurs et cadres à considérer en priorité la production de richesses. Dans un hôpital, cela signifie la production de soin ou de prestation, c'est-à-dire les actes (soins, médico-techniques, production de dossiers, encaissements, mais aussi logistiques, repas, linge, etc.). Or, ce sont les agents les plus opérationnels qui sont les plus proches de la production de ces unités d'œuvre. Nous voyons ici une première conséquence : l'unité fonctionnelle la plus opérationnelle, et non la hiérarchie, crée la valeur à l'hôpital. Nous pourrions donc imaginer, et c'est là l'enjeu positif du *lean*, que les problèmes et les solutions peuvent être également identifiés par ceux qui maîtrisent le mieux les processus de production, et non par ceux qui les conçoivent. Deuxième conséquence : l'efficacité ne vise donc plus à réduire le nombre d'agents d'exécution mais plutôt les ratios d'encadrement. Seul un encadrement souple et tourné vers le soutien de la production est utile à l'organisation. Voici en somme ce que montrent les pratiques managériales alternatives : la responsabilité des prises de décision pour une organisation efficace incombe aux employés. Cela implique l'arrêt du système pyramidal, des pratiques égalitaires, la suppression des contrôles et des chefs, ainsi que le partage de l'information ⁽³⁾. C'est précisément ce changement qui est contenu dans ce nouveau terme « entreprise libérée ». Non pas un effacement des règles du code du travail ou un allègement des charges, mais bien le retournement des processus de prise de décision. Classiquement, il existe « une séparation de l'ouvrier et des puissances intellectuelles de la production ⁽⁴⁾ », où

NOTES

(1) Nous renvoyons ici aux articles que *Gestions hospitalières* consacre à cette question. www.gestions-hospitalieres.fr

(2) F. Fischbach, *Le Sens du social, les puissances de la coopération*, Lux, 2016.

(3) *Le Bonheur au travail*, Arte, 23 janvier 2015

(4) J. Rancière, *Les Scènes du peuple*, Horlieu Éditions, 2003.

l'encadrement dispose d'un pouvoir naturel sur l'exécution. Or, il est tout à fait possible que les agents d'exécution se réapproprient leurs propres processus de travail. Cette question est délicate, car elle présuppose une inversion culturelle dans une tradition hiérarchique encore très solide. Pourtant, le *lean management*, loin de son utilisation parfois abusive, peut engager une telle révolution en ciblant l'efficacité de la production et la réattribution de la valeur du travail à ceux qui la produisent.

Pour résumer, la révolution managériale que l'hôpital connaît depuis une dizaine d'années peut être bénéfique si elle s'opère en redistribuant la valeur du travail aux agents opérationnels, sans captation excessive par l'encadrement ou l'administration. Et c'est tout le débat sur ce que permet la fonction publique ou pas, en comparaison avec l'entreprise : comment exercer une pression sur les agents en les responsabilisant tout en leur permettant de s'approprier le fruit de leur travail et en les rétribuant sans médiation ? Prenons un exemple dans une direction logistique qui pourra s'appliquer dans n'importe quel service d'un établissement de santé.

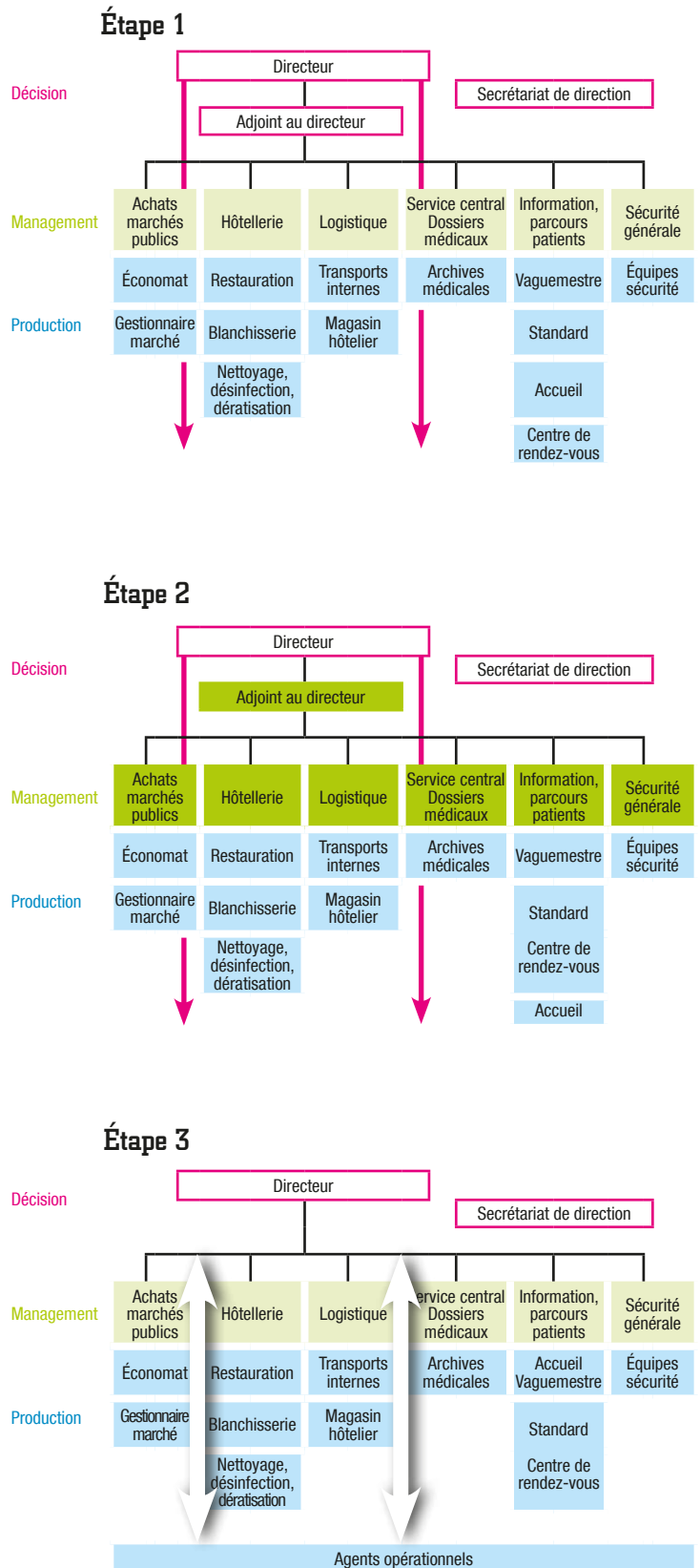
Exemple

» Classiquement, dans une direction fonctionnelle, le système est pyramidal. La décision est verticale, prend sa source à la direction pour être partagée avec l'encadrement et mise en œuvre dans les services. L'enjeu ici est de déterminer les unités d'œuvre de production dans le secteur logistique (nombre de lignes de commande aux achats, repas servis par an, tonnes de linge, surfaces nettoyées, flux logistiques, nombre de courses, gestion et délai sur les stocks du magasin, taux de décrochés, nombre d'appels, etc.). Mais également le ratio d'encadrement en fonction des unités d'œuvre de production. Une des difficultés est de déterminer ce que « produit » un directeur, un ingénieur, un technicien supérieur, un cadre, car le secteur « tertiaire » s'approche de la production de valeur non marchande, difficilement quantifiable. Pourtant nous pouvons en déterminer le nombre d'attachés d'administration pour une quantité annuelle de lignes de commandes, le nombre d'adjoints des cadres pour tant de gestionnaires, le nombre de réunions, la progression dans les dossiers, l'utilité des présences en réunion, le nombre de cadres pour x euros de dépenses d'exploitation, etc.

» Une fois réalisée la photographie de l'existant (ex : synthèse des unités d'œuvre en 2015, décomposition des dix plus grands montants des dépenses d'exploitation, nombre d'équivalent temps plein par secteur, etc.), il est nécessaire de partager les objectifs et la méthode. L'encadrement doit pouvoir s'approprier une démarche contre-intuitive, à savoir porter le discours de la direction en contrepartie d'une forme de dépossession de pouvoir vers les agents administratifs. Le directeur est là pour orienter les cadres sur les moyens d'informer au mieux les agents pour qu'eux-mêmes se réapproprient les outils de travail.

» La réorganisation passe ainsi par l'allègement des « puissances intellectuelles de la production » au profit des producteurs. Il s'agit de considérer que les experts ne sont plus ceux qui réfléchissent mais ceux qui maîtrisent les

FIGURE 1
Lean management appliqué dans une direction fonctionnelle



« La révolution managériale que l'hôpital connaît depuis une dizaine d'années peut être bénéfique si elle s'opère en redistribuant la valeur du travail aux agents opérationnels, sans captation excessive par l'encadrement ou l'administration.

moyens de production. L'encadrement redevient une contre-maîtrise inséparable de la production. Cela implique de rendre visibles les agents de production, généralement absents des organigrammes et pourtant confrontés à l'effort d'efficacité. Nous rejoignons ici ce que Franck Fischbach énonce dans sa philosophie sociale, à savoir la possibilité d'une réappropriation de la valeur travail par les travailleurs eux-mêmes. Pour le philosophe, les discours négatifs autour du travail, nous font oublier que le travail possède une puissance sociale essentielle lorsque les individus sont capables d'ériger la coopération comme méthode de production. L'entreprise libérée, si elle n'entend pas la libération comme l'entend le libéralisme économique, suit ce chemin : le dirigeant assure une véritable démocratie sociale en libérant la puissance de coopération, sans captation excessive de richesses.

Conclusion

L'hôpital libéré, est-ce réaliste ?

Soyons prudent. La mise en œuvre n'est pas aisée même si elle permet un renouvellement d'une certaine culture du travail à l'hôpital. Voici les points majeurs de notre démarche, qui peut s'appliquer à tous les services :

- » étudier l'organigramme et détailler les missions de chaque cadre ;
- » observer la redondance : présence de plusieurs cadres à une même réunion, utilité des réunions organisées, capacité à représenter la direction et ses objectifs ;
- » se passer des experts hors établissement (consultants en organisation, cabinet de conseil) et se concentrer sur les ressources en interne ;

- » partager librement la méthodologie sans arrière-pensées ;
- » parler simplement : un directeur dirige, un cadre encadre, etc.
- » ne pas se former au *lean management* : se renseigner sur les principes uniquement mais garder à l'esprit qu'il s'agit de bon sens et d'organisation d'ateliers pratiques en cas de dysfonctionnement ;
- » libérer la parole : en réunion, considérer qu'un agent a le même droit à la parole que son N+3. Finir une réunion en lui donnant la parole si l'agent ne l'a pas demandé de lui-même. Favoriser les remarques contradictoires lors d'un projet, favoriser le dissensus lors des étapes initiales ;
- » se positionner comme médiateur favorisant la stratégie et les synthèses ;
- » dessiner tout problème d'organisation en schéma simple à partager ;
- » réduire les *reporting*, participer aux ateliers pratiques comme tout agent ;
- » trouver le moyen de construire un « compris de coopération » : toute efficacité réalisée comporte une part de redistribution indirecte (favoriser l'équilibre économique de l'hôpital) et une part importante de redistribution directe vers le service.

Une fois la méthode posée, avons-nous réellement les moyens de libérer l'hôpital ? Comme pour beaucoup de nouvelles théories d'organisation, un compromis est possible, mais rarement la réalisation parfaite d'un modèle théorique. En effet, nous observons certaines limites qui sont aussi nos appuis de réflexion pour l'avenir :

- » avons-nous réellement les moyens de modifier nos organisations rapidement ?
 - » Il n'est pas évident de remplacer un discours managérial actuel tourné vers l'individualisation et la concurrence.
 - » Il faut trouver des dirigeants qui rendent possible ce type de discours paraissant affaiblir précisément leur pouvoir.
 - » Transférer le principe de décision vers l'opérationnel peut générer des tensions avec des cadres qui souhaitent justement une position hiérarchique loin de l'opérationnel.
 - » Cadres et agents peuvent ressentir le transfert de pouvoir comme un excès de responsabilité.
 - » Le modèle de l'entreprise libérée suppose une forte autonomie des cadres et des agents.
 - » Que faire des réfractaires ? L'entreprise libérée ne fonctionne-t-elle que dans de petites entreprises privées ?
 - » Comment rétribuer les agents directement dans une fonction publique où les salaires sont fixes ? Certes, il existe de l'intéressement dans les pôles, qui permet un réinvestissement pour le service. Mais cela répond généralement à des besoins en équipements ou en dépense d'intérim. La redistribution directe est difficile.
- Voilà donc notre expérience et nos interrogations. Pour conclure, il semble que nous pouvons réorienter l'efficacité du *lean management*, non pour réduire aveuglément du personnel d'exécution, mais pour assouplir les fonctions d'expertise, de conseil, et aborder les problèmes d'organisation avec ceux qui œuvrent au quotidien à produire la richesse de l'hôpital public. ●