



HAL
open science

Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé

Noura Zaghmouri

► **To cite this version:**

Noura Zaghmouri. Innovations managériales et management de proximité au sein des organisations de santé. Gestion et management. Université de Lorraine, 2019. Français. NNT : 2019LORR0194 . tel-02503543

HAL Id: tel-02503543

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02503543v1>

Submitted on 10 Mar 2020

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



École Doctorale Sciences Juridiques, Politiques,
Économiques et de Gestion

INNOVATIONS MANAGÉRIALES ET MANAGEMENT DE PROXIMITÉ AU SEIN DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

Recherche-intervention à travers l'implantation du
Lean Healthcare

Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion

Présentée et soutenue publiquement par

Noura Zaghmouri

Le 26 Novembre 2019

Membres du jury

Directeur de recherche :

Mme. Hélène Delacour, Professeur des Universités, Université de Lorraine

Rapporteurs :

Mme. Corinne Grenier, Professeur HDR, KEDGE Business School

M. Thierry Nobre, Professeur des Universités, Université de Strasbourg

Suffragants :

Mme. Sandra Dubouloz, Maître de conférences, Université Savoie Mont Blanc

M. Julien Husson, Maître de conférences HDR, Université de Lorraine

Remerciements

Au terme de cette recherche, je souhaite tout d'abord remercier Madame le Professeur Hélène Delacour, Directeur de cette recherche, qui a su m'accompagner tout au long de ce projet doctoral. Sa disponibilité et sa bienveillance m'ont permis de parvenir au terme de ce travail de recherche.

Je tiens également à remercier Madame le Professeur Corinne Grenier, Monsieur le Professeur Thierry Nobre, Madame Sandra Dubouloz et Monsieur Julien Husson qui me font l'honneur de constituer mon jury.

Je remercie l'ensemble des acteurs du Centre Hospitalier de Luxembourg qui m'ont permis, chacun à leur mesure, de m'immerger dans la réalité et la complexité de l'établissement, notamment les dirigeants de l'établissement, qui ont d'emblée été favorables à l'accueil de mon travail de recherche, en particulier Docteur Romain Nati, directeur général et Madame Monique Birkel, directrice des soins. Je remercie également les professionnels de l'Unité de Traitement de Chimiothérapie pour leur disponibilité et leur bienveillance tout au long de mon immersion au plus près de leurs activités.

Cette recherche a pu se dérouler grâce au soutien et à l'accompagnement du directeur et des membres du laboratoire CEREFIGE. J'exprime également ma reconnaissance à l'équipe administrative de l'école doctorale SJPEG, particulièrement Madame Claudel-Cecchi pour sa disponibilité et son soutien organisationnel.

Je remercie également l'ensemble des enseignants et des chercheurs, qui ont contribué par leurs réflexions, leurs travaux et leurs analyses critiques, à l'avancement de cette recherche.

Je tiens enfin à remercier mes proches qui se sont toujours montrés compréhensifs et patients, particulièrement mon époux Abdeljallil, mes enfants Ambrine, Adam, Sana et Naël. Ils sont à l'origine de ma motivation et de ma ténacité. Merci également à mes parents de m'avoir transmis le goût des challenges.

Table des abréviations

AFNOR : Agence Française de Normalisation

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BSC : *Balanced Scorecard*

CE : Commission d'Evaluation

CHL : Centre Hospitalier de Luxembourg

CIPIQ-S : Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité dans le domaine de la Santé

CNS : Caisse Nationale de Santé

COM : Conventions d'Objectifs et de Moyens

CoNA Qual-PH : Comité National de Coordination de la Qualité des Prestations Hospitalières

DMAIC : Définir-Mesurer-Analyser-Innover-Contrôler

EFQM: *European Foundation for Quality Management*

FHL : Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois

HAS : Haute Autorité de Santé

IBBL : *Integrated Biobank Luxembourg*

IO: Innovation Organisationnelle

ISO : *International Organization for Standardization*

IT : Innovation Technologique

JCI : *Joint Commission International*

JIT : *Just In Time*

LIH : *Luxembourg Institute of Health*

LCSB : *Luxembourg Center for Systems Biomedicine*

MIT : *Massachusetts Institute of Technology*

NPM : *New Public Management*

OCDE : Organisation De Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

OST : Organisation Scientifique du Travail

PDCA : *Plan-Do-Check-Act*

PDG : Président Directeur Général

PEC : Prise en charge

PHN : Plan Hospitalier National

SECI : Socialisation – Externalisation – Combinaison - Internalisation

SIPOC : *Supplier – Input – Process – Output - Customer*

TQM : *Total Quality Management*

TPM : Totale Productive Maintenance

UE : Union Européenne

UTC : Unité de Traitement de Chimiothérapie

Sommaire général de la thèse

Introduction générale	8
Partie I. Cadre théorique	19
Chapitre 1. De la qualité au management de la qualité	22
Section 1. Du concept de qualité à son application en tant qu'outil de gestion	22
Section 2. Le management de la qualité	31
Section 3. Management de la qualité et organisations de santé	38
Chapitre 2. Une innovation managériale : le <i>Lean Healthcare</i>	50
Section 1. L'innovation managériale	50
Section 2. Le <i>Lean management</i>	60
Section 3. Le <i>Lean management</i> dans le secteur de la santé : le <i>Lean Healthcare</i>	69
Chapitre 3. Les leviers managériaux du <i>Lean Healthcare</i>	77
Section 1. Un acteur clé, le manager de proximité	77
Section 2. Leviers managériaux et innovations managériales	83
Chapitre 4. Problématique – Cadre conceptuel	100
Section 1. L'état de l'art actuel	100
Section 2. La question de recherche	102
Section 3. Le cadre conceptuel	104
Partie II. Cadre méthodologique et empirique	109
Chapitre 5. Choix méthodologiques	111
Section 1. Positionnement épistémologique	111
Section 2. Choix de la méthodologie	113
Section 3. Le protocole de recherche	122
Section 4. Validité de la recherche	139
Section 5. Les risques de la recherche qualitative	140
Chapitre 6. Choix du terrain	143
Section 1. Le système de santé luxembourgeois	143
Section 2. Le Centre Hospitalier de Luxembourg	149

Partie III. Les résultats	164
Chapitre 7. La connaissance du terrain	166
Section 1. Le terrain et ses acteurs	167
Section 2. Les innovations au CHL	185
Section 3. L'identification du problème à l'origine de la recherche-intervention	190
Chapitre 8. L'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	194
Section 1. La phase de décision	195
Section 2. La phase de mise en usage	217
Section 3. La phase de poursuite de l'usage	231
Chapitre 9. Synthèse et validation des résultats	238
Section 1. La phase de décision du <i>Lean Healthcare</i>	238
Section 2. La mise en usage du <i>Lean Healthcare</i>	241
Section 3. La poursuite de l'usage du <i>Lean Healthcare</i>	244
Partie IV. Discussion	250
Chapitre 10. Discussion des résultats	252
Section 1. Des résultats confrontés au cadre conceptuel proposé	253
Section 2. Les facteurs modérant la mobilisation des leviers managériaux	264
Chapitre 11. Apports, limites et perspectives	273
Section 1. Les apports de la recherche	273
Section 2. Les limites	285
Section 3. Les perspectives	286
Conclusion générale	291

Introduction générale

A. Thématique générale de la recherche

Un hôpital en crise

« Hôpital public en crise »¹, « Grève, démissions de médecins en série...: Les urgences vont-elles droit à la catastrophe? »², « Grève aux urgences : c'est la révolte des petites mains de l'hôpital »³, etc.

« Crise », « grève », « révolte », tels sont les qualificatifs utilisés dans la presse pour commenter la situation difficile au sein des hôpitaux français. Si cette situation perdure depuis une dizaine d'années (Michot *et al.*, 2019), elle semble s'aggraver ces derniers mois avec des mouvements répétés de grève. Les professionnels de santé dénoncent une dégradation des conditions de travail liée aux restrictions budgétaires leur imposant de faire mieux avec moins et générant un sentiment d'épuisement professionnel (Belorgey, 2012).

En effet, les restrictions budgétaires se sont imposées au cours des dernières décennies face à une progression incessante des dépenses de santé (source : www.insee.fr). Cette croissance est liée, d'une part, à l'évolution des besoins de santé (prévalence des pathologies chroniques, vieillissement de la population, etc.), et d'autre part, à l'évolution de l'offre de soins et l'apparition de traitements et équipements plus performants mais également plus coûteux (Michot *et al.*, 2019). La nécessité de maîtriser les ressources et de mettre en place une contrainte budgétaire a ainsi provoqué une baisse des moyens malgré l'augmentation du volume d'activité (+16% entre 2009 et 2016) (Michot *et al.*, 2019).

Face à cette situation de crise, la question de devoir agir ne se pose plus, elle est devenue une évidence, autant pour les acteurs politiques que pour les professionnels des hôpitaux. Cependant, si les réformes se succèdent depuis plusieurs années, les difficultés et les tensions régnant au sein de l'hôpital public ne semblent pas s'apaiser.

Au-delà des réformes engagées récemment⁴, et visant entre autres une réorganisation de l'offre de soins, il nous semble essentiel de rouvrir la discussion sur l'organisation et le management des activités visant une utilisation efficiente des ressources disponibles. Nous faisons référence ici au concept d'outil de gestion, défini par David (1998, p. 44) comme un

¹<https://www.france24.com/fr/20190614-france-hopital-public-crise-cles-comprendre-urgences-sante-greves-lariboisiere-personne>

²https://www.20minutes.fr/faits_divers/2589783-20190826-greve-demissions-medecins-serie-urgences-alsaciennes-vont-elles-droit-catastrophe

³https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/08/10/greve-aux-urgences-c-est-la-revolte-des-petites-mains-de-l-hopital_5498317_3224.html

⁴LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

« *dispositif formalisé permettant l'action organisée* ». Martineau (2009, p. 36) reprend les travaux de Hatchuel et Weil (1992) décrivant l'outil de gestion comme des techniques managériales combinant « un substrat technique, une philosophie gestionnaire et une vision simplifiée des relations organisationnelles ». Les composantes techniques de l'outil s'inscrivent dans une volonté d'atteindre des objectifs définis au sein d'une structure organisationnelle identifiée. Cette complexité est amplifiée par le caractère contextuel des outils de gestion, « impactés par les lieux où ils sont implantés » (Chiapello et Gilbert, 2013, p. 79). Au sein des hôpitaux, l'implantation de modes de gestion issus du secteur privé, visant une maîtrise des ressources et une amélioration de la qualité des soins, s'est heurtée à une complexité organisationnelle.

Une implantation difficile des modes de gestion au sein des hôpitaux

En 1996⁵, la volonté politique de maîtriser les dépenses de santé a conduit à une évolution des méthodes de management à l'hôpital et à une transposition des principes de gestion issus du secteur privé au secteur hospitalier (Romatet, 2007). L'apparition de la gestion de la qualité a modifié le fonctionnement de cette organisation (Minvielle, 1999) et a induit un changement culturel et organisationnel générant des résistances (Lozeau, 2010). La redistribution des rôles et la modification des relations interpersonnelles se sont confrontées aux logiques institutionnelles et aux jeux de pouvoir associés (Martineau, 2009). De même, le cadre normatif et la standardisation des pratiques ont limité les marges de liberté et la capacité à prendre des initiatives des acteurs (Michot *et al.*, 2019) renforçant le malaise des professionnels. L'efficacité même de ce mode gestion est remis en question en révélant une corrélation incertaine entre les démarches qualité et la qualité du service délivré (El Gaied, 2010).

Néanmoins, les résultats limités du management de la qualité, ayant fait ses preuves dans d'autres contextes, en favorisant l'autonomie professionnelle par la pluridisciplinarité et la transversalité des activités (Ravignon *et al.*, 2003), nous amènent à nous interroger sur les conditions d'implantation des nouveaux modes de gestion et de management au sein des organisations de santé et les difficultés associées. En effet, face à l'urgence de gérer la crise du secteur hospitalier et à la réflexion sur les mesures d'amélioration potentielles, il convient de s'assurer de leur mise en application efficace en considérant leurs impacts relationnels et organisationnels. C'est ainsi que nous pourrions espérer de réelles améliorations au sein de

⁵Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

cette institution, qui pourra alors assurer pleinement ses missions de service public tout en redonnant aux professionnels l'envie d'y exercer.

Notre projet doctoral s'inscrit dans une réflexion sur la mise en œuvre de nouveaux modes de gestion et d'organisation au sein des hôpitaux, en envisageant leurs modalités d'application. Il est également porté par notre expérience professionnelle en tant que professionnel de santé au sein d'un établissement hospitalier situé au Grand-Duché de Luxembourg.

Le travail présenté est l'aboutissement d'une recherche initiée en septembre 2016 et menée durant trois années au cours desquelles nous avons alterné recherche théorique et recherche empirique. Afin d'explorer la mise en œuvre et le vécu de nouvelles pratiques managériales et du changement organisationnel associé, nous nous sommes immergés pendant six mois au sein d'un établissement hospitalier luxembourgeois, afin d'être au plus près des acteurs et du processus de changement.

B. Le cadre conceptuel

L'intérêt porté aux modalités de mise en œuvre de nouveaux modes de gestion et des pratiques managériales associées, au sein des organisations de santé, a progressivement orienté notre travail de recherche vers le concept d'innovation managériale. De même, suite à la revue de littérature menée et à l'identification des barrières et des facteurs de succès relatifs aux innovations managériales, nous axons notre recherche sur le rôle clé du manager de proximité.

Notre travail de recherche porte ainsi sur trois concepts interagissant les uns avec les autres : le rôle du **manager de proximité** au cours du processus **d'innovation managériale** au sein des **organisations de santé**.

Les innovations managériales

Afin d'approcher au mieux les principes de réorganisation des activités et de nouvelles pratiques managériales, nous explorons le concept d'innovation managériale s'inscrivant dans un concept unique intégrant les innovations organisationnelles, les innovations administratives, les innovations management et les innovations managériales, et renvoyant aux composantes organisationnelles, structurelles et managériales de ce type d'innovation (Dubouloz, 2013). Nous faisons le choix d'utiliser le terme innovation managériale en référence à la définition de Birkinshaw *et al.* (2008, p. 825) : « l'invention et la mise en œuvre d'une

pratique, d'un processus, d'une structure ou d'une technique de management nouveaux par rapport à ce qui est connu dans l'objectif de mieux atteindre les buts de l'organisation ».

David (1996) distingue les innovations orientées connaissances promouvant la production de connaissances, les innovations orientées relations visant une nouvelle structure organisationnelle et les innovations mixtes combinant les deux précédentes. Dans le cadre de notre recherche, nous considérons une innovation managériale mixte issue du management de la qualité, le *Lean Management*. Cette innovation porte sur une production de connaissances relatives aux principes et techniques appliqués tout en modifiant les relations en mettant à contribution l'ensemble des acteurs dans la recherche de solutions (Ohno, 1988). Elle génère une nouvelle organisation en modifiant le processus de décision et en mettant l'humain et les compétences des professionnels de terrain au cœur de la résolution de problèmes (Liker, 2004). Cette méthode a déclenché un engouement à partir des années 1990 (Jobin et Lagacé, 2014) suite à la parution du livre *The Machine that Changed the World* (Womack et al., 2012), dans lequel les auteurs la présente comme un puissant outil permettant de créer de la valeur tout en éliminant le gaspillage. Face à la nécessité de maîtriser les coûts et d'améliorer la qualité des soins, le *Lean management* a fait son apparition au sein du secteur hospitalier sous l'appellation *Lean Healthcare* (Grabau, 2018).

La littérature relative au *Lean Healthcare* présente des résultats mitigés de son application, ainsi que de nombreuses critiques l'accusant de provoquer une intensification du travail et lui prêtant l'image de méthode *cost killer* (Hasle, 2014). La divergence émergente des travaux portant sur cette innovation managériale a confirmé notre volonté de l'explorer.

Le manager de proximité

Les travaux portant sur les innovations managériales présentent le management, et plus particulièrement son manque de proximité, comme une barrière à leur diffusion (Dubouloz, 2013). Cette proximité est investie par le manager de proximité, professionnel de terrain à la fois gestionnaire et encadrant, dont les missions ont pour objectif l'atteinte de la performance (Duséhu, 2012). Dubouloz (2013, p. 139) identifie le manager de proximité comme l'« une des clés à la résistance, à la création de sens, au climat social propice » à l'implantation des innovations managériales. Acteur clé de l'accompagnement du changement (Fermon et Grandjean, 2015), il peut cependant être contraint par un faible pouvoir décisionnel associé à de nombreuses exigences entravant l'accomplissement de ses missions (Payre et Scouarnec, 2015). Au sein des organisations de santé, le faible pouvoir décisionnel du manager de proximité, provoquant un éloignement des décisions du terrain, amplifie la crise actuelle

(Michot *et al.*, 2019). Pour Guilmot et Vas (2012), il apparaît essentiel de faire évoluer cette fonction, fortement contributive à la performance de l'organisation.

Le management des innovations managériales repose sur une combinaison technique et sociale (Van de Ven, 1986). Le rôle du manager de proximité, ses pratiques et ses champs d'intervention lors du processus d'innovation managériale doivent soutenir la diffusion des nouvelles pratiques tout en accompagnant les modifications structurelles et interrelationnelles. La revue de littérature met en exergue l'identification de quatre leviers managériaux associant des compétences à des pratiques managériales couvrant ainsi les composantes technique et sociale du management des innovations managériales :

- Le leadership visant la mobilisation des acteurs vers la mise en application des nouvelles pratiques ;
- L'agilité contribuant à une adaptation contextuelle de l'innovation ;
- La création de sens favorisant la perception d'un intérêt pour les acteurs,
- La diffusion des connaissances soutenant la transmission des nouvelles compétences et pratiques.

L'innovation managériale étant liée aux spécificités contextuelles (D'Andreamatteo *et al.*, 2015), une exploration du rôle managérial implique une prise en compte des caractéristiques des organisations de santé.

Les organisations de santé

Grenier *et al.* (2019) soulignent la nécessité de considérer la complexité structurelle des organisations de santé et la pluralité des acteurs y exerçant afin de favoriser la diffusion des innovations. En effet, l'hôpital peut être qualifié d'organisation complexe au regard de la diversité des compétences, des métiers et des activités (Nobre, 2013). Au sein de cette bureaucratie professionnelle (Mintzberg, 1982), l'expertise des professionnels de santé leur confèrent une autonomie et un pouvoir de décision au regard de leurs activités. Mintzberg et Glouberman (2001) évoquent les quatre mondes de l'hôpital et les coalitions pouvant se mettre en place (cf. figure 1).

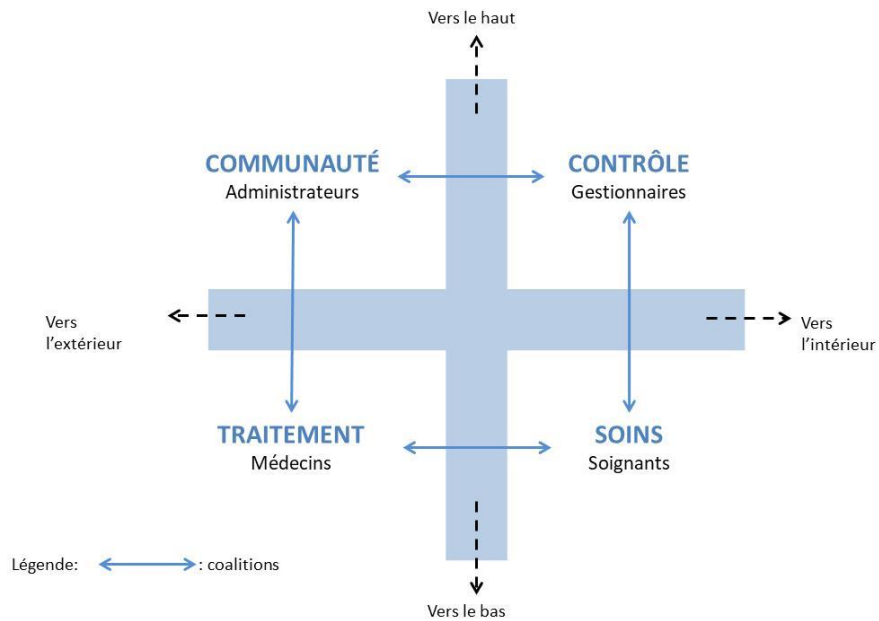


Figure 1. Les quatre pouvoirs de l'hôpital public
(Source : d'après Mintzberg et Glouberman, 2001, p. 2)

La nécessité de coopération, liée à la pluridisciplinarité et la transversalité des activités, a provoqué une évolution du mode de gouvernance⁶ dont l'un des enjeux est la volonté de « décloisonner le fonctionnement de l'hôpital » (Fray, 2009, p. 156). Cependant, les intérêts divergents et les jeux de pouvoir, ont soulevé des résistances vis-à-vis de l'application de cette nouvelle gouvernance perçue comme « une révolution culturelle et structurelle modifiant les lignes hiérarchiques et fonctionnelles » (Fray, 2009, p. 156). Malgré les efforts entrepris afin de favoriser la coopération, celle-ci reste limitée au sein de l'hôpital qui ne parvient pas à construire le faire ensemble pourtant indispensable aux difficultés persistantes.

Le cadre théorique marque ainsi l'interdépendance entre les trois concepts explorés. Les innovations managériales sont à la fois liées aux spécificités contextuelles et influencées par le management, notamment le management de proximité.

C. Problématique et objectifs de la recherche

Le constat d'une difficulté d'implantation des innovations managériales au sein des organisations santé et la mise en exergue d'une influence managériale sur ce processus d'innovation managériale ont abouti à la problématique générale de notre recherche :

⁶ Plan Hôpital 2007

Comment la mobilisation des leviers managériaux par le manager de proximité peut-elle favoriser le succès d'une innovation managériale ?

Notre recherche ambitionne de préciser les modalités d'influence du manager de proximité sur le processus d'innovation managériale au sein des organisations de santé en précisant les leviers managériaux favorisant l'adoption de l'innovation par les acteurs.

Les objectifs de cette recherche se situent à trois niveaux :

- Construire un outil méthodologique destiné aux managers de proximité les soutenant dans leurs missions portant sur le déploiement des innovations managériales ;
- Sensibiliser les dirigeants à leur responsabilité dans l'accompagnement des managers de proximité et préciser les mesures d'accompagnement adaptés ;
- Soutenir le processus de changement et les transformations organisationnelles au sein des établissements hospitaliers.

D. Méthodologie et terrain de recherche

Les choix méthodologiques résultent d'une volonté de répondre à la question de recherche tout en assurant une validité scientifique et une cohérence avec notre positionnement épistémologique, le constructivisme. Nous construisons la réalité à partir de nos interactions avec les acteurs de l'organisation. Dans ce sens, nous appliquons une recherche-intervention nous conduisant en immersion pendant six mois au sein d'un établissement hospitalier, au cœur du processus d'innovation managériale et au plus près des acteurs.

Le terrain de notre recherche est un établissement hospitalier public luxembourgeois, le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) présentant des difficultés organisationnelles justifiant l'application du *Lean Healthcare*. Le choix de ce terrain s'appuie également sur une identification de la capacité de l'établissement à mettre en place le *Lean Healthcare* à partir de l'évaluation de l'engagement de la direction et de sa détermination à impliquer les professionnels de terrain (cf. figure 2).

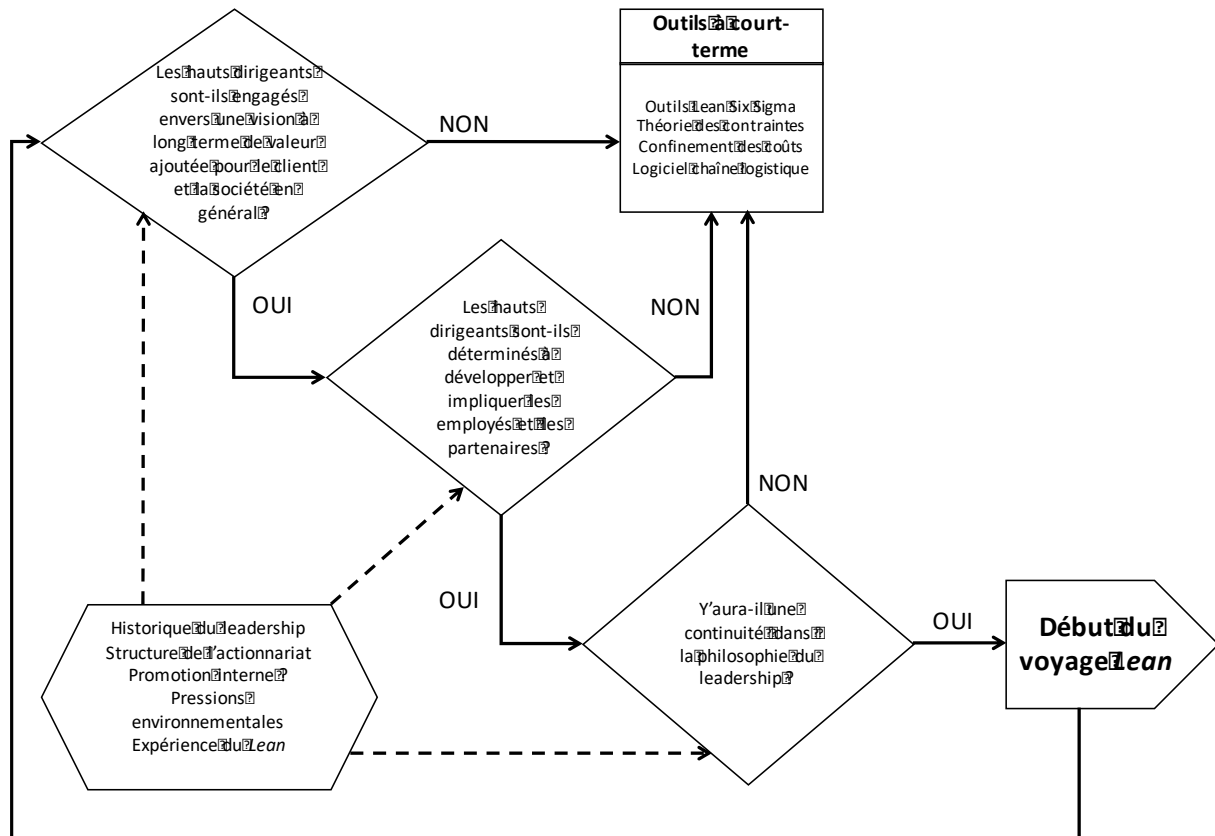


Figure 2. Évaluation de la capacité à implanter le *Lean Healthcare* (D'après Liker, 2009, p. 356)

L'intérêt des dirigeants du CHL pour les innovations de manière générale, et le *Lean Healthcare* plus précisément, a appuyé notre décision de mener notre recherche au sein de cet établissement. De même, le CHL fait valoir ses missions de recherche en accueillant régulièrement des étudiants et des chercheurs conformément aux textes de loi encadrant l'organisation et les activités des hôpitaux luxembourgeois.

E. Présentation de la thèse

Cette thèse s'articule autour de quatre parties permettant de suivre le déroulement de notre recherche.

La première partie présente le cadre théorique de la recherche. A partir du concept de qualité, nous décrivons son application en tant qu'outil de gestion dans le secteur des services et les organisations de santé dans un objectif d'atteinte de la performance (chapitre 1). L'application de ce mode de gestion induit une dynamique d'innovation soutenant une adaptation de l'organisation aux évolutions de l'environnement tout en répondant au mieux aux besoins et attentes des patients. Nous précisons ensuite le concept d'innovation en distinguant les innovations technologiques et managériales et en présentant une innovation managériale, le

Lean management (chapitre 2). Au sein des organisations de santé, le *Lean management* devient le *Lean Healthcare* visant une analyse des dysfonctionnements et la recherche de solutions par les professionnels de terrain (chapitre 3). La littérature expose des résultats mitigés de son application et met en exergue une influence managériale sur le succès de l'innovation. Ses résultats contrastés et l'identification de ses barrières et de ses facteurs de succès soulèvent une problématique de recherche portant sur les modalités de l'influence managériale sur le succès des innovations managériales (chapitre 4).

La deuxième partie de ce travail décrit le cadre méthodologique et empirique de notre recherche. A partir de notre positionnement constructiviste, nous ambitionnons de produire une connaissance à partir de nos interactions avec les acteurs de terrain en mobilisant une recherche-intervention (chapitre 5). Nous précisons ensuite le terrain de recherche, un établissement hospitalier luxembourgeois, engagé dans une dynamique d'innovations (chapitre 6).

La troisième partie porte sur les résultats des investigations menées. Nous décrivons dans un premier temps, la période de prise de connaissance du terrain et la construction de notre posture de chercheur-intervenant (chapitre 7). Dans un second temps, nous présentons le matériau recueilli au cours de chacune des étapes du processus d'innovation managériale (chapitre 8). Les résultats obtenus sont ensuite discutés et validés avec les acteurs de l'organisation (chapitre 9).

La quatrième partie clôture le travail de recherche sous forme d'une discussion. Nous confrontons les résultats des investigations menées au cadre conceptuel proposé dans la première partie de ce travail (chapitre 10). Il est ainsi possible de construire un modèle théorique répondant à la question de recherche. Nous présentons enfin les apports de cette recherche, à la fois théoriques, managériaux et méthodologiques, ses limites et ses perspectives (chapitre 11).

Au cours de la conclusion générale, nous revenons sur les objectifs de ce travail, ses objectifs, son cheminement et ses résultats. Nous évoquons également notre vécu de chercheur tout au long de cette recherche.

Partie I : Cadre théorique

INTRODUCTION DE LA PARTIE I

Notre projet doctoral émerge d'une réflexion portant sur les modes de gestion appliqués au sein du secteur hospitalier. Dans cette première partie, nous nous intéressons à l'outil de gestion actuellement mis en œuvre au sein des hôpitaux, le management de la qualité. Cette discipline, appartenant aux Sciences de gestion, associe une composante technique (les outils qualité) à une composante humaine (un savoir-être soutenant l'application des outils). Au cours de notre parcours académique en Management de la Qualité, nous avons pu explorer cet outil de gestion et ses composantes techniques et managériales. Il nous est alors apparu comme un moyen de favoriser la transversalité des activités et la collaboration des acteurs.

Au cours de notre expérience professionnelle, nous avons cependant perçu l'incompréhension et les réticences soulevées par ce mode management. Les professionnels évoquent des procédures éloignées des réalités du terrain et difficiles à appliquer au regard de leur charge de travail. Ils sont alors contraints d'adopter des pratiques n'ayant plus de sens à leurs yeux. Cette réflexion nous a alors progressivement orienté vers un travail de recherche portant sur l'application de nouveaux modes de gestion telle que l'a été le management de la qualité.

Le cadre théorique, présenté dans cette première partie, s'appuie sur une revue de littérature narrative permettant d'explorer les différents concepts mobilisés au cours de notre travail de recherche (cf. figure 3).



Figure 3. Cadre théorique de la recherche

Dans un premier temps, nous définissons le concept de qualité et présentons son application en tant qu'outil de gestion, le management de la qualité (chapitre 1). Ce mode de gestion a induit une dynamique d'innovation visant une adaptation permanente aux besoins des clients

et aux incertitudes de l'environnement. Nous développons ainsi une innovation managériale issue du management de la qualité, le *Lean management*. Cette approche est basée sur une résolution des problèmes par les opérationnels considérés comme les plus grands connaisseurs des réalités du terrain et les garants de la faisabilité des potentielles solutions d'améliorations. Cette innovation managériale a récemment investi le secteur hospitalier en prenant l'appellation *Lean Healthcare* (chapitre 2). Son implantation peut être entravée par des barrières face auxquelles le management apparaît comme un moyen de les lever. La revue de littérature permet l'identification de leviers managériaux favorisant le succès des innovations managériales en considérant le rôle du manager de proximité, objet de notre recherche (chapitre 3).

Cette revue de littérature abouti à une problématique de recherche portant sur l'influence du manager de proximité sur le processus d'innovation managériale en considérant les modalités de mobilisation des leviers managériaux favorisant l'adoption de l'innovation managériale et ainsi son succès (chapitre 4).

Chapitre 1 : De la qualité au management de la qualité

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

La dynamique d'innovation au sein des organisations trouve notamment son origine dans l'application de la qualité, qui soutient la créativité et la recherche de solutions innovantes permettant de faire face aux contraintes de l'environnement et à une concurrence accrue. Afin d'amorcer le concept d'innovation relatif à notre travail de recherche, nous définissons le concept de qualité (section 1), avant de présenter son application en tant qu'outil de gestion, le management de la qualité (section 2). Nous précisons enfin les modalités de mise en œuvre du management de la qualité au sein des organisations de santé, contexte de notre recherche (section 3).

Section 1. Du concept de qualité à son application en tant qu'outil de gestion

Depuis plusieurs années des chercheurs ont axé leurs travaux sur le concept de qualité. Il en résulte une littérature riche nous permettant de proposer une définition de ce concept. Nous présentons dans un premier temps l'historique de la qualité, puis sa gouvernance, ce qui nous permet d'appréhender son application en tant qu'outil de gestion, le management de la qualité.

1.1. Le concept de qualité

1.1.1. Historique de la qualité

Les considérations relatives à la qualité datent d'il y a plusieurs siècles (Jouslin, 1990). Pour exemple, le Code d'Hammourabi⁷ (texte juridique babylonien daté d'environ 1750 avant JC) « imposait des règles en matière de contrôle de la qualité des produits finis » (Jouslin, 1990, p. 15). Nous ne revenons volontairement pas sur un historique lointain du concept mais développons son essor dans le secteur industriel à partir de la fin du XIX^{ème} siècle, lorsque la qualité est devenue une discipline liée à la gestion des entreprises à part entière. L'intérêt est de mettre en exergue l'évolution du concept au cours de l'histoire permettant d'aboutir à sa définition actuelle.

Dès 1920, Shewart, ingénieur et chercheur américain, met en place des méthodes de contrôle statistique au sein d'une usine (*Bell Telephone Laboratories*) de Hawthorne aux Etats-Unis, permettant d'appréhender les variations et la variabilité de la production (Gogue, 2005). Le

⁷ Le roi Hammourabi fut, vers 1750 avant J.C., le fondateur de l'empire babylonien.

contrôle qualité ne fait alors pas référence au client. A cette période, d'après Taylor (1856-1915), ingénieur américain fondateur de l'Organisation Scientifique du Travail (OST), la qualité est évaluée en phase finale de production suite aux trois étapes d'un processus : spécifier, exécuter, contrôler (Bernoux, 2014).

La situation de reconstruction d'après-guerre (années 50) amène les Etats-Unis à repenser le concept de qualité. Les théoriciens de la qualité tels que Juran, Feigenbaum et Deming, chercheurs américains, intègrent la place du client dans ce concept (Reeves et Bednar, 1994). Ils préconisent aux entreprises américaines de privilégier le contrôle sur le mode d'organisation (procédures, circuits, documents, manuel qualité, système d'obtention de la qualité) plutôt que directement sur les pièces fabriquées.

Les séminaires de Shewart servirent de base aux conférences que Deming, devenu un spécialiste des statistiques, donna au Japon à partir de 1950 à la demande du ministère américain de la guerre (Juran, 1995). Deming diffuse les idées proposant une réflexion en amont du processus afin d'améliorer la qualité des produits. En cette période de reconstruction, les japonais sont convaincus de la nécessité de la gestion des ressources et démontrent un intérêt poussé pour les théories présentées par Deming qu'ils appliquent. Les experts japonais ont développé et structuré les approches de démarche qualité avec une dynamique d'amélioration continue s'imposant à l'ensemble des acteurs de l'organisation. L'atteinte de la qualité est anticipée par le contrôle des différentes étapes de production (du bien ou du service). Le Japon devient alors une importante puissance économique. En 1960 a émergé le concept d'assurance qualité dont la définition est, selon l'International Organization for Standardization (ISO) : « la partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites » (NF EN ISO 9000 : 2015, Systèmes de management de la qualité – Principes essentiels et vocabulaire, p.15). La notion de client s'associe au concept de qualité. Les préoccupations de l'organisation s'orientent vers une satisfaction des exigences qualité des produits délivrés ou services prestés au client.

Les idées de Deming ne rencontrent pas d'intérêt aux Etats-Unis jusqu'en 1980, lorsque les industriels américains se trouvent confrontés à une concurrence intense des produits électroniques venant du Japon (Jouslin, 1990). Ils se tournent alors vers le modèle japonais et appliquent les théories de Deming.

Cette évolution a abouti à la définition actuelle de la qualité qui est, d'après la norme NF EN

ISO 9000 : 2015 (2015, p. 2) relative au management de la qualité, « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences. Les exigences du client correspondent à ses besoins et ses attentes explicites et/ou implicites. La qualité s'appuie ainsi sur une identification des parties prenantes, et de leurs besoins et attentes et vise la satisfaction du ou des clients.

Afin d'uniformiser les pratiques relatives à ce concept à un niveau national, européen et international, un système de gouvernance a été instauré.

1.1.2. Gouvernance de la qualité

Par gouvernance de la qualité, nous considérons les instances nationales, européennes ou internationales assurant l'élaboration et la diffusion de normes, référentiels, etc., relatives à la qualité et permettant une uniformisation des pratiques et un langage commun. Ces instances ont pour mission de guider et cadrer la mise en œuvre de la qualité. L'application d'un référentiel peut représenter une injonction légale ou réglementaire, ou être la décision propre d'une organisation souhaitant accéder à une méthodologie reconnue.

Parmi les instances internationales les plus représentées, l'*International Organization for Standardization* (ISO) est une « une société de droit privé (...) qui rassemble des associations de normalisation d'une centaine de pays » (Gogue, 2005, p. 51). L'ISO fut initiée en 1946 par les délégués de 25 pays ayant la volonté de créer une organisation internationale afin d'uniformiser les normes industrielles⁸. Elle a depuis publié plus de 22 215 normes internationales dans les domaines de la technologie et de l'économie. L'ISO, dont le secrétariat central est à Genève, est maintenant composée de membres représentant des organisations nationales de normalisation de 160 pays. Ses membres, experts issus des pays représentés, élaborent des normes par un processus de consensus. Cette standardisation permet des règles équitables facilitant le libre-échange au niveau international. En 1987, l'ISO a élaboré la norme ISO 9000 relative au système de management de la qualité et présentant des exigences permettant au champ de la qualité de s'inscrire de « manière consensuelle au sein de celui du management des organisations » (Lérat-Pytlak, 2002, p. 104). La dernière version de cette norme fut diffusée à partir de 2015. Ce référentiel soutient les démarches d'audit et de certification, définie comme « une procédure destinée à faire valider par un organisme indépendant le respect du cahier des charges d'une organisation par une entreprise. C'est un processus d'évaluation de la conformité qui aboutit à l'assurance écrite

⁸ www.iso.org

qu'un produit, une organisation ou une personne répond à certaines exigences »⁹.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons au modèle EFQM (*European Foundation for Quality Management*), appliqué par les organisations constituant notre terrain de recherche. Ce modèle, élaboré et diffusé par la fondation européenne EFQM, repose sur le principe suivant : « *La satisfaction du client, la satisfaction du personnel et l'intégration à la vie de la collectivité sont obtenus par la fonction de leadership, la politique et la stratégie, la gestion du personnel, les ressources et les processus, aboutissant en définitive à d'excellents résultats opérationnels* » (EFQM, 1997, p. 9). L'EFQM a été fondée en 1988 par 14 entreprises européennes convaincues de l'avantage concurrentiel induit par les principes issus de la qualité, avec l'appui de la commission européenne et compte aujourd'hui plus de 700 membres¹⁰. Son objectif est de proposer un cadre méthodologique pour permettre aux entreprises d'évaluer leur niveau de qualité et de s'améliorer.

Notre terrain applique également les principes déclinés par la *Joint Commission International* (JCI), commission internationale fondée en 1994 basée aux Etats-Unis¹¹ et spécialisée dans les activités prestées par les organisations de soins de santé. La JCI décrit les pratiques optimales permettant d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins délivrés.

Ces différents organismes évoluent de manière parallèle et proposent des référentiels normatifs propres pouvant être appliqués de façon complémentaire. Ces référentiels constituent un support méthodologique tout en permettant une reconnaissance externe du système de management de la qualité.

Comme nous l'avons évoqué dans cette section, la qualité est passée d'une méthode *a posteriori* à une méthode d'anticipation pouvant être appliquée en tant qu'outil de gestion et permettant le pilotage de l'organisation : la démarche qualité (Jouslin, 1990). Au-delà de la satisfaction client, il s'agit de repenser le fonctionnement de l'organisation. Il n'existe actuellement pas de définition normalisée de la démarche qualité (Lozeau, 2010). Elle dépend du contexte au sein duquel elle est déployée (Reeves et Bednar, 1994). Nous abordons dans la partie suivante ses caractéristiques ainsi que ses modalités d'application en tant qu'outil de gestion.

⁹ www.iso.org

¹⁰ www.efqm.org

¹¹ www.jointcommissioninternational.org

1.2. La démarche qualité en tant qu'outil de gestion

La démarche qualité, en tant qu'outil de gestion, correspond à une description des moyens mis en œuvre afin d'atteindre la satisfaction du client et les objectifs stratégiques définis par l'organisation. Elle peut être contrainte par un cadre réglementaire et normatif ayant des répercussions sur le fonctionnement de l'organisation.

Après avoir défini le concept d'outil de gestion, nous présentons l'application de la qualité en tant qu'outil de gestion.

1.2.1. L'outil de gestion

Moisdon (1997) reprend les travaux de Chandler (1977) afin de présenter l'historique des outils de gestion. Ceux-ci sont déployés à partir du milieu du XIX^{ème} siècle avec la création des grandes entreprises. Ils étaient initialement en lien avec la comptabilité, puis leur usage s'est diversifié à partir de l'approche scientifique du travail de Taylor puis, d'après les travaux de Fayol, en se rapportant à l'outillage administratif. Moisdon (1997, p. 7) définit l'outil de gestion comme la « formalisation de l'activité organisée ». Il permet ainsi d'organiser les personnes et les choses dans l'espace et dans le temps, et détermine les comportements et les pratiques. Chiapello et Gilbert (2013, p. 32-35) proposent une définition d'un outil de gestion en lui associant trois dimensions :

- La dimension fonctionnelle, qui définit sa fonction, son objectif ;
- La dimension structurelle, qui repose sur sa matérialité, sa structure ;
- La dimension processuelle, qui décrit sa mise en application, son appropriation, son adaptation.

Les dimensions fonctionnelles et structurelles renvoient aux finalités de l'outil et à ses qualités intrinsèques. La dimension processuelle est, quant à elle, propre à l'organisation et à ses acteurs. L'outil de gestion est ainsi caractérisé par son objectif, ses propriétés matérielles (sa structure) et son application liée à sa construction et à son appropriation. Il repose à la fois sur sa conception, qui définit ses propriétés, et sur son adaptation à l'organisation, soit son appropriation par les acteurs. Il est ainsi caractérisé par l'écart entre les pratiques recommandées et les pratiques réelles et devient alors contextuel

Afin de mieux concilier ces deux approches, Martineau (2009) cite les travaux de chercheurs (Perriault, 1988 ; De Sanctis et Poole, 1994 ; Vitalis, 1994 ; Orlikowski, 2000) qui ont proposé d'adapter l'outil à la volonté du concepteur (qui souhaite définir les comportements et les pratiques) simultanément aux besoins de l'utilisateur (qui peut avoir un libre-arbitre dans

l'application des pratiques préconisées). Moisdon (1997, p. 7) insiste sur le fait que la construction d'un outil de gestion doit viser sa finalité. Il doit amener les acteurs de l'organisation à « raisonner sur les fonctionnements dans lesquels leur action s'inscrit ».

Pour Dreveton (2008, p. 125), il est essentiel de prendre en compte la représentation des acteurs relative à l'outil de gestion, « l'interaction entre l'outil de contrôle [de gestion] et les représentations des acteurs est un facteur de succès des processus d'instrumentation ».

Au-delà de la conception de l'outil, pouvant s'appuyer sur un système normatif, il s'agit de comprendre comment les conditions de sa conception et ses caractéristiques intrinsèques vont permettre son appropriation au sein de l'organisation, soit sa dimension processuelle.

La démarche qualité, en tant qu'outil de gestion, s'inscrit au sein des évolutions économiques des pays industrialisés (Bonnet, 1996). Face à la concurrence et à la nécessité de maîtrise des coûts, elle permet une utilisation efficiente des ressources.

La finalité de la démarche qualité est l'atteinte des objectifs stratégiques (Moisdon, 1997). La stratégie définie sur le long terme est déclinée sur le court terme afin d'ajuster continuellement les actions d'amélioration déployées (cf. figure 4). Elle sous-tend une quête permanente d'efficience par une démarche d'amélioration. Ce système de management permet à l'organisation de se positionner dans une dynamique de progrès.

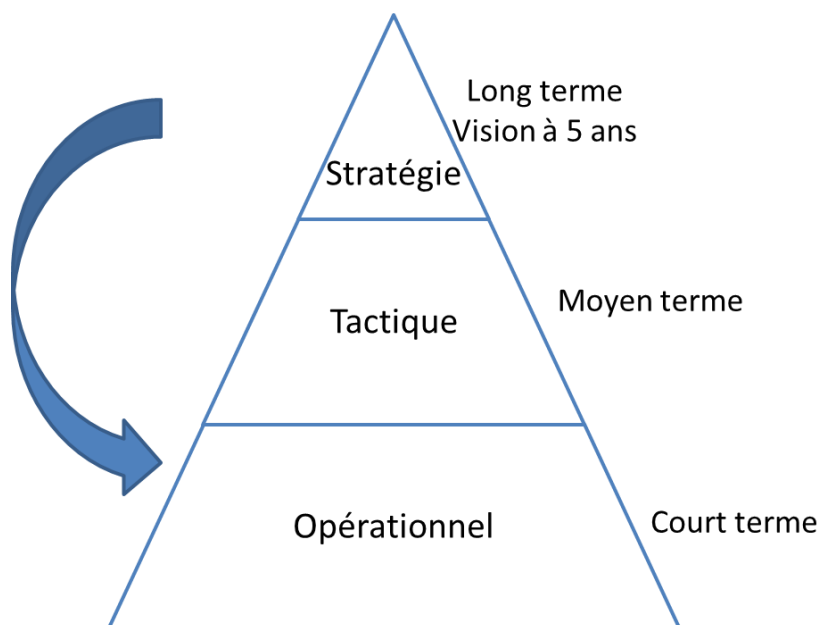


Figure 4. La démarche qualité : de la stratégie à l'opérationnel
(Source : adapté de Lorino, 2003, p. 10)

Les dimensions fonctionnelles et processuelles de l'outil sont formalisées par un outil de pilotage (contrat d'objectifs et de moyens, etc.). L'opérationnalisation de la stratégie est associée à une déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs opérationnels, dépendants de l'environnement externe, et ne pouvant être définis que pour un délai court (6 mois à un an) (Kaplan et Norton, 2007). Les indicateurs associés aux objectifs permettent d'évaluer le niveau d'atteinte des objectifs. Cela permet d'organiser les moyens et les ressources, de planifier et de prioriser les actions nécessaires aux résultats visés et aux axes d'amélioration les plus significatifs.

Les référentiels relatifs au système de management de la qualité, tels que la norme NF EN ISO 9000 : 2015, permettent aux entreprises de structurer leurs activités selon des exigences définies, ou objectifs qualité. Ils s'appuient sur une cohérence entre la stratégie de l'organisation et son déploiement au niveau opérationnel. Une autoévaluation (ou audit interne) conduit à détecter les non-conformités et à définir des plans d'amélioration. La certification représente la dernière étape de l'implantation d'une démarche qualité.

La norme NF EN ISO 9000 : 2015 décrit les étapes de mise en œuvre d'une démarche qualité correspondant à des exigences :

- Définir l'objet de l'organisme,
- Définir et communiquer la/les politiques de l'organisme,
- Déployer des objectifs cohérents et mesurables,
- Déterminer les processus de l'organisme,
- Définir les activités et les séquences des processus,
- Définir les responsabilités des processus,
- Définir la documentation des processus,
- Définir les activités de surveillance et de mesure de l'efficacité des processus,
- Mesurer et améliorer les performances,
- Mettre en place une amélioration continue.

La démarche qualité s'appuie sur une formalisation et une description des pratiques en vue de les améliorer (Dubost, 2014). Cependant, cette pratique peut se révéler inefficace si la production de documents ne repose pas sur une interrogation sur les pratiques (par la détection des non-conformités) et une volonté d'amélioration. De nombreux travaux ont d'ailleurs montré comment des démarches imposées mènent souvent à des mesures cosmétiques sans réel impact sur les pratiques (Staw et Epstein, 2000).

Ce constat renvoi une nouvelle fois à l'application de l'outil et à son adaptation. Son application par les dirigeants doit intégrer une adaptation à leur organisation afin de soutenir l'appropriation par les acteurs. Il s'agit de la dimension processuelle de l'outil.

Afin de comprendre la démarche qualité, nous présentons la méthodologie permettant de l'appliquer.

1.2.2. Méthodologie de la démarche qualité

L'implantation de la démarche qualité implique une méthodologie rigoureuse correspondant à l'application d'outils et d'approches. Ces derniers ont progressivement évolué afin d'optimiser les différentes étapes de production d'un bien ou d'un service, en prévenant les risques potentiels et en visant la satisfaction du client.

A partir de la prise en compte des attentes et de la satisfaction des clients, la recherche de la qualité constitue un enjeu majeur des entreprises qui intègrent dans leur management les concepts de qualité totale et de modèle d'excellence.

L'évaluation de la qualité (à partir de la satisfaction du client, de l'identification de dysfonctionnements, etc.) rapportée aux objectifs fixés par la direction donne lieu à l'instauration de mesures correctives. La méthodologie se réfère alors aux outils qualité. Parmi ces outils, le PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) ou roue de Deming (cf. figure 5) caractérise le principe d'amélioration continue basé sur quatre temps d'une démarche de progrès : *Plan Do Check Act* (Moen et Norman, 2006).

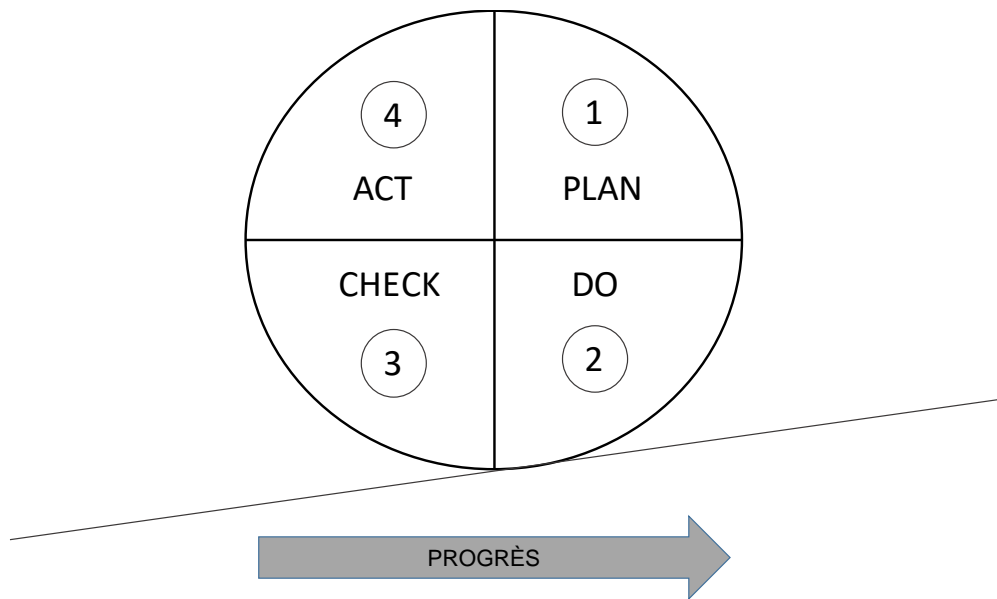


Figure 5. La roue de Deming
(Source : Moen et Norman, 2006, p. 7)

Les quatre étapes de la Roue de Deming sont :

- L'étape *Plan* (planifier) : l'écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée (les objectifs) amène les acteurs à élaborer des plans d'action en y associant les ressources nécessaires ;
- L'étape *Do* (faire) : le plan d'action est mis en œuvre ;
- L'étape *Check* (évaluer) : l'efficacité des actions sur les objectifs définis est évaluée ;
- L'étape *Act* (agir) : les actions efficaces sont formalisées et standardisées. Cette étape permet l'émergence d'une nouvelle situation et une réactivation des étapes de la Roue de *Deming*.

Cet outil illustre le raisonnement associé à l'application de la démarche qualité. Moen et Norman (2006) décrivent l'émergence de cet outil au cours de l'histoire et son appropriation par Shewart¹² en 1939 puis Deming¹³ en 1950. Il repose sur le principe que la qualité d'un produit ou d'un service n'existe pas dans l'absolu et relève d'un processus d'amélioration continue pour l'organisation qui cherche continuellement à s'améliorer dans une quête permanente de l'excellence.

Ces outils de la qualité sont associés à une nouvelle approche managériale que nous développons dans la section suivante.

¹² Physicien et statisticien américain (1891-1967)

¹³ Statisticien américain (1900-1993)

Section 2. Le management de la qualité

La norme NF EN ISO 8402, chapitre 3.7, définit le management de la qualité comme « un mode de management d'un organisme centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client, et à des avantages pour tous les membres de l'organisme et de la société ». Le management de la qualité intègre l'ensemble des parties prenantes (internes et externes) dans la définition de ses objectifs. Il repose sur une philosophie d'amélioration continue visant à atteindre les objectifs stratégiques fixés par la direction. Le manager pilote la déclinaison des objectifs opérationnels (ou qualité) nécessaires à l'atteinte de la performance au niveau opérationnel et assure des missions de reporting. Charleux et Guaquère (2006, p. 20) présentent la qualité comme « un levier managérial puissant » conditionné par une application progressive et une préparation du contexte ».

Nous présentons, dans un premier temps, comment ce mode de management constitue une remise en question et une évolution managériale majeure, avant d'aborder ses difficultés contribuant à l'intérêt de notre recherche.

2.1. Une évolution managériale

La qualité implique l'application d'un modèle managérial adapté. Plusieurs approches de la qualité se sont succédées au cours de l'histoire : l'assurance qualité, la qualité totale ou *Total Quality Management* (TQM) et le management de la qualité (Guaquère et Charleux, 2004). Elles ont été associées à un modèle managérial spécifique.

L'assurance qualité, présentée précédemment (paragraphe 1.1.1), a fait son apparition dans les années 1960 et était caractérisée par une séparation de la conception et de l'opérationnalisation, correspondant à un management scientifique. Le TQM, considéré comme l'application la plus poussée de la qualité, lui a ensuite succédé. Ce concept, né au Japon en période d'après-guerre, est défini comme « la qualité qui concerne à la fois le respect des attentes des clients-utilisateurs, le produit et le service, le fonctionnement de l'ensemble de l'entreprise et les relations entre ses services, la participation à l'action et la qualité de vie de ses collaborateurs » (Archier, 1991, p. 55). Il consiste en une adoption de la démarche qualité au sein de l'ensemble de l'organisation (Evans et Lindsay, 2002).

Son arrivée rompt avec les principes de l'Organisation Scientifique du Travail (OST) développés par Taylor où le manager apparaît comme un organisateur. Les cercles de qualité,

principe issu du TQM, ont mis en exergue une philosophie managériale basée sur le volontariat, une démarche participative, une liberté d'expression source de créativité, l'accès à l'information, l'engagement de la hiérarchie et une méthodologie rigoureuse. Cette démarche est basée sur l'implication et la contribution de l'ensemble des acteurs. Le management participatif, popularisé par Archier et Sérieyx (1984), incite les dirigeants à appliquer des règles de gestion (décloisonnement par actions de communication, comportements d'animation, création de lieux d'échange, formation des salariés). Malgré la disparition des cercles qualité (Chevalier, 1991), ceux-ci ont contribué à une modification des techniques managériales. Alter (2015) explique cet échec relatif à l'inadaptation du contexte, une organisation insuffisamment prête à remettre en question sa pyramide hiérarchique et son processus de décision.

Dans les années 1990, le management de la qualité s'appuie sur le principe de management par objectifs (Guaquère et Charleux, 2004). Il se décline sous forme de contrats permettant de concilier maîtrise des coûts et résultats (contrats d'objectifs et de moyens). Le manager est amené à piloter ses processus en visant la satisfaction des clients tout en privilégiant l'efficience.

Le tableau 1 présente le management associé à l'évolution des approches qualité : l'assurance qualité, la qualité totale et le management de la qualité.

Tableau 1. Correspondance entre approches qualité et modèles managériaux
(Source : d'après Guaquère et Charleux, 2004, p. 53)

Approche qualité	Management associé
<p>Assurance qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation des procédures de travail - Service qualité - Plan de contrôle qualité 	<p>Management scientifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méthode définie considérée comme la meilleure - Conception des méthodes séparée des opérationnels - Supervision et sanction hiérarchique
<p>Qualité totale et cercle de qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'innovation - Valorisation des résultats - Participation des cadres de proximité - Les cercles qualité comme lieux d'apprentissage 	<p>Management participatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte des idées des individus ou des groupes - Mise en valeur et encouragement de la personne - Animation de petits groupes de travail - Développement de la formation
<p>Management de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La direction définit la politique qualité et s'engage - Approche processus et priorité donnée aux résultats - Pilotage de la qualité sur la base de données fiables et objectives - Amélioration continue 	<p>Management par objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La direction définit des objectifs généraux de l'entreprise - Les objectifs sont définis en termes de résultats à atteindre - Les objectifs sont exprimés quantitativement de façon à permettre leur évaluation - Evaluation et ajustement

Après une approche axée sur la participation des acteurs (TQM) et une valorisation des opérationnels, le management de la qualité remet la direction au pilotage de la gestion de la qualité.

Parallèlement à ces modifications managériales, le management de la qualité a conduit à une restructuration des organisations et à une évolution des relations hiérarchiques.

2.2. Une évolution des relations hiérarchiques

La mise en place d'une démarche qualité contribue à un « processus d'aplatissement de la hiérarchie » (El Gaied, 2010, p. 2). El Gaied (2010, p. 12) soutient que « l'élaboration de la 'doctrine qualité' pose sur la création de nouvelles fonctions dans l'organisation ainsi que sur une redéfinition des rôles ». Nous assistons ainsi à une restructuration organisationnelle modifiant les rôles de chacun et les relations interpersonnelles. Les relations hiérarchiques évoluent avec une redistribution des rôles et une révision des pratiques telles que le management participatif.

Dans les organisations orientées qualité, on parle de « pyramide inversée » (cf. figure 6) (Susslund, 1996). La hiérarchie soutient les opérationnels dans les activités nécessaires à l'atteinte de la vision alors que dans les organisations traditionnelles, les opérationnels appliquent les directives de leur hiérarchie.

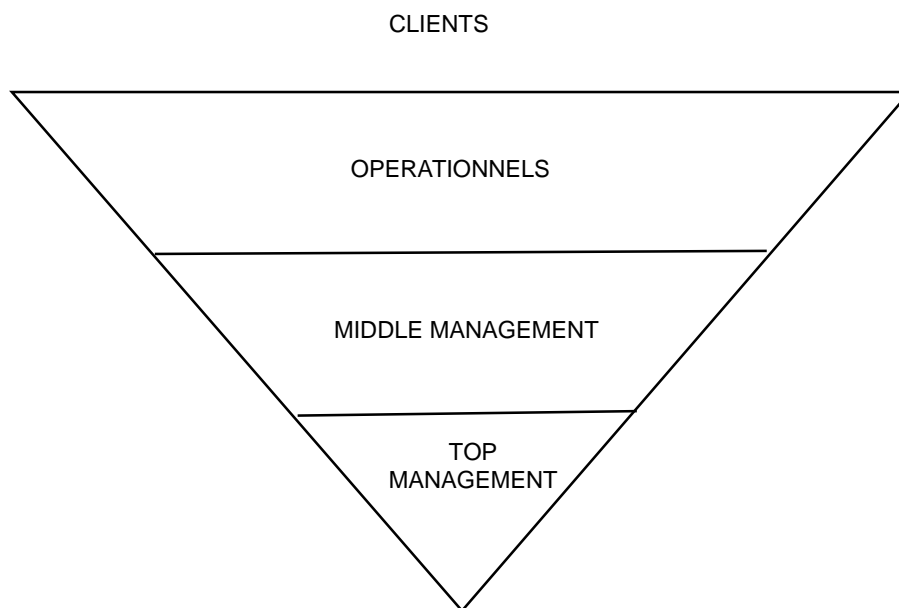


Figure 6. La pyramide inversée
(Source : Susslund, 1996, p. 128)

La pyramide inversée remet en cause le processus de décision et la répartition usuelle du pouvoir décisionnel au sein des organisations (cf. figure 7).

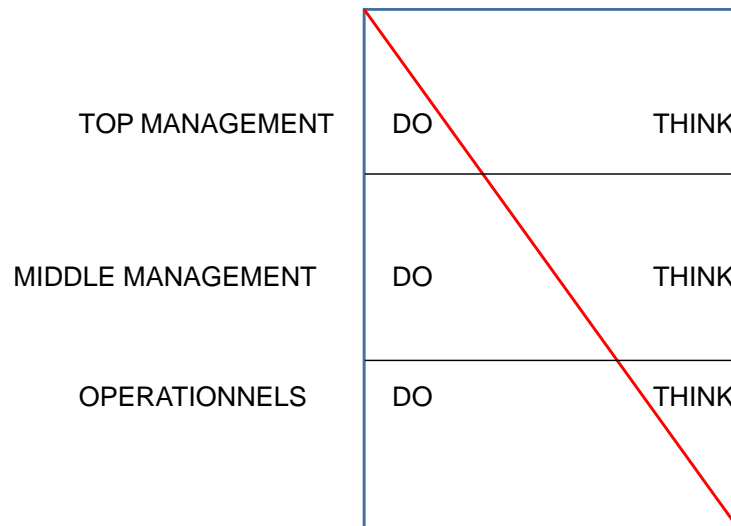


Figure 7. Répartition usuelle du pouvoir décisionnel

Sussland (1996) reprend les principes de la qualité totale qui encouragent l'expression des idées à tous les niveaux de l'organisation. Dans ce climat, la direction ne cherche pas des coupables, elle reste focalisée sur les causes des dysfonctionnements.

Au cours des projets d'amélioration continue, des groupes de travail composés d'opérationnels et managers peuvent être mis en place. Les buts et les moyens sont définis de manière collaborative entre le management et les opérationnels. La direction soutient ces groupes, en les conseillant, qui l'informent régulièrement de l'avancement du projet. Boltanski et Chiapello (1999) soulignent l'impact de la qualité et de la logique projet sur le sentiment d'appartenance. La notion de service disparaît, les frontières professionnelles s'atténuent et les relations hiérarchiques sont modifiées.

Sussland (1996) souligne que malgré les efforts consacrés à l'implantation de la qualité au sein des organisations depuis plusieurs décennies, ceux-ci ont souvent été consacrés à une utilisation d'outils mais sans réelle réflexion sur la dimension humaine indispensable à l'application et la réussite de ce mode de management puissant. Une boîte à outils qualité ne se révèle pas suffisante pour un management de la qualité. Leur choix doit se faire par le contexte et la finalité souhaitée (reposant sur la stratégie de l'entreprise), et un accompagnement du changement doit être instauré.

Nous percevons ainsi les spécificités du management de la qualité qui place l'individu au centre de l'organisation et requiert des compétences managériales techniques et humaines. L'application de cet outil de gestion et le changement associé génèrent des difficultés que nous développons.

2.3. Les difficultés du management de la qualité

Les travaux de Lozeau (2010) soulignent les difficultés d'implantation des démarches qualité et présentent le management comme une des principales conditions du succès.

Malgré les avantages liés à son application, la démarche qualité peut se révéler une mise en conformité sans réelle remise en question du fonctionnement de l'organisation (Lozeau, 2010). Dubost (2014) évoque les injonctions normatives amenant les professionnels à appliquer des pratiques conformes aux recommandations mais sans réelle réflexion sur le sens de leurs pratiques.

De même, si la gestion de la qualité conduit à une modification des pratiques, elle provoque des modifications structurelles et interrelationnelles. Les restructurations organisationnelles et le développement d'une structure transversale ont modifié les relations hiérarchiques entre les acteurs entraînant un processus d'adaptation (El Gaied, 2010) pouvant favoriser les jeux de pouvoir et induire des résistances importantes (Lozeau, 2010). Il en a résulté un changement organisationnel défini par Friedberg (2009) (préface de Pichault, 2013) comme un processus social complexe faisant intervenir des jeux d'acteurs.

Face à ce changement culturel et organisationnel (Minvielle, 1999), les acteurs doivent alors percevoir sa nécessité.

Les caractéristiques du changement induit sont présentées par Merdinger-Rumpler et Nobre, (2011, p. 52) à partir des travaux de Lewin (2005), fondateur du premier courant relatif au changement et basés sur la dimension psycho-sociale du fonctionnement de l'organisation. Ils décrivent « les mécanismes d'apprentissage et la dimension cognitive des routines organisationnelles pour définir le déroulement d'un processus de changement en trois étapes » :

- L'étape de dégel (*Unfreezing*) : la situation actuelle est remise en question par une réflexion sur les représentations des acteurs ;
- La phase de transition (*Mooving*) : un processus d'apprentissage permet une évolution collective vers l'acceptation de nouvelles pratiques et d'un nouveau mode de fonctionnement ;
- La phase de stabilisation (*Refreezing*) : les nouvelles pratiques sont institutionnalisées.

Le processus de changement, provoqué par le management de la qualité, repose sur une reconnaissance de sa nécessité encourageant l'adoption des nouvelles pratiques devenant

des pratiques courantes, des routines. Le changement doit s'appuyer sur une déconstruction avant la reconstruction.

Les auteurs précisent cette description du changement en évoquant les travaux de Vandangeon-Derumez (1998) qui introduit les notions d'intentionnalité du changement (volontaire ou imposé) et de diffusion (progressif ou brutal). Les étapes du changement sont redéfinies dans les termes de maturation, déracinement et enracinement. L'auteure présente ainsi deux types de changement :

- Le changement prescrit : la vision de l'avenir est claire, les décisions sont prises par les personnes clés et appliquées par les acteurs.
- Le changement construit : induisant une vision incertaine de l'avenir, l'objectif est de développer l'organisation en laissant une liberté d'action aux acteurs.

Selon son mode d'application, la démarche qualité peut constituer un changement prescrit, lors d'une démarche de certification, ou construit, si l'organisation applique un management par la qualité favorisant la prise d'initiatives. Le vécu de ce changement et son accompagnement différeront qu'il s'agisse de l'un ou l'autre.

C'est donc un changement culturel qui doit être impulsé par les directeurs et accompagné par les managers (Gogue, 2005). En tant que soutiens des acteurs, ils accompagnent le déploiement de la qualité et contribuent à son succès. Gogue (2005) insiste sur le temps nécessaire à l'apprentissage des méthodes de management de la qualité qui combinent apports théoriques et expériences pratiques.

Cependant, les missions des managers liées à l'opérationnalisation de la qualité sont souvent compromises par les activités de gestion du quotidien. Detchessar et Grevin (2009) décrivent la notion de gestionnisme, correspondant aux activités de gestion, et la considère comme un piège pour le manager qui ne prend plus suffisamment de distance afin de se concentrer sur les objectifs opérationnels du service. Grevin (2012) reprend le concept de « macromanagement » développé par Mintzberg (2011) qui conduit les responsables à un interminable travail de gestion et de mesure de la performance qui ne leur laisse plus le temps de manager le travail sur le terrain.

Au cours de notre recherche, nous explorons l'approche managériale du management de la qualité au sein d'un contexte organisationnel précis, les organisations de santé.

Section 3. Management de la qualité et organisations de santé

L'implantation de la qualité au sein des organisations de santé s'est faite progressivement à partir de la fin des années 1990 et est liée à la nécessité d'une maîtrise des coûts (Contandriopoulos *et al.*, 2000). Nous présentons dans un premier temps les spécificités des organisations publiques de santé, puis explorons l'implantation du management de la qualité au sein de ces organisations.

3.1. Les organisations publiques de santé

3.1.1. Présentation des organisations publiques

Les organisations publiques sont gérées par l'Etat et délivrent une prestation de service public tout en tenant compte de l'intérêt général et des besoins spécifiques des usagers (Charleux et Guaquère, 2006) (cf. figure 8). Toutes les actions doivent s'inscrire dans une prise en compte de l'intérêt général.

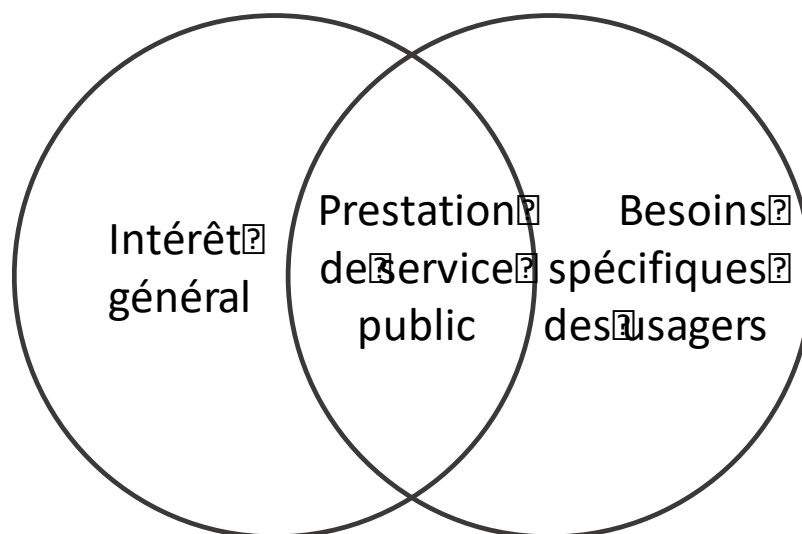


Figure 8. La qualité dans le secteur public
(Source : Charleux et Guaquère, 2006, p. 56)

El Gaied (2010, p. 176) décrit les principes régissant le service public : la « continuité », l'« égalité » et la « mutualité ». Les services publics, orientés vers une satisfaction des besoins du public, sont ainsi tenus de fonctionner « de manière régulière et continue, dans des conditions égales pour tous » (El Gaied, 2010, p. 176). Ces principes le fonctionnement des organisations publiques visent une accessibilité et une uniformité des services prestés.

Dans le cadre de notre recherche, nous portons notre réflexion sur un type précis d'organisations publiques : les organisations de santé, devant répondre à des besoins

spécifiques (les besoins de santé de la population), tout en délivrant des prestations de service public financées par l'Etat et considérant l'intérêt général, soit l'ensemble de la population. Leur stratégie doit ainsi porter sur les intérêts individuels et collectifs s'inscrivant dans une politique nationale ayant des priorités en termes de santé publique (Fermon et Grandjean, 2015). Nous pouvons citer l'exemple du coût élevé lié aux complications de certaines pathologies ayant amené certains gouvernements à développer les actions de prévention mises en place par les organisations de santé.

3.1.2. Présentation des organisations publiques de santé

3.1.2.1. La structure des organisations de santé

D'après Mintzberg (1982), la structure des organisations est constituée de cinq éléments :

- Le noyau opérationnel, qui assure la production de biens et de services ;
- Le sommet stratégique, qui veille à l'efficacité du noyau opérationnel ;
- La ligne hiérarchique, qui assure le lien entre le noyau opérationnel et le sommet hiérarchique ;
- La technostucture, composée d'analystes servant le travail des acteurs (élaboration des processus de travail, etc.) ;
- Les supports logistiques, qui apportent un soutien fonctionnel.

Afin d'identifier le fonctionnement d'une organisation, nous nous appuyons sur l'analyse de Mintzberg (1982, p. 23) qui présente la manière dont les activités sont réalisées et divisées en tâches distinctes à partir de mécanismes de coordination : « l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des produits et la standardisation des qualifications ». L'ajustement mutuel souligne la nécessité d'une coordination entre acteurs, les standardisations renvoient à une uniformisation des pratiques, des compétences et des activités. Par ailleurs, l'organisation des activités implique une « supervision directe » que nous assimilons au management.

Ainsi, Mintzberg (1982) définit cinq composantes d'une structure organisationnelle :

- La structure simple, caractérisée par une supervision directe et une centralisation des décisions ;
- La bureaucratie mécaniste, marquée par une standardisation des processus de travail, une spécialisation verticale et horizontale et une centralisation importante ;
- La bureaucratie professionnelle, reposant sur une standardisation des qualifications, un noyau opérationnel clé, une spécialisation horizontale et verticale, une

décentralisation ; un environnement complexe et stable et un système technique non sophistiqué ;

- La structure divisionnalisée, basée sur une standardisation des produits, une forte ligne hiérarchique, des systèmes de contrôle et une décentralisation ;
- L'adhocratie, marquée par un ajustement mutuel, une faible formalisation des comportements un fort soutien fonctionnel, une spécialisation horizontale élevée.

Cette configuration permet de positionner l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle. Nobre (1999, p. 2) précise cette caractérisation en citant la standardisation des qualifications basée sur « la formation et la socialisation », et une autorité liée au « pouvoir de la compétence ». De plus, les professionnels de santé bénéficient d'une certaine autonomie dans la réalisation de leurs activités en raison d'une expertise poussée et de savoirs spécifiques liés aux domaines de compétence.

De même, les hôpitaux peuvent être qualifiés d'organisations pluralistes au regard de la diversité de compétences et de métiers y exerçant.

3.1.2.2. Une organisation pluraliste

Les travaux de Denis *et al.*, (2007) et de Glouberman et Mintzberg (2001) mettent en exergue la complexité de l'hôpital, en soulignant la pluralité de culture, les intérêts divergents et le côtoiement de communautés de pratiques définies comme des « des lieux où se construisent en permanence des modèles locaux, des représentations partagées, des jargon » (Cohendet *et al.*, 2003). L'hôpital peut ainsi être caractérisé d'organisation pluraliste (Denis *et al.*, 2002), les décisions se négocient plus qu'elles ne s'imposent. Des jeux de pouvoir et un affrontement d'idées conditionnent son fonctionnement.

Gheorghiu et Moatty (2013) présentent les trois pouvoirs de l'hôpital : médical, soignant et administratif. Si les médecins recrutent les patients, les directions soignante et administrative mettent à disposition les ressources. D'après El Gaid (2010, p. 259), « la structure de tout hôpital repose sur une double légitimité, médicale d'une part, gestionnaire, d'autre part ». De plus, les différentes catégories de professionnels (médicaux, paramédicaux et administratifs) marquent une hiérarchie interne divisée.

Cette interdépendance des pouvoirs et la coopération nécessaire ont provoqué une évolution de la gouvernance centrée sur une collaboration médico-soignante et favorisant le décloisonnement de l'hôpital (Fray, 2009). Cette collaboration s'est accompagnée d'une

contractualisation renforçant la configuration divisionnelle des hôpitaux, au sens de Mintzberg (1982), par la mise en place d'un contrôle par l'évaluation des résultats (Vallejo *et al.*, 2015).

La stratégie des hôpitaux est influencée par cette complexité, à la fois au niveau de sa déclinaison en externe (services rendus aux clients) et en interne (fonctionnement de l'organisation). Nobre et Haouet (2011, p. 106) reprennent les travaux de Mintzberg (1982) et évoquent un « sommet stratégique (...) fortement dépendant de la base opérationnelle dans ses prérogatives stratégiques, ce qui entraîne une incertitude quant à l'identification des auteurs effectifs de la stratégie ». Si la stratégie émane des dirigeants, les acteurs de terrain peuvent l'influencer.

Cette organisation a connu au cours de ces dernières décennies une évolution des modes de gestion appliqués.

3.1.3. La gestion des organisations publiques de santé

De nouvelles formes de gestion, comme le *New Public Management* (NPM) ou Nouvelle Gestion Publique, ont investi les organisations publiques (Halgland, 2003). Originaire des pays anglo-saxons au cours des années 1980-1990, l'objectif du NPM est de prester des services de qualité, tout en favorisant l'efficience, grâce à l'application de principes et d'outils tels la séparation des instances de pilotage et le niveau opérationnel, une transparence relative à la qualité et aux coûts et une implication des usagers dans l'évaluation des services prestés (Chappoz et Pupion, 2012).

Belorgey (2010, p. 9) définit le NPM comme un « paradigme d'action publique » axé sur une adoption des principes de gestion privé au sein des organisations publiques, soit une rationalisation et un objectif d'efficience. Ces nouveaux principes de gestion doivent cependant préserver les spécificités liées aux caractéristiques des missions de service public (Romatet, 2007).

L'application de nouveaux modes de gestion au sein des organisations publiques est justifiée par une maîtrise nécessaire des ressources liée à son financement public et à une exigence de plus en plus accrue des usagers, bénéficiaires ou clients (Bartoli, 1997). Les établissements publics sont ainsi soumis à une obligation de résultats, la performance, liée à l'évaluation de la qualité des services prestés.

En appliquant ces outils de gestion au sein des organisations de santé, nous avons assisté à une transposition des principes de gestion issus du secteur privé au secteur public, et à l'arrivée du management de la qualité dans les années 1990 (El Gaied, 2010).

3.2. Les objectifs du management de la qualité au sein des organisations de santé

3.2.1. Performance et qualité

En tant qu'outil de gestion, le management de la qualité vise l'amélioration des performances de l'organisation. Pour une meilleure compréhension des motivations liées à son application, il nous paraît nécessaire de développer le concept de performance, fortement lié au concept de qualité, propre aux organisations de santé et à leur complexité structurelle.

D'après, Rouhana et Van Caillie (2008, p. 4), la performance des organisations de santé « rassemble les concepts de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des services de santé ». Elle renvoie ainsi à des objectifs de résultats (la qualité et l'efficacité), mais également à des objectifs de ressources allouées (l'efficience) (Bourguignon, 2000). La diversité de ces objectifs induit un caractère subjectif et multidimensionnel de la performance qui peut être évaluée grâce aux indicateurs de performance. Ceux-ci constituent de véritables outils d'aide à la décision permettant une gestion efficiente des ressources et une régulation des activités (Fermon et Grandjean, 2015). Il devient alors pertinent de prendre en considération les moyens et les ressources disponibles lors de définition de ses objectifs stratégiques.

L'instauration et la publication des indicateurs permettent une comparaison entre établissements, et internationale, facilitée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'UE (Union Européenne) et l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) (Teelken, 2008).

Le versant qualité de la performance se réfère à la satisfaction du patient (Le Pogam *et al.*, 2009). Celle-ci conditionne la pérennité de l'organisation, un client non satisfait diffuse un sentiment négatif pouvant nuire à la survie de l'organisation. Le Pogam *et al.* (2009) reprennent Olivier (1981) pour qui la satisfaction du client repose sur une comparaison subjective entre le produit ou service attendu et le produit ou service reçu. La dimension cognitive de la satisfaction est expliquée par le principe de non-conformation (Collin-Lachaud *et al.*, 2005) qui représente l'écart entre la performance et un standard défini. Cette dimension est reprise par l'Agence Française de Normalisation (AFNOR) qui présente le cycle de la qualité (cf. figure 9) reposant sur une adéquation entre le point de vue des clients et le point de vue de l'entreprise. Elle se mesure à partir des écarts relatifs aux versants suivants de la qualité :

- La qualité attendue par le client : elle correspond à ses besoins et ses attentes,
- La qualité perçue par le client : elle relève de ses attentes et de la qualité délivrée,
- La qualité voulue par l'organisation : elle repose sur des critères établis,

- La qualité délivrée et reçue par le client.

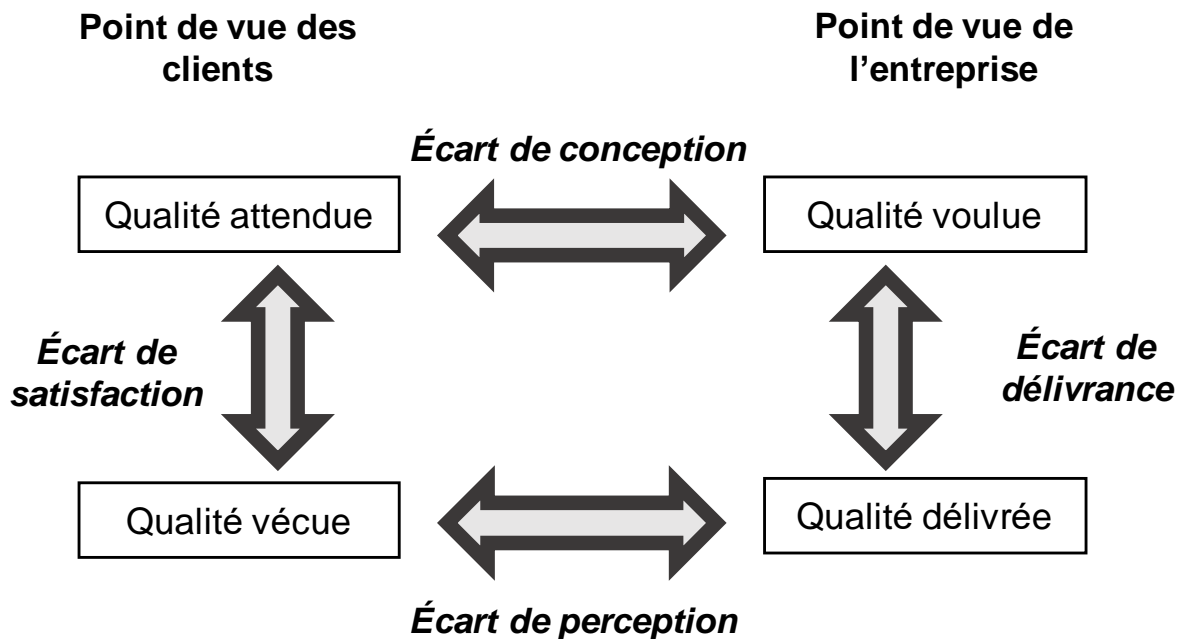


Figure 9. Cycle de la qualité
(Source : AFNOR FD S 99-132 - Avril 2000)

Afin de réduire les écarts de conception, perception, délivrance et satisfaction, les acteurs de l'organisation doivent développer une écoute client. La réduction des écarts de délivrance nécessite des démarches d'amélioration continue visant l'optimisation des processus et l'application de méthodes de résolution de problèmes.

La performance des hôpitaux est liée au niveau de qualité des hôpitaux, visant la satisfaction du patient et de son entourage, intimement dépendant de la qualité des soins délivrés (Garnerin *et al.*, 2001).

3.2.2. La qualité des soins

Différents courants ont défini le concept de qualité des soins de manière complémentaire associant des facteurs organisationnels (coordination des soins) et une expertise professionnelle (Deming, 1986). L'institut de médecine américain définit la qualité des soins comme des services de santé permettant d'atteindre les meilleurs résultats de santé possibles en fonction des connaissances actuelles (Or et Com-Ruelle, 2008). Elle correspond à un concept complexe combinant des facteurs organisationnels à des pratiques professionnelles, en vue d'obtenir une amélioration de l'état de santé. Une amélioration organisationnelle contribuera à une amélioration des résultats de santé.

Lozeau (2010, p. 68) décrit le caractère multidimensionnel de la qualité des soins selon trois dimensions :

- La conformité aux normes ;
- L'orientation client axée sur la satisfaction client et un décloisonnement de l'organisation ;
- L'excellence, liée au principe d'amélioration continue, qui « s'actualise par l'appropriation des processus de travail et la formation par habilitation (*empowerment*) du personnel rendues possibles par un style de gestion post-bureaucratique soutenant l'innovation ».

Cette proposition de Lozeau (2010) combine le caractère normatif lié aux certifications, la recherche de la satisfaction du patient et la mise en place d'une dynamique d'amélioration continue.

De même, Donabedian (1988) souligne l'évaluation et l'amélioration de la qualité des soins à partir de la mesure. Il propose ainsi une typologie basée sur des indicateurs chiffrés portant sur (cf. figure 10) :

- La qualité structurelle : les ressources humaines et matérielles ;
- La qualité des processus ou les actions réalisées : les pratiques professionnelles ;
- La qualité des résultats : les résultats permettent une comparaison avec les objectifs fixés et décrivent le niveau de performance de l'organisation.

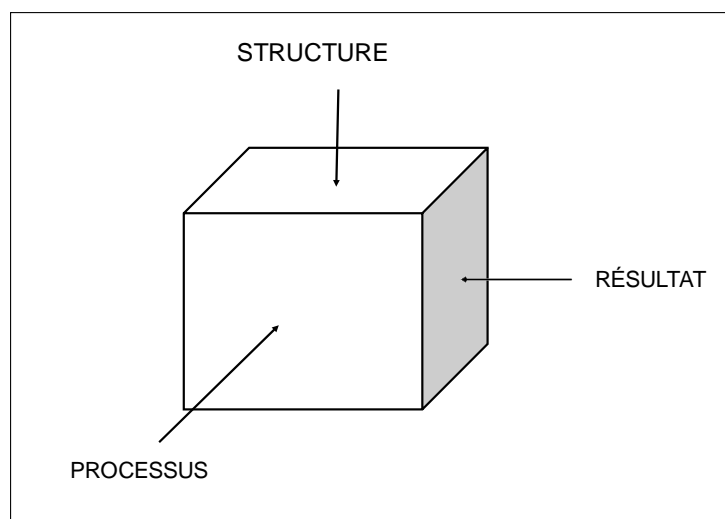


Figure 10. Modèle de Donabedian : trois points de vue sur la qualité des soins
(Source : Donabedian, 1988, p. 1744)

La qualité processuelle telle que décrite par Donabedian (1988) est associée à une qualité structurelle et la mise à disposition des ressources nécessaires.

La gestion de la qualité et l'application de variables d'ajustement stratégiques, telles que les parcours de soins et les processus, permettent une régulation des activités.

3.2.3. La gestion de la qualité, un système de régulation

Dans le secteur de la santé, le management de la qualité vise une efficacité des soins prestés. Il s'agit d'obtenir la meilleure qualité au moindre coût par une meilleure gestion des ressources. C'est une contrainte majeure à laquelle sont confrontés les managers. Minvielle (2003, p. 168) soulève une interrogation : « la réduction ou la modération des coûts ne se traduisent-elles pas par des soins de moins bonne qualité ? ». Le management doit alors viser l'efficacité sans léser le niveau des prestations délivrées.

Minvielle (2013, p. 83) présente la gestion de qualité comme un « système de régulation de la qualité des soins » constituant un « objectif à part entière du système de santé ». Il justifie son adoption par différents constats tels que la diversité des pratiques, la sécurité des patients, une utilisation adaptée et efficace de l'offre de soins. La sécurité (sécurité des soins, pharmacovigilance, identitovigilance, escarres, chutes, etc.) est devenue un enjeu majeur des établissements de santé comme le souligne Minvielle (2013).

La gestion de la qualité représente ainsi un système de régulation initié par les pouvoirs publics basé sur l'optimisation des activités à valeur ajoutée et la suppression des activités à non-valeur ajoutée. Une utilisation efficace des ressources et la maîtrise des coûts sont devenues un enjeu majeur. Comme exemples d'application de démarche qualité en tant qu'outil de pilotage, nous pouvons citer : le travail sur l'amélioration des blocs (élargissement des plages d'utilisation, limitation du temps entre deux interventions, affectation optimisée des équipes d'intervention), la mise en place des parcours de soins permettant coordination et fiabilité, la sécurité des protocoles médicaux, etc. Elle favorise également la transparence de ces organisations publiques dont le fonctionnement repose sur un financement public.

D'un point de vue de l'établissement, la qualité peut renforcer le caractère bureaucratique des hôpitaux et le pouvoir du sommet stratégique. Minvielle (1999, p. 66) écrit que « la qualité vient légitimer une forme de pilotage de l'établissement » en devenant un moyen de contrôle pour la direction. En assurant des missions de *reporting* à partir de la mesure d'indicateurs, les managers informent les membres de la direction du fonctionnement et de l'activité de leur service. Ces indicateurs deviennent des outils d'aide à la décision pour les dirigeants

(affectation des ressources, etc.). La qualité permet également une évaluation des activités de chaque service à partir de critères de conformité définis. L'auteur évoque une « politique centralisée de la qualité. Elle y est en même temps bureaucratisée, au sens d'une élimination de tout risque d'arbitraire dans l'application de ces règles » (Minvielle, 1999, p. 64).

La qualité peut également être associée à des démarches de certification ou d'accréditation imposées par le cadre légal (obtention d'agrément) ou décidées par une organisation dans l'intention d'une reconnaissance externe (ISO 9001, etc.) (Laufer et Burlaud, 1980). En France et au Grand-Duché de Luxembourg, les instances publiques ont souhaité imposer l'application des démarches qualité et de certification au sein des organisations de santé afin d'améliorer l'efficacité de ces formes organisationnelles, de favoriser la transparence tout en contrôlant les dépenses.

Si le management de la qualité au sein des organisations de santé semble justifié au regard de ses objectifs, son application révèle des limites.

3.3. Limites et facteurs de succès de l'implantation de la démarche qualité à l'hôpital

La culture professionnelle des professionnels de santé repose sur une communication orale, un engagement personnel et des convictions intimes (Dubost, 2014) qui sont autant de facteurs influençant la création d'une action collective.

3.3.1. Les limites

Rouhana et Van Caillie (2008) évoquent les difficultés d'intégration des concepts de performance, de qualité, d'efficience et d'efficacité au sein de ces organisations en les confrontant à de nombreux paradoxes tels qu'une nécessaire réduction des coûts face à une obligation de résultats de plus en plus importante. De même, les enjeux divers et les différences structurelles fondamentales (logiques professionnelles, etc.) ont créé des appréhensions à l'application des outils du secteur privé au sein du secteur public (Rouhana et Van Caillie, 2008).

En effet, l'implantation des démarches qualité est soumise aux logiques institutionnelles existant au sein des hôpitaux (Martineau, 2009). A partir de travaux de recherche antérieurs (Bartoli, 1997 ; Forcioli, 1999 ; Lozeau, 2010 ; Poirier, 1999 ; Sampieri, 1999), Lozeau (2010, p. 69) présente la complexité des centres hospitaliers publics confrontés à une « structure duale » partagée entre cliniciens et non-cliniciens et une structure bureaucratique

« hiérarchisée et lourdement réglementée, où peu d'espace est accordé aux initiatives ». L'auteur reprend également les constats de Mintzberg (1982) liés aux spécificités de la profession médicale, telles que l'autonomie et l'expertise, pouvant avoir des conséquences sur l'organisation. Une fracture identitaire peut révéler un rapport de forces entre médecins et administratifs. Des conflits peuvent également exister entre professions médicales et soignants (Martineau, 2009). Il en résulte ainsi des intérêts divergents influençant l'implantation des démarches qualité dans un climat souvent tendu.

De plus, la prise d'initiative est souvent limitée, les dirigeants placent leur priorité dans les actions permettant de répondre aux exigences de conformité définies par la gouvernance au détriment des actions d'amélioration liées aux initiatives du personnel. Cela peut induire une résistance et un blocage des acteurs, notamment des médecins (Fermon et Grandjean, 2015) et mener à l'échec de l'implantation des démarches qualité. El Gaied (2010) évoque cette résistance des médecins lors des démarches qualité et l'explique par le rôle privilégié des médecins et leurs difficultés à se soumettre à un contrôle accru. En effet, ces nouveaux modes de management sont associés à une « volonté de renforcer le contrôle des managers sur les professionnels, au moyen d'instruments d'évaluation et de pilotage de leur activité » (Bezes *et al.*, 2011, p. 308).

Face à ces limites, et afin de favoriser le succès de cette démarche, il semble essentiel de prendre en compte les facteurs de succès.

3.3.2. Les facteurs de succès

Parmi les facteurs de succès, Minvielle (1999, p. 66) cite : « le consensus sur le diagnostic des problèmes, l'adaptation de modes de gestion reconnus ailleurs aux spécificités de l'activité hospitalière, la nécessaire flexibilité avant d'engager la mise en place de procédures internes systématiques, l'évaluation de l'impact du changement sur un ordre social préexistant, la négociation du changement avec ceux qui devront le mettre en œuvre ». L'application de la démarche qualité doit ainsi être préparée en amont de son implantation en l'adaptant à la complexité des hôpitaux. Les décisions doivent reposer sur le consensus, le changement doit être accompagné et les dirigeants doivent faire preuve d'agilité.

De plus, la mise en œuvre efficace de cet outil de gestion nécessite son appropriation, prolongement de l'adoption (Martineau, 2009) qui peut être différente selon les acteurs. Martineau (2009, p. 8) décrit cinq types d'usage de l'outil de gestion : « l'application, le rejet, le déplacement, l'adaptation et le détournement ». Son usage dépend de différents critères

tels que « les propriétés instrumentales de l'artefact », « les caractéristiques des individus » ou selon « le service hospitalier considéré ». L'auteur insiste sur la nécessité de reconnaître les types d'usage et d'identifier les causes. L'appropriation dépend ainsi de l'outil en lui-même, des acteurs et du contexte.

De nombreux efforts restent ainsi à entreprendre sur l'application des démarches qualité notamment sur l'accompagnement au changement prescrit. Des supports ont été mis en place par des organismes nationaux, notamment par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui propose une application du concept de qualité aux organisations de santé (Boulogne *et al.*, 2002).

Sibé *et al.* (2012) associent le contexte organisationnel au management dans le succès ou l'échec de la qualité dans les hôpitaux. Sussland (1996) reprend les constats de Deming, selon lesquels 85% des problèmes d'une entreprise seraient liés au management. Avant toute démarche d'amélioration continue, il est essentiel d'analyser le contexte organisationnel, de définir le type de changement et les restructurations induites afin d'accompagner efficacement ce changement.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Ce premier chapitre a pour objet de présenter l'application du management de la qualité au sein des organisations de santé et ses objectifs visant une amélioration de la performance et de la qualité des soins. Cependant, la complexité de ce type d'organisation, liée, entre autres, à la pluralité d'acteurs y exerçant, a provoqué des difficultés et des résistances lors la mise en œuvre de ce nouveau mode de gestion.

Cette première partie consacrée à l'implantation de la qualité, en tant qu'outil de gestion, au sein des organisations de santé permet d'orienter progressivement notre réflexion vers le concept d'innovation. En effet, au-delà d'une amélioration de la performance, la démarche qualité modifie la culture d'entreprise en favorisant l'apprentissage, la créativité et l'innovation. D'après Gogue (2005, p. 50), « le management de la qualité provoque (...) une dynamique d'innovation » et Lozeau (2010) souligne que l'amélioration continue doit être soutenue par une gestion favorisant l'innovation.

Nous poursuivons ainsi notre travail de recherche par une exploration du concept d'innovation managériale en abordant un cas précis issu des principes du management de la qualité et ayant récemment investi le secteur de la santé : le *Lean management*.

Chapitre 2 : Une innovation managériale : le Lean Healthcare

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

Le concept d'innovation constitue le cœur de notre réflexion et de notre recherche. Tabatoni (2005, p. 9) assimile l'innovation à « un voyage, une course relais, toujours compétitive, sur une route aventureuse ». Cette description nous immerge au sein d'un processus complexe nécessitant de la ténacité et une adaptation à l'incertitude, dans lequel l'humain représente un moteur incontestable. Alter (2015, p. 1) reprend les travaux de Schumpeter et compare l'innovation à une « destruction créatrice », s'appuyant sur des éléments contextuels pour aboutir à une situation souhaitée.

Au cours de ce chapitre, nous présentons un type d'innovation, l'innovation managériale (section 1), objet de notre recherche en nous orientant ensuite vers une innovation managériale précise, le *Lean management* (section 2). Nous précisons enfin son application au sein des organisations de santé en tant que *Lean Healthcare* (section 3). Cette exploration permet une identification de ses aboutissements. Si elle a pu générer de vifs succès, elle est également à l'origine de situations sociales difficiles. Nous souhaitons alors aborder cette ambivalence à travers les facteurs pouvant influencer son devenir.

Section 1. L'innovation managériale

Cette première section a pour objet de présenter le concept d'innovation managériale. Après avoir défini le concept d'innovation, nous précisons son versant managérial, ses barrières et ses facteurs de succès. Nous revenons ensuite aux spécificités de ce concept en lien avec le contexte de notre recherche.

1.1. L'innovation

Alter (2015, p. 7) définit une innovation comme un processus permettant de « transformer une découverte, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux en de nouvelles pratiques ». L'invention est diffusée au sein de l'organisation, adaptée et adoptée en devenant une innovation. S'inspirant des travaux de Schumpeter, Alter (2015) décrit le processus d'innovation comme une succession de séquences permettant son adoption :

- Elle débute par la modification des habitudes par quelques individus ;

- Puis, un phénomène d'imitation est déclenché suite à l'intérêt démontré de ces nouvelles pratiques ;
- Enfin, les nouvelles pratiques sont adoptées et deviennent des routines.

Elle est toujours initiée par un nombre réduit d'acteurs qui soutient son intérêt et se confronte à des contraintes sociales propres à l'organisation. Une fois ses atouts démontrés et compris, elle peut être adaptée et enfin adoptée.

Différents types d'innovation sont décrits dans la littérature (Alter, 2005 ; Dubouloz, 2013) : l'innovation organisationnelle (IO), consistant à mettre en place quelque chose de nouveau dans une organisation afin d'en améliorer sa performance (Hage, 1999), et l'innovation technologique (IT).

Dubouloz (2014) reprend les travaux d'Armbruster *et al.* (2008), Birkinsha,*et al.* (2008), Damanpour et Aravind (2012) et Edquist *et al.* (2001), afin de définir l'innovation organisationnelle en opposition à l'innovation technologique. L'auteure souligne le « caractère multi-forme » de ce type d'innovation couvrant « les nouvelles pratiques managériales, les nouvelles stratégies, procédures, politiques et structures organisationnelles » Dubouloz (2014, p. 61). Dans la littérature, l'innovation organisationnelle peut prendre l'appellation d'innovation administrative, innovation management ou innovation managériale. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous nous intéressons au versant de l'IO se référant aux nouvelles pratiques managériales et choisissons d'utiliser l'appellation d'innovation managériale, tout en faisant référence à des travaux utilisant les terminologies d'innovation organisationnelle, innovation management et innovation administrative.

1.2. L'innovation managériale

1.2.1. Définition

Dubouloz (2013, p. 122) présente deux versants de l'innovation organisationnelle :

- L'IO comme un soutien des activités liées à l'IT, en référence aux travaux de Damanpour (1991), Damanpour et Evan (1984) et Kimberly et Evanisko (1981).
- L'IO comme la mise en place de nouvelles pratiques, méthodes managériales, structures organisationnelles, en référence aux travaux de Armbruster *et al.* (2008), Birkinshaw *et al.* (2008), Damanpour et Aravind (2012) et Damanpour et Evan (1984) et Evan (1996) permettant d'améliorer les performances de l'organisation.

Cette innovation peut ainsi supporter une innovation technologique ou constituer une innovation distincte portant sur de nouvelles pratiques, un nouveau mode de management ou une nouvelle structure. De même, la notion de nouveauté peut être propre à l'organisation (Dubouloz, 2013). De nouvelles pratiques ayant été appliquées par d'autres organisations constituent une innovation pour une organisation les appliquant pour la première fois.

Le concept d' « innovation management » ou « innovation managériale » a été développé par Hamel *et al.* (2006), fondateurs de l'*Innovation Management Lab* à la London Business School. Ils ont ainsi souhaité préciser le concept d'innovation organisationnelle en soulignant le caractère stratégique et managérial de ce type d'innovation. L'innovation managériale est définie comme de « nouveaux principes, processus, de nouvelles pratiques de management » (Hamel, 2006, p. 75), ou comme de nouvelles pratiques managériales ou structures managériales dans un objectif d'amélioration de la performance (Birkinshaw *et al.*, 2008, p. 82). Ce type d'innovation concerne particulièrement l'application de pratiques managériales destinées à améliorer les performances de l'organisation.

Notre travail porte sur une innovation managériale, qui constitue un type d'innovation organisationnelle comme nous l'avons précisé précédemment. Nous présentons les caractéristiques de l'innovation organisationnelle décrits dans la littérature et qui peuvent être attribuées à l'innovation managériale dans le cadre de notre recherche.

1.2.2. Les étapes de l'innovation managériale

L'innovation organisationnelle, et de la même manière l'innovation managériale, correspond à un processus « collectif, long et complexe, lié à l'apprentissage » (Dubouloz, 2013, p. 121 citant Alter, 2010 ; Scozzi et Garavelli, 2005). Dubouloz (2013) décrit ce processus comme une succession d'étapes (en référence aux travaux de Damanpour, 1991) :

➤ **La décision de mettre en usage**

La perception d'un besoin ou problème conduit les acteurs à envisager les solutions potentielles. Parmi ces solutions, peut émerger une innovation. Des échanges entre acteurs conduisent à la décision de l'appliquer (Damanpour et Schneider, 2006).

➤ **La mise en usage**

Cette étape comprend l'expérimentation de l'innovation ainsi que sa transformation conduisant à son adaptation. Au cours de cette étape, les acteurs de l'organisation peuvent choisir de l'adopter ou non.

➤ **La poursuite de l'usage**

L'innovation est adoptée par l'organisation, elle constitue une routine et fait partie intégrante du fonctionnement de l'organisation. Cette étape marque le succès de l'innovation.

Dans le cadre de notre recherche, nous nous appuyons sur cette chronologie lors de la mise en place d'une innovation managériale.

L'innovation managériale correspond à un processus mobilisant un collectif et présentant une complexité induisant des obstacles ou barrières (Van de Ven, 1986 ; Vermeulen, 2005) évoluant au cours des étapes de l'innovation. Les connaître et les identifier permet de mettre en place les actions nécessaires afin de les lever et favoriser ainsi le succès de l'innovation.

1.2.3. Barrières et facteurs de succès de l'innovation managériale

Avant le déploiement d'une innovation, il est essentiel d'identifier les obstacles potentiels et de comprendre leurs origines. Cela permet alors de les contourner en mobilisant les facteurs de succès.

1.2.3.1. Les barrières de l'innovation managériale

Dubouloz (2013) énonce les difficultés d'implantation des innovations managériales à partir de la littérature (Baldwin et Lin, 2002 ; Galia et Legros ; 2004, Hadjimanolis, 1999 ; Madrid-Guijarro *et al.*, 2009, Mohnen et Röller 2005 ; Tourigny et Le, 2004). Van de Ven (1986) et Vermeulen (2005) ont mis en exergue des obstacles liés aux modifications induites dans le système social de l'entreprise (organisation des activités, etc.) et à leur incidence sur un nombre important d'acteurs de l'organisation.

Dubouloz (2013) distingue trois types de barrières pouvant compromettre le projet d'innovation managériale. Elle reprend les travaux antérieurs consacrés à ces barrières qui peuvent freiner ou arrêter le projet d'innovation organisationnelle (cf. figure 11) :

- Les barrières internes : la structure de l'organisation, les ressources humaines et financières ;
- Les barrières externes : l'environnement externe de l'organisation, l'offre (les ressources externes de l'innovation) et la demande (un marché limité) ;
- Les barrières liées aux attributs de l'innovation : la perception de l'innovation par les acteurs concernés et son coût.

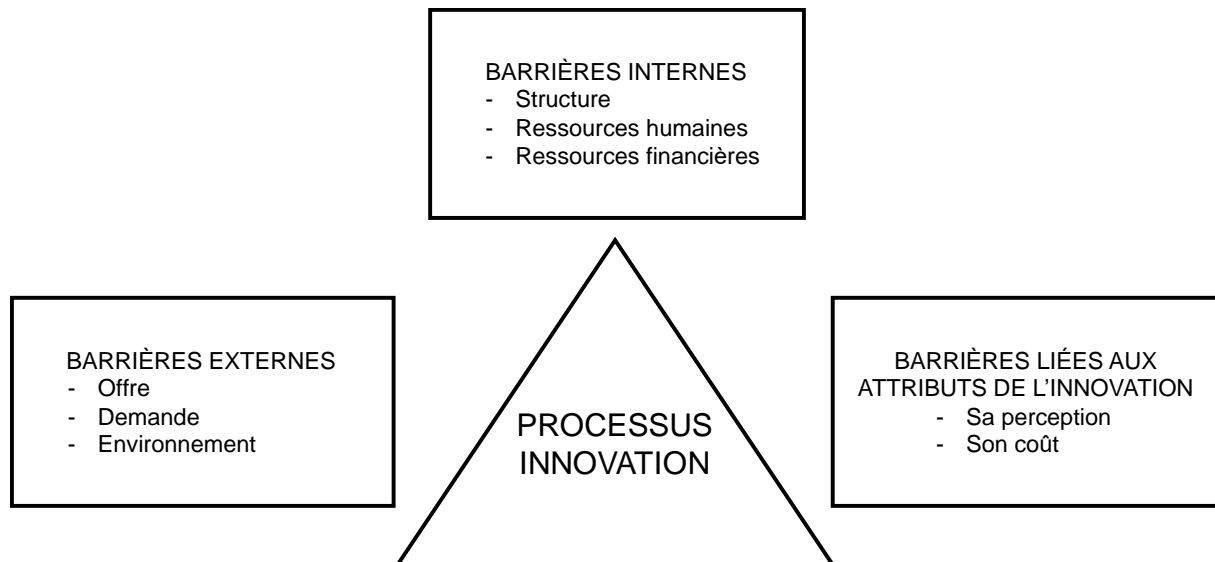


Figure 11. Barrières à l'innovation
(Source : Dubouloz, 2013, p. 124)

D'après Dubouloz (2013), les barrières internes représentent les obstacles les plus compromettants. Elles sont liées :

- Aux résistances au changement, aussi bien au niveau des acteurs de terrain que du *top-management*. Cette résistance intervient principalement dans les phases de décision et de mise en usage et toucherait davantage les salariés ayant une ancienneté plus élevée. Elle peut être liée à un manque de sens, un non-sens, une incompréhension de la nécessité de changer ;
- Au manque de temps : l'innovation managériale nécessite un temps dédié conséquent lié à des facteurs tels que la méthodologie et la communication. Le temps managérial notamment du management intermédiaire (caractérisé par sa présence sur le terrain, son suivi d'indicateurs, sa consultation des acteurs de terrain, etc.) est important et difficile à mettre en œuvre. Cela peut être dû à une représentation erronée de la fonction managériale et soulève des interrogations sur l'accompagnement des managers ;
- Au management : il interviendrait principalement en phases de mise en usage et de poursuite de l'usage. Dubouloz (2013) précise qu'il s'agit essentiellement de membres de la direction et qu'il constitue une cause d'échec importante lors de la poursuite de l'usage. Le manque de proximité (présence sur le terrain, soutien, communication, suivi) se révèle comme un frein considérable dans l'adoption de la démarche. Certaines entreprises ont mis en place un véritable système d'accompagnement des managers (soutien, ateliers d'échange entre managers) fortement apprécié des managers ;

- Le manque de qualification et d'expertise sur l'innovation organisationnelle : toute innovation nécessite la mobilisation de compétences spécifiques à cette innovation ;
- La centralisation des décisions : l'innovation implique une organisation en mouvement (Alter, 2015), elle se transforme progressivement afin de s'adapter au contexte. Le processus de décision doit alors être décentralisé.

Ces différentes barrières peuvent être plus ou moins présentes en fonction des étapes du processus d'innovation. Le tableau 2 présente une synthèse de l'importance des différentes barrières en fonction de l'étape du processus.

Tableau 2. Impact des barrières à l'IO en fonction des phases du processus d'adoption
(Source : Dubouloz, 2013, p. 133)

OBSTACLES	IMPORTANCE DES OBSTACLES PAR ÉTAPES		
	Décision	Mise en usage	Poursuite de l'usage
Résistance au changement	+++	++	
Manque de temps		+	++
Management		++	++
Manque de qualification	+	+	++
Centralisation		+	

Légende : Importance : +++ = forte, ++ = moyenne, + = faible

Dubouloz (2013) met en évidence des interdépendances entre les barrières. Le manque de temps managérial amplifierait les résistances, de même que la centralisation des décisions induirait des résistances au changement. En envisageant l'importance du temps managérial nécessaire à l'implantation de l'innovation, il est alors possible de limiter l'émergence des autres barrières. Dubouloz (2013) contredit dans ce sens Tourigny (2004) ayant décrit les résistances au changement comme des barrières infranchissables.

Nous identifions ainsi des obstacles associés au management et à un manque de proximité du manager. Ils peuvent amplifier les résistances liées à la perception d'un manque de sens de l'innovation et peut compromettre son adoption.

Ces constats contribuent à la construction de la problématique de notre recherche. Au cours de notre réflexion, nous nous intéressons aux leviers managériaux mobilisés afin d'affronter à ces barrières et favorisant la diffusion et l'adoption de l'innovation. Face à l'évolution de l'impact des barrières selon l'étape de l'innovation, nous nous attachons à établir une chronologie de la mobilisation de ces leviers associée aux phases successives du processus d'innovation.

Selon Dubouloz (2013), certaines entreprises ont réussi l'implantation et la pérennisation d'une IO en utilisant les barrières liées aux résistances au changement comme un réel stimulant managérial. L'instauration de pratiques managériales adaptées (démarches participatives, formations, etc.) a permis un processus d'apprentissage autour de l'innovation. La connaissance des obstacles et de leur impact au cours du processus d'innovation permet ainsi de les limiter voire de les contourner en mettant en place les actions nécessaires.

1.2.3.2. Les facteurs de succès de l'innovation managériale

L'identification des barrières à l'innovation identifiées à partir de la littérature et présentées dans la partie précédente permettent de déduire des facteurs de succès.

Si les facteurs managériaux peuvent favoriser les obstacles et les résistances, ils peuvent se révéler des facteurs de succès de l'innovation (Dubouloz, 2013), par :

- Un accompagnement du changement s'appuyant sur la création de sens ;
- La mise en place d'un processus d'apprentissage autour de l'innovation permettant sa diffusion ;
- L'instauration d'un mode de management de proximité ;
- Un soutien du manager par sa hiérarchie et un accompagnement managérial.

Ces mesures reposent sur un soutien de la direction qui donne les moyens de sa réussite en accordant le temps nécessaire afin de dépasser les moments difficiles où l'innovation managériale peut être remise en question.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le processus d'IO est « étroitement lié à l'apprentissage » (Dubouloz, 2013, p. 121) et suppose une création de sens. L'acquisition de

connaissances sur son fonctionnement permet de mieux l'appréhender, favorise la perception de son intérêt et son adoption.

Dubouloz (2013, p. 52) évoque les travaux de Mol et Birkinshaw (2009) et écrit que « les innovations organisationnelles (...) sont spécifiques à chaque contexte ». Son adaptation au contexte favorise son succès (Ansari *et al.*, 2010). Pour Alter (2015, p. 155), l'«innovation se heurte à l'organisation ».

Dans le cadre de notre recherche, nous étudions la rencontre d'une innovation avec la complexité des établissements de santé, contexte de notre recherche.

1.3. Innovation managériale et organisations de santé

L'application du management de la qualité et les évolutions permanentes de l'environnement externe (contraintes réglementaires, concurrence, etc.) amènent les organisations de santé à chercher continuellement à améliorer leur offre de soins (Charleux et Guaquère, 2006) et à s'inscrire dans une dynamique d'innovation.

Afin de présenter les spécificités des innovations managériales au sein des organisations de santé, nous reprenons les caractéristiques de ces organisations présentées dans le paragraphe 3.2.1 de cette partie.

Ces organisations sont caractérisées par :

- La présence de communautés de pratique liées aux compétences variées, provoquant une supervision directe partagée et des jeux de pouvoir entravant le processus de décision ;
- L'instauration de pratiques collaboratives entre professionnels et nécessaires à la coordination des activités et à un ajustement mutuel.

Face à cette diversité d'acteurs et aux divergences d'intérêts, il est nécessaire d'engager une mobilisation collective afin de soutenir l'implantation de l'innovation managériale.

1.3.1. Innovation managériale et communautés de pratique

Les enjeux de professionnalisation ont été décrits dans la littérature (Freidson, 2001) et mettent en exergue les systèmes sociaux fondés sur des compétences particulières et le pouvoir qu'elles confèrent par une autonomie. Nous retrouvons cette problématique au sein des organisations de santé où les communautés de pratique (Wenger, 2005), présentant une expertise poussée, peuvent exercer un contrôle sur leur activité. Les communautés de

pratique témoignent d'intérêts communs et partagent des pratiques professionnelles et des connaissances. Elles sont amenées à se rencontrer régulièrement.

Tremblay (2008, p. 14) insiste sur le fait que le « travail aux frontières interprofessionnelles et inter organisationnelles met en mouvement tout un réseau d'acteurs ayant des schèmes cognitifs, des valeurs et des intérêts multiples et souvent contradictoires. ». Les acteurs de l'entreprise peuvent craindre une modification de leur propre rôle et de leurs pratiques, ce qui peut constituer un obstacle à la mise en place d'une innovation. Ils tentent alors d'adapter leurs pratiques à l'innovation ou inversement (Denis *et al.*, 2002).

Ces spécificités organisationnelles ont un impact sur le processus d'innovation managériale. Des chercheurs (Ferlie *et al.*, 2005 ; Kanter, 2006) ont mis en évidence que la diffusion d'une innovation peut être difficile dans ces milieux multi-professionnels. L'apprentissage organisationnel est entravé si les nouvelles pratiques sont issues de l'extérieur de la communauté. C'est pourquoi les milieux centralisés compliquent la diffusion et l'adoption de l'innovation.

L'effet de l'innovation sur la performance est ainsi lié aux capacités de changements individuels des acteurs associés à une prise en compte des interactions entre les acteurs de l'organisation (Fitzgerald *et al.*, 2005). Au sein des organisations de santé, ils seront davantage favorables à ce changement si celui est bénéfique pour le patient et s'il correspond à des valeurs et des intérêts propres à chacun des professionnels. De même, les approches associant idées émergentes du terrain et idées centralisées sembleraient plus efficaces à la mise en œuvre de l'innovation (Denis *et al.*, 2002 ; Touati *et al.*, 2006).

L'innovation managériale doit alors présenter des intérêts pour chacun des acteurs de l'organisation. Nous retrouvons ici l'importance de la création de sens qui amène chaque acteur à percevoir l'intérêt et l'avantage de l'innovation. Dans le cas des communautés de pratique, les pratiques collaboratives soutiennent la mobilisation collective indispensable à la diffusion de l'innovation.

1.3.2. Innovation managériale et mobilisation collective

L'adoption d'une innovation organisationnelle repose sur la capacité des acteurs ayant des intérêts divergents à créer une dynamique collaborative autour d'un objectif commun (Tremblay, 2008). Au sein des organisations de santé, des compétences variées se côtoient et sont dépendantes les unes des autres. Les dynamiques collaboratives et le processus d'innovation peuvent ainsi être freinés par des intérêts divergents, des jeux de pouvoir et une

certaine compétition entre acteurs. Tremblay (2008) reprend les études de D'Amour (1997) mettant en avant que la collaboration peut être favorisée par un leadership, un soutien au niveau administratif et une formalisation des pratiques.

Tremblay (2008, p. 147) considère que « la transformation de l'offre de services est facilitée en présence de promoteurs capables de traduire à la table des décideurs politiques les enjeux de la clinique en même temps qu'ils sont capables de traduire auprès des professionnels la perspective des décideurs politiques ». Les compétences de ce promoteur, ou chef de projet, reposent sur ses capacités à communiquer entre les différents niveaux de l'organisation et à établir un lien entre les décideurs et les opérationnels, à comprendre et traduire les intérêts de chacun afin de mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'un projet commun.

Tremblay (2008) reprend l'importance du leader dans le processus d'innovation et soutient qu'un leader impliqué dans les activités cliniques se révélera davantage efficace dans le processus de traduction de l'innovation qu'un expert issu de l'extérieur. Sa connaissance du terrain lui permet de démontrer la pertinence de l'innovation et favorisera la collaboration des acteurs concernés. Les intérêts soulevés doivent amener les acteurs à intégrer la nécessité de travailler ensemble.

Nous percevons ici, l'influence du chef de projet dans le processus d'innovation. Au sein des organisations de santé, il doit présenter des compétences cliniques et organisationnelles (Ferli *et al.*, 2005). Afin de mobiliser l'ensemble des acteurs, il développe un leadership et mobilise des compétences en communication établissant un lien entre les différents niveaux hiérarchiques.

Pour atteindre sa finalité, l'innovation doit être adaptée au contexte local et produire un changement des pratiques de tout un réseau d'acteurs directement ou indirectement concernés par celle-ci (Latour, 1989). Elle requiert le soutien de la direction, qui grâce à l'octroi de temps ou la mise en place de plans de formation, peut favoriser leur succès de l'innovation (Contandriopoulos, 2003 ; Klein et Sorra, 1996).

Cependant, la mise en place des innovations se révèle souvent inefficace au sein des organisations de santé. Tremblay (2008) souligne leur impact restreint sur les changements de pratique, en référence aux travaux de Hutchison *et al.* (2001).

Afin d'approfondir le concept d'innovation managériale, nous nous sommes orientées vers une innovation managériale précise, le *Lean management*. Notre cursus académique relatif au management de la Qualité nous a permis d'appréhender cette approche en percevant sa

capacité à améliorer la qualité des soins grâce à une implication de l'ensemble des acteurs de l'organisation et plus particulièrement les professionnels de terrain. Ses résultats mitigés et les critiques associées à cette méthode ont soulevé notre intérêt sur les facteurs favorisant son succès et plus précisément les leviers managériaux.

Section 2. Le Lean management

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons à une innovation managériale issue du management de la qualité, le *Lean management*.

Au cours de notre cursus académique, nous avons eu l'occasion d'aborder cette approche sans pouvoir l'appliquer, principalement en raison des craintes soulevées quant à son impact sur les risques psycho-sociaux (Stimec *et al.*, 2010). Notre recherche nous amène à étudier cette approche sous le prisme de l'innovation managériale au sein de la complexité structurelle des organisations de santé.

Avant d'envisager son application dans le secteur de la santé, il nous paraît essentiel de cerner ses propriétés générales. Ainsi, nous présentons dans une première partie le concept de *Lean management*, ses caractéristiques, ses principes, ses barrières et les critiques principales qu'elle soulève. Nous précisons ensuite, dans une deuxième partie, ses principes managériaux.

2.1. Présentation du *Lean*

2.1.1. Définition

Le *Lean* s'inspire d'une philosophie de gestion développée au sein de l'industrie automobile. Il s'agit d'une méthode conçue dans les années 1990 par des chercheurs du *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) à partir du système de production Toyota (Ohno, 1988) dans les années 1950 dont les principes sont développés par Liker (2004) dans son ouvrage « *The Toyota Way* ». L'adoption du terme *Lean* (*traduction de l'anglais : maigre*) revient à Jon Krafcik (1988), chercheur au MIT, pour exposer le succès du modèle japonais. Womack *et al.* (2012) diffusèrent le *Lean* par leur ouvrage « *Le système qui va changer le monde* » et « *Penser l'entreprise au plus juste* ». La méthode, d'abord nommée *Lean Manufacturing* dans le secteur automobile, s'est ensuite développée au sein de divers secteurs, notamment le secteur des services en prenant l'appellation *Lean management* ou *Lean transformation*.

Le *Lean management* est une approche systémique permettant de tendre vers l'excellence opérationnelle (Ohno, 1988). Il vise une optimisation de la valeur perçue par le client en réduisant les pertes liées aux gaspillages dans un objectif d'excellence opérationnelle et l'application d'une démarche d'amélioration continue. Pour cela, il met à contribution tous les acteurs de la performance d'une entreprise, d'une unité de production ou d'un département dans une démarche de résolution de problèmes. En effet, d'après Ohno (1988), une compréhension précise du problème est indispensable à sa résolution. Le *Lean management* est fondé sur la stratégie Kaizen, terme japonais traduit en français par amélioration continue ou avancer à petits pas (Curatolo *et al.*, 2011). Il génère une nouvelle organisation associée à une nouvelle philosophie et de nouvelles techniques (Womack et Jones, 2009).

2.1.2. Les principes du *Lean*

Le *Lean management* est associé à quatorze principes pouvant être classés en quatre catégories constituant les fondations de la pensée *Lean* (Liker, 2009) :

- Adopter une philosophie à long terme ;
- Le bon processus produira les bons résultats ;
- Ajouter de la valeur à votre organisation en développant les compétences / le talent du personnel ;
- Résoudre les problèmes à la source de façon continue guidée par l'apprentissage organisationnel.

Les quatorze principes (cf. tableau 3) permettent d'opérationnaliser la méthode.

Tableau 3. Les quatorze principes du modèle *Toyota Way*
(Source : d'après Liker, 2009, p. 124)

Les fondations de la pensée Lean	Les quatorze principes
Une philosophie à long terme	1. Construisez vos décisions sur des objectifs définis sur le long terme.
Un bon processus produira de bons résultats	2. Organisez les processus en suivant le parcours d'une pièce pour rendre visibles les problèmes.
	3. Evitez la surproduction en produisant le juste nécessaire au bon moment.
	4. Limitez les variabilités de la charge de travail.
	5. Transmettez une culture de résolution immédiate de problème pour une qualité obtenue rapidement.
	6. La standardisation des tâches est la base de l'amélioration continue.
	7. Utilisez des contrôles visuels pour rendre visibles tous les problèmes.
Valorisez l'entreprise en développant vos employés et vos partenaires	8. Appuyez-vous sur des outils fiables.
	9. Formez des responsables maîtrisant le travail, adhérents à la philosophie et capables de la transmettre.
	10. Formez des professionnels qui appliquent les valeurs de l'entreprise.
	11. Respectez votre réseau de partenaires et de fournisseurs en les encourageant et en leur permettant de s'améliorer.
La résolution continue des problèmes pilote l'apprentissage de l'entreprise	12. Allez sur le terrain pour voir et comprendre la situation.
	13. Décidez en prenant le temps nécessaire, par consensus, en envisageant et en étudiant chaque option.
	14. Faites évoluer votre entreprise vers une organisation apprenante par la mise en place d'une réflexion collective.

Ces principes associent des aspects pratiques conduisant au juste nécessaire, à une philosophie et des méthodes managériales reconnaissant les compétences de terrain. Nous percevons ainsi le rôle managérial associé au *Lean management* comme partie intégrante de l'approche. Il ne peut être dissocié des outils et de l'organisation des activités.

Dans ce sens, Ballé et Beauvallet (2013) présentent le succès de la méthode par le développement des personnes et des compétences. Ils insistent sur les compétences managériales du *Lean management* nécessitant des capacités de remise en question, d'observation, d'innovation et d'accompagnement du changement.

Nous pouvons ainsi synthétiser l'approche *Lean* (cf. figure 12) comme axée sur le développement des compétences grâce à la combinaison :

- D'une philosophie,
- D'une technique rigoureuse liée aux outils,
- D'un management adapté.

Cette approche est soutenue par la culture organisationnelle.



Figure 12. Le *Lean*
(Source : d'après Ballé et Bauvallet, 2013, p. 46)

Le *Lean management* génère une nouvelle organisation associée à une nouvelle philosophie et de nouvelles techniques (Womack et Jones, 2009) et est assimilé à une innovation managériale souvent citée dans les recherches sur ce concept (Aoki, 1988 ; Armbruster *et al.*, 2008 ; Birkinshaw *et al.*, 2008 ; Ménard, 1995 ; Niosi, 1998). Il repose sur un changement

construit caractérisé par une implication des acteurs et une décentralisation des prises de décision.

L'application du *Lean* implique une organisation capable de déployer cette approche, en valorisant les compétences de terrain et en soutenant ses managers. Elle doit accompagner l'acquisition des compétences techniques par la mise en place d'un programme de visant la maîtrise des outils *Lean*. En effet, l'opérationnalisation du *Lean* s'appuie sur une méthodologie rigoureuse.

2.1.3. Les pratiques du *Lean*

Le *Lean* couvre une pluralité de pratiques et de domaines d'applicabilité telle que l'organisation des activités ou les méthodes de détection des problèmes. Dubouloz (2013) s'inspire des travaux de Shah et Ward (2003) afin de répertorier les pratiques *Lean* les plus courantes en précisant leurs implications (cf. tableau 4).

Tableau 4. Les pratiques *Lean* : définitions et implications
(Source : Dubouloz, 2013, p. 258)

Pratiques <i>Lean</i>	Définitions	Implications
Juste à temps (JIT), flux continu	<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'assurer le flux de produits sans stock tampon, de produire dans la juste quantité répondant à la demande des clients, au bon moment et au bon endroit. • Permet d'éviter le gaspillage lié à la surproduction et aux stocks excédentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer et interagir entre les différents acteurs internes et externes à l'organisation. • Mettre en place un rythme de travail et de synchronisation des activités en s'adaptant à la demande des clients.
Système Kanban	<p>Outil permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'aligner la production sur la demande ; • D'éviter la surproduction, les mouvements inutiles ; • De détecter les problèmes et d'améliorer la qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Changer l'état d'esprit de l'encadrement (Ohno, 1988). • Remettre en question les méthodes appliquées (Ohno, 1988). • Coopérer avec les clients et fournisseurs (engagement mutuel des partenaires).
Changement rapide de série	<ul style="list-style-type: none"> • S'adapter à la demande et répondre au plus juste aux demandes. • Maintenir les équipements dans un bon état de fonctionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Passer d'une culture de production de masse à une culture de séries ajustée la demande. • S'adapter à différentes spécifications de produits.
Maintenance productive totale (TPM) ou maintenance préventive	<ul style="list-style-type: none"> • Permet de minimiser les temps d'attente et la production de pièces non-conformes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier les étapes de réglage et de maintenance.
Management de la qualité totale (TQM)	Est lié au principe d'amélioration continue des processus et de la qualité des produits.	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer tous les salariés dans la détection et la résolution de problèmes. • Mettre en place un soutien, un suivi des managers. • Adapter la formation. • Impliquer les fournisseurs, clients. • Imposer une remise en question constante des processus établis pour les améliorer en permanence.
5S	Ensemble de règles de tenue de l'environnement de travail axé sur l'élimination des éléments inutiles et une organisation limitant les gaspillages (e.g. les pertes de temps).	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'engagement des salariés et des équipes dans l'entretien de l'environnement de travail. • Assurer un suivi, un contrôle par les managers.

Les pratiques présentées mettent en exergue une organisation des activités ajustée à la demande des clients. Elles sous-tendent des implications managériales soutenant la participation de l'ensemble des parties prenantes, acteurs internes de l'organisation, clients et

fournisseurs (Dubouloz 2013). L'aspect managérial représente une composante centrale de la méthode.

Parmi les pratiques *Lean* présentées, Dubouloz (2013) évoque le TQM (*Total Quality Management*), développé précédemment et impliquant un soutien et un suivi des managers. Nous retrouvons les principes du management de la qualité et aux difficultés associées.

Ces aspects humains confèrent au *Lean* le statut d'intervention sociale complexe (Mazzocato *et al.*, 2010) dont l'efficacité dépend du contexte et des éléments le caractérisant tels que les personnes, les relations interpersonnelles, l'environnement institutionnel et plus largement l'infrastructure.

Cependant, en tant qu'innovation managériale, cette approche peut rencontrer des barrières pouvant conduire à son échec.

2.1.4. Les barrières du *Lean management*

Dubouloz (2013) reprend les principales barrières liées au *Lean management* présentées par Wagner *et al.* (2011) :

- Le manque d'engagement des salariés et de clarté dans la définition des rôles ;
- Le manque de temps ;
- Le manque de connaissances ;
- Les applications limitées.

Les salariés doivent alors percevoir l'innovation comme un avantage en lien avec leur pratique. De plus, l'auteure (2013) présente la résistance au changement comme la principale source d'échec comme cela a été démontré dans des recherches précédentes (Madrid-Guijarro *et al.*, 2009 ; Wagner *et al.*, 2011). La démarche *Lean* induit une nouvelle façon de penser et un sens différent attribué aux pratiques. Elle modifie une stabilité au sein de l'organisation et soulève des résistances. Celles-ci peuvent devenir constructives en mettant en place des pratiques managériales axées sur la création de sens et l'apprentissage organisationnel.

Les résistances peuvent également être expliquées par une non compréhension de l'approche *Lean*. Si la méthode a rencontré d'importants succès depuis sa création, elle a également été critiquée pour son aspect *cost killer* et ses impacts sur les risques psycho-sociaux (Detchessahar, 2011).

Le terme anglais *Lean* induit un questionnement sur le sens donné à cette innovation. L'application de la méthode dans un objectif de réduction des coûts et des ressources allouées

a pu conduire à une intensification du travail humain et à des situations de stress (Stimec et al., 2010). Il s'agit là d'une utilisation des outils sans philosophie sous-jacente.

Comme nous l'avons abordé, sa mise en pratique doit intégrer les principes managériaux correspondant.

2.2. Les principes managériaux du *Lean management*

2.2.1. L'école japonaise

Le *Lean management* se rapporte à l'école japonaise du management fondée par Ohno, dirigeant au sein de Toyota, dans les années 1980 (Pesqueux et Tyberghein, 2010). L'école japonaise trouve ses origines dans les années 1950, en période de reconstruction d'après-guerre. Cette théorie a commencé à se diffuser en Europe dans les années 1980, période qui correspond aux voyages en Europe des théoriciens japonais de l'approche. Trois auteurs ont fortement contribué à l'élaboration de cette école :

- Ishikawa, qui définit l'opérationnel comme l'acteur central de l'organisation ;
- Shingo, qui propose de nouvelles méthodes et pratiques relatives à l'optimisation des processus ;
- Ouchi, théoricien de cette nouvelle organisation.

L'école japonaise prône une méthodologie précise basée sur :

- Une amélioration pas à pas, le progrès se construit sur le long terme ;
- Une forte implication des managers ;
- Une recherche perpétuelle de l'excellence ;
- Une présence sur le terrain, les améliorations se concrétisent au niveau opérationnel ;
- Un système de reconnaissance ;
- La mise en place de groupes de travail transversaux et pluridisciplinaires. La hiérarchie s'efface au profit de la transversalité.

Payre et Scouarnec (2015) définissent l'approche japonaise comme une combinaison des trois écoles de pensée en gestion et en management qui ont marqué une évolution du concept de management :

- L'école classique : à partir des premiers travaux relatifs à l'organisation du travail, les théoriciens Taylor (1911), Fayol (1916) et Weber (1921) ont présenté une approche normative du management fondée sur les quatre activités principales du manager :

- planifier, organiser, coordonner, contrôler ;
- L'école des relations humaines : Mayo (1933), Maslow (1954), Herzberg (1971), Lewin (1973), Likert (1961) et Blake et Mouton (1964) soulèvent un intérêt pour le facteur humain. Cette période marque l'émergence du mode de management, des relations humaines, du leadership et des facteurs de motivation ;
 - L'école de pensée moderne : Mintzberg (1973) et Drucker (1952) ont introduit le concept de management par objectifs. Mintzberg (1973) définit trois rôles principaux du manager : le rôle interpersonnel, le rôle lié à l'information et le rôle décisionnel. Drucker (1952) définit le rôle du manager par ses missions liées à la performance, en définissant les objectifs, en mettant en œuvre les activités nécessaires, en motivant les professionnels et en évaluant l'atteinte des objectifs.

L'approche japonaise confère au manager des missions associant :

- Un versant qualité axé sur la satisfaction du client, une optimisation des processus et une standardisation du travail ;
- Un versant humain axé sur la participation des personnes (Liker, 2009).

La culture japonaise, caractérisée par une pratique du consensus telle que le décrit Ouchi (1982), constitue un modèle d'efficacité.

2.2.2. Un renouvellement managérial

Le succès de Toyota en a fait une source d'inspiration pour beaucoup d'autres organisations. Pesqueux et Tyberghein (2010) soulignent des concepts managériaux indépendants des environnements socioculturels et culturels et donc transposables. Dans leur ouvrage consacré au management *Lean*, Ballé et Beauvallet (2013, p. 3) définissent le management *Lean* par le fait d'« apprendre à atteindre ses objectifs par le développement des personnes » et insistent sur la préposition « par ». Les personnes sont le moyen d'atteindre l'excellence. L'accent est mis sur la responsabilisation des acteurs dans la suppression des gaspillages et la création de valeur. Le management doit amener chaque salarié à dépasser les barrières fonctionnelles.

L'engagement de la direction dans l'apprentissage des salariés doit être fort et exprimé. Les dirigeants sont présents sur le terrain aux côtés des opérationnels et les accompagnent dans les démarches d'amélioration continue. L'efficacité des outils *Lean* dépend de la collaboration entre la direction et les opérationnels à partir des problèmes rencontrés sur le terrain. Le terrain est une notion essentielle du *Lean*, c'est l'endroit où tout se passe et où doivent être présents les dirigeants.

Ballé et Beauvallet (2013) insistent sur les compétences du manager qui doit savoir observer, percevoir les problèmes comme des opportunités d'amélioration en développant les compétences des collaborateurs. Cette considération envers l'ensemble des acteurs de l'organisation, notamment les opérationnels, induit une modification du pouvoir décisionnel. Le *Lean management* remet en question la distribution entre le décisionnel et l'opérationnel (en redonnant un certain pouvoir de décision aux opérationnels). Il modifie ainsi la configuration hiérarchique traditionnelle et privilégie la communication ascendante. Nous assistons alors à un renouvellement managérial.

Ces généralités nous amènent progressivement à préciser cette innovation au sein d'un contexte particulier, les organisations de santé.

Section 3. Le Lean management dans le secteur de la santé : le Lean Healthcare

Dans le secteur de la santé, la terminologie *Lean management* s'est adaptée sous les appellations *Lean santé* ou *Lean Healthcare*.

Le *Lean Healthcare* est apparu aux Etats-Unis en 1990 dans des établissements hospitaliers tels que le Virginia Mason Medical Center à Seattle, le Washington Rochester General Hospital, en étant accompagné dans sa mise en place par des consultants (Marvanne, 2014). La méthode s'est ensuite diffusée au Canada, en Europe, en Asie où les résultats furent quelquefois spectaculaires (Nicolay *et al.*, 2012 ; Radnor *et al.*, 2012).

Nous verrons dans un premier temps comment cette méthode issue du secteur industriel a été adaptée au secteur de la santé, puis nous abordons l'intérêt qu'elle a soulevé à travers la littérature parue sur le sujet.

3.1. Application du Lean Healthcare

Mazzocato et Polsinka (2010) ont mis en évidence quatre principales raisons motivant le *Lean* dans le secteur de la santé :

- Une meilleure compréhension des processus permettant l'identification et l'analyse des dysfonctionnements ;

- Une réorganisation des processus axée sur l'efficacité et l'efficience (standardisation des pratiques, élimination des gaspillages, amélioration de l'environnement de travail, etc.) ;
- Une meilleure détection des sources de dysfonctionnement, une transmission des informations permettant la recherche de solutions, une prévention des événements indésirables ;
- Une gestion du changement grâce à une méthode rigoureuse de résolution de problèmes.

Aux Etats-Unis, les bénéfices du *Lean Healthcare* sont relayés dans le référentiel *Joint Commission*¹⁴ :

- Valoriser la diversité en incluant chacune des parties prenantes dans la résolution de problèmes ;
- Partager l'information entre les employés, afin de stimuler une compréhension commune des processus et diminuer la reprise du travail ;
- Éliminer les sources de gaspillage afin de procéder à l'implantation rapide de solutions permettant de l'éliminer ;
- Tenir compte du point de vue du patient ;
- Favoriser chez les employés un pouvoir d'agir et un contrôle sur les éléments qui influencent leur travail ;
- Favoriser l'esprit d'équipe.

L'application du *Lean Healthcare* vise ainsi une optimisation des processus.

3.1.1. Une optimisation des processus

La prise en charge des patients présente un caractère multidisciplinaire en raison du nombre d'intervenants concernés. La succession des étapes de la prise en charge (PEC) peut rencontrer des dysfonctionnements provoqués par la complexité et le cloisonnement de certaines structures de santé (Trilling *et al.*, 2010). Les experts ont depuis plusieurs années, souhaité favoriser la transversalité de la PEC afin de réduire ces dysfonctionnements. La Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁵ propose ainsi la mise en place du chemin clinique qui décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le

¹⁴ Joint Commission Resources, *Advanced Lean thinking : Proven methods to reduce waste and improve quality in health care*. 2008, Oak Brook, IL: Joint Commission Resources.

¹⁵ <https://www.has-sante.fr>

parcours du patient. Le chemin clinique peut être appliqué pour tous les patients atteints d'une pathologie donnée et s'appuie sur le respect d'étapes successives élaborées à partir des règles de bonnes pratiques. La comparaison des pratiques avec le chemin clinique préconisé permet de porter un jugement sur la prise en charge réelle du patient et de définir, si besoin, des actions d'amélioration.

D'après la HAS, au-delà d'une application des meilleures pratiques et des recommandations thérapeutiques, le chemin clinique vise une amélioration de la coordination et de la communication entre les acteurs de la prise en charge. Il favorise ainsi la continuité des soins.

La pertinence de la méthode *Lean* s'inscrit dans cette volonté d'optimisation des processus de prise en charge (Foropon et Landry, 2014) par une meilleure coordination entre les professionnels de santé. Une démarche collective de résolution de problèmes est initiée suite à l'identification des causes de dysfonctionnements par les acteurs du processus. L'objectif est d'optimiser le chemin clinique par une approche collaborative multi-professionnelle en utilisant les outils du *Lean management*. Ainsi, la méthode est centrée sur le patient et soutenue par la talent des collaborateurs.

La démarche consiste principalement à détecter les activités à non-valeur ajoutée afin de les supprimer ou de les réduire. Le concept de valeur constitue le point central de la méthode.

3.1.2. La chaîne de valeur

Le *Lean* vise à optimiser la valeur pour le client. Womack et Jones (1990) ont identifié des principes relatifs au concept de valeur et relatent une démarche permettant d'orienter les activités autour d'une optimisation de la valeur ajoutée. Cette notion de valeur ajoutée a été adaptée et appliquée au secteur des services et de la santé. Le paradigme hospitalier amène une déclinaison spécifique de la valeur et de la démarche présentée sur le tableau 5.

Tableau 5. Les 5 principes du *Lean* à l'hôpital
(Source : Marvanne, 2014, p. 23)

PRINCIPES	LEAN A L'HOPITAL
Définir la valeur (ce que le patient attend de la prise en charge et du soin)	- Spécifier la valeur que le patient et ses proches attendent du passage à l'hôpital.
Identifier la chaîne de valeur	- Cartographier la chaîne de valeur de l'ensemble des services et identifier les diverses fonctions à valeur ajoutée à travers tous les services.
Favoriser l'écoulement des flux en réduisant toutes les opérations sans valeur ajoutée	- Eliminer les goulots d'étranglement qui ralentissent la réalisation des soins ainsi que les étapes, qui ne créent pas de valeur ajoutée.
Tirer les flux en ne produisant des biens ou services qu'à la demande	- Supprimer tout acte inutile pour le patient ; - Maitriser les bonnes pratiques médicales ; - Améliorer le travail collaboratif et en équipe.
Viser la perfection	- Développer les compétences et les talents de tous les personnels soignants et autres

Pour Womack et Jones (1990), la valeur ajoutée est définie à partir des attentes du patient et de ses proches et permet de décrire l'enchaînement des activités visant l'atteinte cette valeur, la chaîne de valeur. Il est alors possible d'identifier les activités dites à non-valeur ajoutée afin de les supprimer.

La chaîne de valeur ne peut être optimisée sans un travail collaboratif des acteurs du processus, les professionnels participant à la prise en charge du patient. Nous percevons ici l'importance d'une réflexion collaborative en lien avec une prise en charge pluridisciplinaire.

Si la méthode s'est révélée comme une source de progrès considérable dans certaines organisations de santé (Nicolay *et al.*, 2012 ; Radnor *et al.*, 2012), la littérature sur le *Lean Healthcare* met en évidence des résultats contrastés de l'application de la méthode.

3.2. Des résultats contrastés

D'Andreamatteo *et al.* (2015) présentent une revue de littérature relative au *Lean Healthcare*. Elle distingue travaux de recherche théoriques et empiriques. La publication d'articles s'est amorcée au début des années 2000 et a connu une forte croissance à partir de 2010 (cf. figure 13).

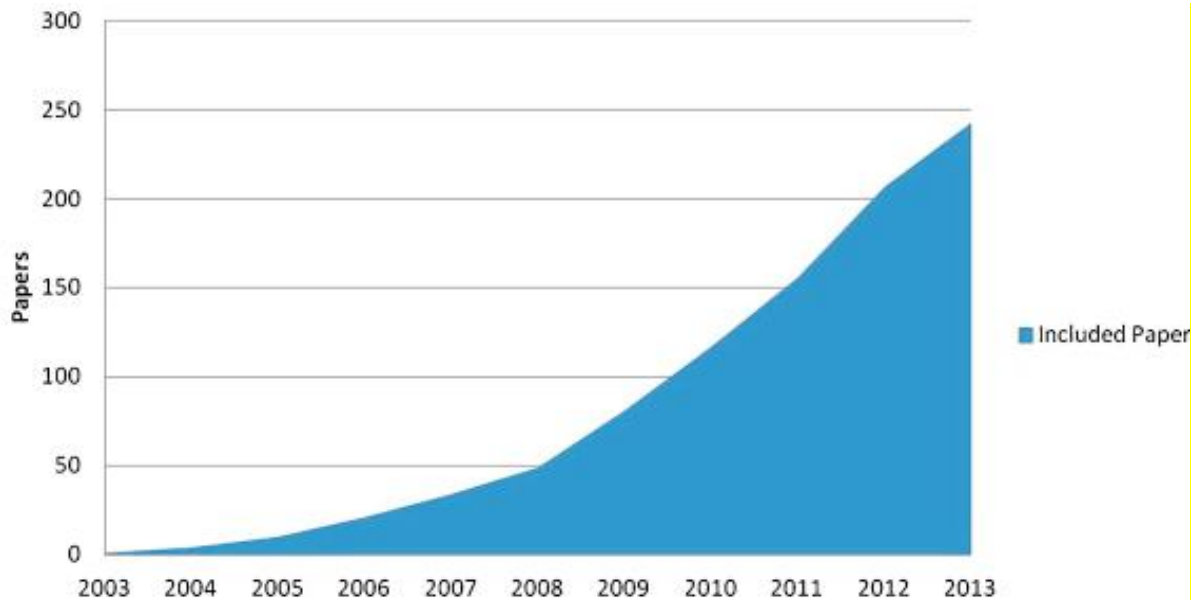


Figure 13. Publications portant sur le *Lean Healthcare*, fréquence cumulée
(Source : D'Andreamatteo *et al.*, 2015, p. 1200)

Ces travaux de recherche permettent de prendre du recul sur l'efficacité de la méthode et mettent en évidence des résultats contrastés. Hasle (2014) décrit les premières expériences *Lean Healthcare* documentées au Canada dans plusieurs établissements de santé. Elles résultent d'une volonté politique initiée en 2008. L'auteur évoque des résultats contrastés de ces expériences et souligne le long processus d'apprentissage associé à la culture *Lean* et au changement culturel profond touchant l'organisation.

De même, Hohmann (2012) souligne le faible nombre de publications sur ce sujet en France, contrairement aux États-Unis et à l'Angleterre qui laisse supposer un faible déploiement du *Lean Healthcare* en France.

3.2.1. Les succès de la méthode

Le *Lean Healthcare* est décrit dans la littérature comme une méthode efficace de réaménagement des processus (Foropon et Landry, 2014). Kim *et al.* (2006) présentent par des établissements *Lean* de renom ayant appliqué la méthode, tels que ThedaCare (à Appleton, au Wisconsin), McLeod Health (à Florence, en Caroline du Sud), Virginia Mason

Medical Center (à Seattle, dans l'Etat de Washington) et le Group Health (à Seattle, dans l'Etat de Washington). Ces établissements ont intégré la philosophie *Lean* et en ont fait un mode de gestion efficace (Marvanne, 2014).

Le niveau empirique de la recherche a permis de mettre en évidence les améliorations de la performance liées à la méthode *Lean*. D'Andreamatteo *et al.*, (2015) citent l'exemple du Virginia Mason Medical Center à Seattle qui a obtenu des résultats financiers avec des économies allant jusque 500000 dollars associés à des résultats relatifs à la qualité des soins en réduisant l'incidence et le taux de mortalité liés aux pneumonie.

Les travaux D'Andreamatteo *et al.* (2015), Hasle (2014) et Deblois et Lepanto (2013) permettent d'identifier des facteurs de succès qui sont :

- L'accompagnement du changement culturel,
- Le soutien des managers,
- Le discours soutenant l'application du *Lean Healthcare*,
- Le développement des compétences et de la maîtrise des techniques,
- L'engagement et la participation du personnel,
- L'instauration d'un environnement favorable à l'apprentissage,
- Une autonomisation des opérationnels contribue au succès du *Lean*,
- Une cohérence interne au sein de l'organisation et un alignement stratégique.

D'après D'Andreamatteo *et al.* (2015), la méthodologie issue du *Toyota Product System* (TPS) doit être adaptée aux spécificités culturelles et organisationnelles des organisations de santé. D'un point de vue organisationnel, il apparaît indispensable de désamorcer le cloisonnement caractéristique des hôpitaux.

3.2.2. Les difficultés rencontrées

La littérature rapporte peu de cas d'échec de la méthode, peut-être dû à un biais de publication. A partir de quatre études de cas menées dans le secteur de la santé, entre 2007 et 2009, Radnor *et al.* (2012), quant à eux, soulignent des effets mineurs voire limités du *Lean* sur la performance. Le *Lean* serait davantage une boîte à outils afin de répondre à des problèmes ponctuels tels que le manque de lits et nécessitant une rationalisation des ressources, plutôt qu'une réelle démarche orientée sur la satisfaction du client. Parmi les causes d'échecs, il est à noter son utilisation sans philosophie managériale associée à son application en tant que méthode *cost killer* visant à identifier et supprimer les sources de gaspillage sans consulter les

professionnels de terrain (Kim *et al.*, 2006 ; Deblois et Lepanto, 2013). Des échecs ont été décrits suite à un rejet des salariés (Marvanne, 2014).

Radnor *et al.* (2012) soulignent les difficultés de diffusion et évoquent un plafond de verre, limitant les effets de l'amélioration à un service défini sans réel déploiement au niveau organisationnel.

Des difficultés sont également présentées par Deblois et Lepanto (2013) citant les travaux de Glasgow, Scott-Caziewell, et Kaboli (2010). Elles sont liées au manque d'implication du personnel associé à une approche descendante de la démarche et à la difficulté de définir des leaders pouvant mettre en place l'approche au stade initial. Pour Poksinska (2010), l'organisation hiérarchique et la collaboration difficile entre les services constituent les principales difficultés du *Lean Healthcare*.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Ce chapitre porte sur une innovation managériale déployée au sein des organisations de santé, le *Lean Healthcare*.

La revue de littérature portant sur ce concept met en exergue des barrières et des facteurs de succès de son application. Ceux-ci soulèvent l'importance du facteur managérial au cours du processus d'innovation managériale qui peut se révéler à la fois une barrière ou un facteur de succès. Face à ce constat, nous nous engageons dans une compréhension des paramètres influençant l'efficacité de ce rôle.

Les difficultés et les facteurs de succès associés à l'application du *Lean Healthcare* et décrits dans ce chapitre laissent émerger des leviers managériaux permettant de dépasser les obstacles :

- La création de sens, les échecs pouvant être liées à une non perception du sens de l'innovation ;
- La diffusion des connaissances, relative au processus d'apprentissage ;
- Le leadership, afin d'accompagner le changement et d'encourager la participation du personnel ;
- L'agilité, nécessaire à l'adaptation de l'innovation au contexte.

Le chapitre suivant a pour objet de développer ces leviers managériaux en les intégrant au sein du contexte de notre recherche.

Chapitre 3 : Les leviers managériaux du Lean Healthcare

INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

Les nouveaux modes de gestion déployés au sein des organisations publiques tels que le NPM (*New Public Management*) et la gestion de la qualité ont engendré des modifications structurelles. Les organisations de santé centralisées sont devenues des organisations déconcentrées au sein desquelles la fonction du manager de proximité a évolué. Il convient alors de s'intéresser au rôle du manager de proximité, ses pratiques et ses champs d'intervention au cours du processus d'innovation managériale.

Après avoir décrit cette fonction clé au sein des organisations de santé (section 1), nous abordons la mobilisation des leviers managériaux favorisant le succès du processus d'innovation managériale (section 2).

Section 1. Un acteur clé, le manager de proximité

Au cours de cette section, nous présentons le concept de manager, ainsi que ses caractéristiques en lien avec son positionnement hiérarchique et son environnement organisationnel.

1.1. Le manager

La définition de manager reste encore imprécise (Dietrich, 2009), Livian (2004) relève son manque d'homogénéité dans la littérature. Elle peut être associée à une fonction, un statut ou des activités (Payre et Scouarnec, 2015) et représenter une diversité d'acteurs au sein d'une organisation.

Il apparaît comme un acteur stratégique impactant directement les performances de l'organisation en veillant « à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts que les organisateurs ont fixés à l'organisation » (Bernoux, 2014, p. 137). Il accompagne les collaborateurs vers l'atteinte des objectifs définis par la direction.

Aubert *et al.*, (2010) décrivent le processus managérial (cf. figure 14) présentant une suite d'activités des managers ayant pour objectif l'atteinte de la performance.

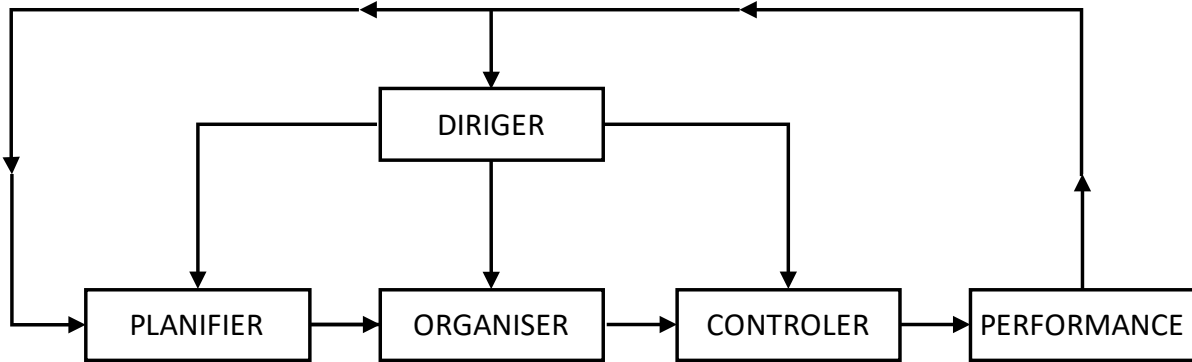


Figure 14. Le processus managérial
(Source : Aubert *et al.*, 2010, p. 10)

Le manager planifie, organise, contrôle et dirige. Ces activités renvoient au cycle d'amélioration continue PDCA avec un mécanisme de rétroaction permettant d'ajuster les décisions aux résultats obtenus.

Payre (2010) aborde le concept de manager de manière plus complexe mettant en avant une complémentarité entre :

- Le pilotage des activités,
- Le management des hommes,
- La conduite du changement,
- La contribution à l'élaboration de la stratégie.

Il porte une responsabilité dans le bon déroulement des activités et se présente comme un référent pour les opérationnels. Le manager mobilise ainsi des compétences techniques et sociales.

Claveranne (2003, p. 128-129) insiste sur la définition et les caractéristiques des objectifs qui doivent être « précis, contextualisés, hiérarchisés, mesurables et évaluables ». Ils doivent être associés à des évaluations permettant de mesurer les écarts entre les résultats obtenus et les résultats attendus afin de recadrer l'action. Grâce à ces mesures, outils d'aide à la décision, le manager peut réajuster la mise en œuvre des actions.

Parmi cette diversité de définitions, nous choisissons de retenir celle de Thiétard (2017, p. 9) qui est « action ou art, ou manière de conduire une organisation, de la diriger, de planifier son développement, de la contrôler ». Au-delà des activités du manager, cette définition souligne la complexité de leur mise en œuvre (« action ou art ou manière de conduire »).

De même, face à la diversité d'acteurs pouvant être assimilés à des managers, nous ciblons la fonction de manager de proximité, également nommé manager intermédiaire. Il peut être désigné par une terminologie différente en fonction des organisations, des pays, etc. Nous choisissons ici d'utiliser le terme de manager de proximité, marquant sa position privilégiée auprès des opérationnels.

1.2. Le manager de proximité

1.2.1. Une position centrale

Par sa position hiérarchique (cf. figure 15), le management de proximité se positionne comme un interlocuteur privilégié pour l'ensemble des acteurs de l'organisation. Ses différentes relations interpersonnelles le situent au centre des logiques professionnelles et lui permettent d'assurer le lien entre le *top management* correspondant à la direction, et les opérationnels.

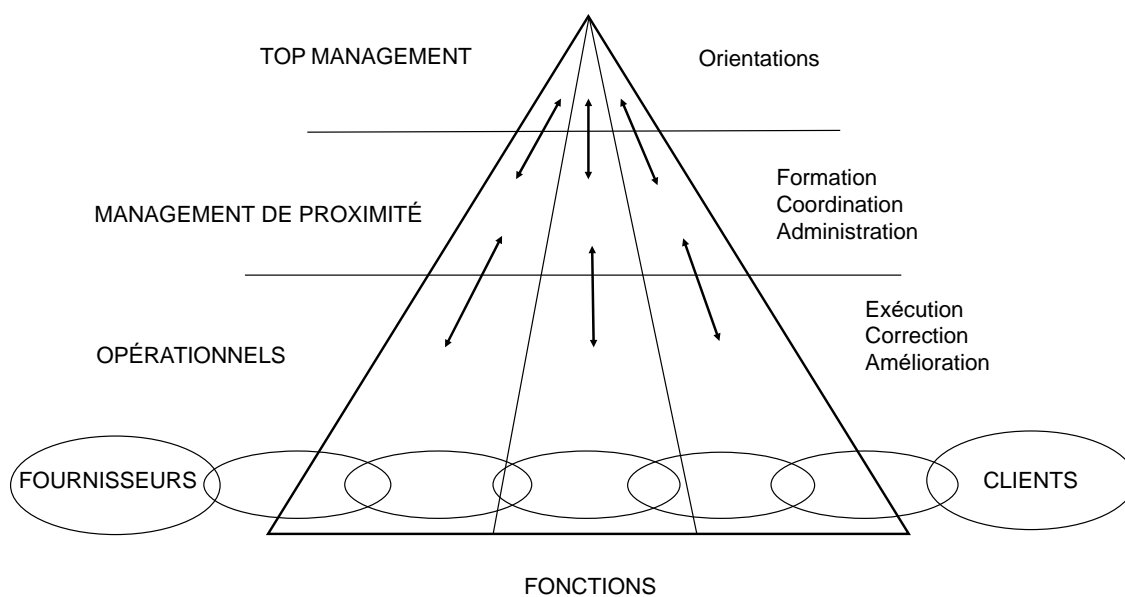


Figure 15. Les interfaces dans la pyramide organisationnelle
(Source : Susland, 1996, p. 54)

De plus, les organisations étant de plus en plus ouvertes vers l'extérieur, que ce soit vers les clients, les partenaires ou les fournisseurs, Desmarais et Abord de Chatillon (2010) reprennent les travaux de Dutton *et al.* (1997) et élargissent la position centrale du manager de proximité en incluant les interfaces extérieures. Ses relations avec le client externe contribuent à l'identification de ses besoins et permettent de définir une stratégie en adéquation. Le manager de proximité peut ainsi devenir un partenaire de sa hiérarchie dans la construction de la stratégie en orientant les décisions vers les besoins et les dysfonctionnements identifiés.

Cette position centrale peut cependant se révéler compliquée à maintenir en raison de la double mission du manager de proximité, à la fois descendante et ascendante. Beyer (1996) décrit son rôle comme essentiellement descendant, la communication ascendante, quant à elle, peut se révéler difficile et ne pas répondre aux attentes et aux besoins des acteurs de terrain (Detchessahar et Grevin, 2009). Il se positionne davantage comme un garant de l'application des décisions hiérarchiques au niveau opérationnel et n'est pas toujours en capacité de faire remonter les préoccupations du terrain. Sussland (1996) explique les difficultés pouvant apparaître au niveau des interfaces par :

- Le style de conduite du supérieur hiérarchique,
- Les rapports personnels entre supérieur hiérarchique et subordonnés,
- La concurrence entre personnes du même niveau hiérarchique.

Ce positionnement au sein de l'organisation génère des contraintes auxquelles le manager de proximité doit s'adapter.

1.2.2. Une adaptation aux contraintes

D'après le modèle de Karazek (cf. figure 16), le manager de proximité peut être soumis à d'importantes tensions causées par des exigences professionnelles fortes (contraintes de temps, diversité des activités, charge de travail, etc.) associées à une faible autonomie notamment dans la prise de décision (Van Wassenhove, 2014). De fortes exigences pourraient ainsi être maîtrisées en étant associées à une plus grande autonomie.

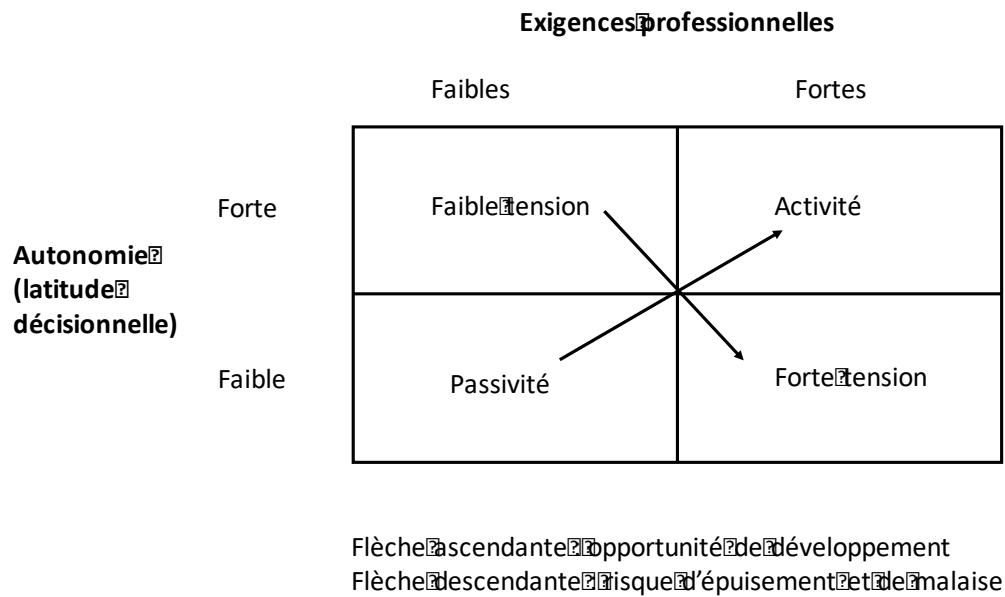


Figure 16. Modèle de Karazek, latitude décisionnelle versus demandes psychologiques
(Source : d'après Van Wassenhove, 2014, p. 2)

Ces conditions défavorables interrogent sur les capacités d'adaptation du manager de proximité. Desmarais et Abord De Chatillon (2010, p. 76) citent Reynaud (1988) et évoquent un « management des contradictions » contourné par la théorie de la régulation sociale (TRS). Elle permet au manager, au regard des exigences fixées par la direction, d'accommoder les règles en fonction des contraintes. Ce principe de régulation associe une régulation de contrôle (contrôle des pratiques) exercée par la hiérarchie et une régulation autonome (les acteurs adaptent leurs pratiques à leur convenance). Reynaud (1988) présente la régulation conjointe, combinaison acceptable des deux régulations précitées pour l'ensemble des parties prenantes. Le manager se positionne ainsi comme un régulateur des activités de son service. Il identifie ses contraintes pour ensuite les intégrer à son activité.

Afin de gérer les fortes exigences et d'éviter d'être soumise à d'importantes tensions, le manager de proximité doit chercher une forme d'adaptation en fonction de la marge de manœuvre dont il dispose.

Payre et Scouarnec (2015) soulèvent les problématiques liées à la fonction managériale et à la complexification de ce rôle pouvant être soumis aux critiques de la part des dirigeants. Ils décrivent un positionnement démagogique des dirigeants prétendant une évolution naturelle de la fonction vers un idéal sans prise de mesure et d'accompagnement de leur part. Cela risque de mettre davantage en difficulté et en échec cette profession ne pouvant plus répondre efficacement aux attentes et injonctions de sa hiérarchie. Pour Guilmot et Vas (2012), il apparaît essentiel de faire évoluer cette fonction, fortement contributive à la performance de

l'organisation.

La complexité de cette fonction est accentuée par sa double représentativité, d'une part en tant que représentant de la direction, et d'autre part en tant que représentant des opérationnels.

Mintzberg (2011) souligne le caractère contextuel du management. Un manager efficace au sein d'une entité pourra rencontrer des difficultés dans une autre entité. C'est ainsi que nous abordons les caractéristiques de cet acteur au sein de la complexité des organisations de santé.

1.3. Manager de proximité et organisations de santé

Au sein des organisations de santé, le directeur de l'établissement est considéré comme un manager de la même façon que le manager de proximité, selon la terminologie appliquée. Chacun a une responsabilité sur la mobilisation des acteurs vers la mise en œuvre d'une réponse satisfaisante aux besoins et attentes des clients (Romatet, 2007).

Chaque établissement de santé définit le rôle et les missions du manager de proximité dans des documents établis et gérés par les ressources humaines (profils de poste). Ses activités sont diverses, elles peuvent consister à organiser, décider, prévoir, motiver (Minvielle, 2003), au même titre que gérer de manière efficiente le budget alloué au service et les ressources ou encore évaluer la performance (Le Pogam *et al.*, 2003). Cette gestion engendre des obligations de résultats sur l'activité de son service. De plus, il doit concilier ses activités avec une réflexion perpétuelle sur l'amélioration de la qualité en se positionnant dans une transversalité de l'organisation nécessaire à une prise en charge du patient.

Les caractéristiques des établissements de santé et la diversité des professionnels y exerçant (Glouberman et Mintzberg, 2001) imposent au manager de créer une coopération centrée autour du patient entre ces professionnels.

D'après Sussland (1996), le manager doit constamment penser à améliorer et innover afin d'optimiser la valeur ajoutée des activités et aux moyens à mettre en œuvre. Nous précisons son rôle et les leviers managériaux qui nous semblent déterminants au regard de la revue de littérature établie, soient :

- Le leadership,
- La création de sens,
- La diffusion des connaissances,
- L'agilité.

Section 2. Leviers managériaux et innovations managériales

Notre recherche nous amène à nous intéresser au rôle investi par le manager de proximité, ses pratiques et ses champs d'intervention lors du processus d'innovation managériale. Van de Ven (1986) souligne la combinaison technique et sociale sur laquelle repose le management des innovations organisationnelles. Le versant technique correspond à la diffusion des nouvelles pratiques et l'aspect social représente l'accompagnement des modifications structurelles et interrelationnelles.

Colin *et al.* (2011) décrivent le triple rôle du manager de proximité lors de l'application de l'outil de gestion *Lean* :

- Un rôle de relais : il transmet les méthodes et les outils du *Lean management*. Il doit, pour cela, acquérir les connaissances nécessaires ;
- Un rôle de mise en application du *Lean* : il applique les principes du *Lean* ;
- Un rôle de concepteur : il doit adapter l'outil de gestion au contexte.

Cette section a pour objet de décrire les leviers managériaux mobilisés par le manager de proximité lors de l'application d'une innovation managériale, le *Lean Healthcare*. Ces leviers correspondent à deux compétences managériales : le leadership et l'agilité, et deux pratiques managériales : la création de sens et la diffusion des connaissances. Nous décrivons les modalités d'application de ces leviers favorisant le succès de cette innovation.

2.1. Leadership et innovations managériales

Tremblay (2008) présente le leadership comme l'un des facteurs principaux de succès du processus d'innovation.

2.1.1. Du manager au leader

2.1.1.1. Le leadership

Northouse (2015, p. 124) définit le leadership comme le « processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ». Cette influence peut se référer aux capacités mobilisatrices du manager évoquées par Barrand (2017, p. 125), c'est-à-dire un « catalyseur des énergies vers une finalité collective ». Pour cela, il se montre capable de s'extraire d'une culture du résultat afin de se consacrer à une optimisation du fonctionnement visant l'atteinte d'une finalité.

Lors de l'implantation d'une innovation managériale, le manager développe son leadership, dépasse sa fonction de gestionnaire et devient leader. Il change de paradigme dans sa réflexion et ses démarches de transformation en intégrant à la fois le contexte interne organisationnel et un environnement plus large (Blake et Mouton, 1964). Lors de cette réflexion, il considère l'ensemble des parties prenantes qu'elles soient internes ou externes (cf. tableau 6) (Kotter, 1990).

Tableau 6. De manager à leader
(Source : d'après Kotter, 1990, p. 62)

	Le manager	Le leader
Stratégie	Élabore la vision et la stratégie en favorisant son service.	Élabore une vision et une stratégie prenant en compte les intérêts légitimes de l'ensemble des parties prenantes.
Réseau de mise en œuvre	Bâtit un réseau soudé de subordonnés sans intégrer l'ensemble des acteurs clés (pairs, supérieurs, acteurs extérieurs).	Bâtit un réseau de mise en application comprenant les acteurs clés.

Pour cela, il doit connaître son organisation et adapter son leadership au contexte (Orazi et al., 2013).

2.1.1.2. Une pluralité de styles de leadership

Une pluralité de styles de leadership est évoquée dans la littérature. Chacun d'eux permet une adaptation à différentes situations. L'identification de la situation est établie à partir des critères suivants (Garrette *et al.*, 2009) :

- La qualité de la relation entre le leader et le groupe ;
- La légitimité du leader ;
- La description des activités à mener.

Orazi *et al.* (2013) distinguent :

- Le leadership transactionnel qui privilégie les relations transactionnelles avec les opérationnels. Il encourage l'intégrité et l'éthique avec les opérationnels ;
- Le leadership transformationnel qui combine un leadership visionnaire, charismatique et inspirant ;
- Le leadership intégré qui associe leadership transformationnel et leadership transactionnel.

Les leaders intégrés communiquent sur une vision et des objectifs clairs, ils essaient de développer la motivation des salariés et reconnaissent le travail réalisé. Orazi *et al.* (2013), reprennent cinq composantes issues du leadership intégré ayant des répercussions sur la performance en axant le leadership sur :

- Les tâches (objectifs communiqués, planification et mise en œuvre des activités, évaluation) ;
- Les relations (reconnaître chacun individuellement, être à l'écoute, les associer aux prises de décision) ;
- Le changement (faire preuve d'agilité, faire preuve de créativité) ;
- La diversité (les idées d'amélioration sont émises par tous les acteurs, les décisions sont prises par consensus) ;
- L'intégrité (principes d'égalité et d'équité).

D'après Van Wart (2003), le leadership associé au secteur public correspond au style intégré qui associe leadership transformationnel et leadership transactionnel. En 2003, dans son article *Public Administration Review*, Van Wart (2003) présente l'importance du leadership dans le secteur public en retraçant l'historique des recherches sur le concept en lien avec la complexité de ce secteur. Van Wart (2003, p. 221) définit le leadership du secteur public comme le processus consistant à « atteindre les résultats exigés par les processus autorisés de manière efficiente, efficace et légale ; développer et appuyer les exécutants qui obtiennent

ces résultats ; et adapter l'organisation à son environnement ». Ce leader atteint les objectifs fixés grâce aux opérationnels, il les soutient et leur permet d'acquérir et de développer les compétences nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Orazi *et al.* (2008) décrivent les compétences soutenant la modification des comportements favorisant l'action collective, en donnant du sens, en reconnaissant les compétences de chacun et en détectant les besoins des salariés. Face à ce leadership, les acteurs souhaitent s'améliorer et atteindre les objectifs fixés, ils sont constamment dans un processus de formation.

D'après Garrette *et al.* (2009, p. 682), chaque leader a « un style dominant, mais la clé du succès est de pouvoir passer d'un style à un autre en fonction des situations vécues et des interlocuteurs ». Ce principe renvoie à l'agilité, levier managérial présenté dans la suite de ce travail. Garrette *et al.* (2009, p. 682) synthétisent la description du leader en l'assimilant à « une personne à l'intersection du collectif, d'une histoire et d'un rôle ».

Lors de la mise en œuvre d'une innovation managériale, le leader reconnaît les compétences de chacun et est capable d'amener chacun d'entre eux vers les objectifs fixés. Il fait preuve d'écoute et implique les acteurs dans la recherche de solutions d'amélioration. Il donne du sens aux activités réalisées et accompagne les opérationnels lors de l'adaptation de l'innovation en vue de son adoption.

2.1.2. Leadership et innovation managériale

Le leadership, reconnu comme légitime, associé au temps et à l'apprentissage permet la mise en place d'une dynamique collaborative lors du processus d'innovation managériale. Le leader a une vision claire des objectifs à atteindre et associe un management relationnel à un management opérationnel (Sussland, 1996). Il combine compétences techniques et compétences sociales.

Tremblay (2008) distingue deux types de leadership dans le cadre des innovations et du changement : le leadership d'un leader d'opinion et le leadership collectif. Le leader d'opinion, par sa relation de proximité avec les opérationnels contribue à la diffusion des nouvelles pratiques (Dopson *et al.*, 2002 ; Flodgren *et al.*, 2007). Il adopte un comportement positif favorisant le succès de l'innovation (Rogers, 2003 ; Dopson *et al.*, 2002 ; Flodgren *et al.*, 2007). Tremblay (2008) soulève les interrogations persistantes sur les mécanismes mis en place par les leaders d'opinion afin de favoriser le changement. Il semble qu'ils auraient davantage d'influence au stade d'implantation de l'innovation qu'au moment de son adoption (Flodgren *et al.*, 2007). Leur contribution serait plus importante si elle est conjuguée à d'autres

interventions s'apparentant à des stratégies de marketing telles que la distribution de matériel d'information, le coaching et le feedback à la suite de l'évaluation d'un projet.

Le leadership collectif, quant à lui, s'appuie sur l'association de compétences complémentaires et expertes au niveau du pilotage du projet et dans la gestion du changement (Tremblay, 2008). Il peut être contrarié par des rivalités entre les leaders, le manque de faisabilité du projet et la non considération de l'environnement. Le leader, convaincu par l'intérêt de l'innovation et pouvant combiner son expertise à celles d'autres leaders.

Leadership et *Lean Healthcare*

L'expérience décrite lors du déploiement de la démarche *Lean* au sein de L'Hôpital Saint-Boniface au Canada (Foropon et Landry, 2014) à partir de 2004 rend compte de l'importance du leadership transformationnel en amont du déploiement du *Lean* et durant le processus de déploiement. La démarche fut initiée par le PDG (Président Directeur Général) de l'établissement, véritable leader, convaincu par l'efficacité de l'approche *Lean*. Il intègre alors cette démarche dans les orientations stratégiques. Durant 18 mois, il rencontre l'ensemble des acteurs de l'établissement afin de les convaincre de l'intérêt du *Lean*. C'est grâce à un fort leadership et à une importante communication qu'il a pu obtenir l'adhésion de l'ensemble des acteurs. Il a mis à disposition les moyens nécessaires, les ressources humaines et matérielles au déploiement de la démarche. De plus, il a favorisé une approche expérimentale basée sur les essais et le droit à l'erreur. Une réelle mobilisation collective s'est mise en place au cours d'une réflexion portant sur la résolution de problèmes. L'approche *Lean* a introduit une culture de l'amélioration continue au sein de l'établissement où chacun des acteurs s'est engagé dans la détection et la résolution de problèmes.

Cet article porte essentiellement sur le leadership du top management lors du processus d'innovation managériale et de son importance lors des phases de décision et de mise en usage.

Concernant le rôle du manager de proximité, Foropon et Landry (2014) mettent en évidence son positionnement ambigu lors de l'implantation du *Lean Healthcare*. Si l'innovation est portée par la direction et appliquée par les opérationnels, quel est le rôle du manager de proximité ? Notre recherche s'oriente ainsi vers une identification du rôle clé joué et du style de leadership qu'il convient de mobiliser par cet acteur.

Cette présentation d'une application du *Lean Healthcare* renforce l'importance du leadership.

La nécessité d'une adaptation permanente de l'innovation managériale au contexte et aux acteurs conduit à l'exploration d'un autre levier managérial, l'agilité.

2.2. L'agilité

2.2.1. Définition

Le concept d'agilité est né aux Etats-Unis au début des années 1990 (Barrand, 2017). Contrairement aux entreprises concurrentes nippones, les entreprises américaines présentaient des difficultés d'adaptation face à un environnement de plus en plus incertain. Le gouvernement américain a ainsi souhaité développer une forme de paradigme favorisant cette adaptation à l'environnement. C'est ainsi qu'est apparu le concept d'agilité correspondant à cette adaptation à l'environnement. Le changement fait partie de toute organisation et doit être intégré dans le management, « rien n'est jamais acquis définitivement et aucune structure ni aucune offre n'est définitivement performante. C'est l'acceptation du mouvement permanent qui l'est » (Barrand, 2017, p. 109). Pour Barrand (2017, p. 51), « l'organisation agile tend vers la coopération entre unités autonomes mais pas indépendantes ». Barrand (2017) assimile l'agilité à une forme de flexibilité et d'anticipation permettant de s'adapter au contexte et de réduire les risques liés à l'incertitude par une capacité de réaction réduisant les risques liés à l'incertitude. Cette approche s'impose au sein de toute organisation.

Du point de vue de l'individu, l'agilité correspond à la rapidité du temps de réaction, notamment entre l'observation et la prise de décision. Elle s'appuie sur une anticipation permanente fondée sur les relations avec les partenaires internes et externes à l'organisation et basée sur une compréhension du système en tenant compte des influences réciproques entre l'organisation et son environnement. Celui-ci comprend le client dont les besoins évoluent constamment et nécessitent une adaptation permanente de l'offre.

L'agilité permet ainsi de se positionner face à une complexité du système auquel appartient l'organisation en perpétuel mouvement et vise une aptitude à réagir rapidement aux évolutions. Pour Barrand (2017, p. 62) cette adaptation au système et à sa complexité est possible à partir de « l'idée du non fini » et la prise en compte de la part d'incertitude. L'acteur agile accepte que l'environnement soit en perpétuel changement et admet la nécessité de gérer ce changement. Le changement est reconnu et souhaité (Barrand, 2017), il est vécu comme une opportunité d'expérimentation et d'enrichissement.

2.2.2. Mobilisation de l'agilité

L'agilité émerge de l'interdépendance avec le système et d'une prise en compte des relations internes et externes. Sa mobilisation s'appuie sur une considération des relations interpersonnelles au sein de l'organisation en favorisant les échanges et le partage d'information. Elle s'inscrit dans une logique de dynamique collaborative reposant sur des intérêts partagés.

Le comportement agile, tel que décrit par Barrant (2017), mobilise le partage d'informations et soutient les pratiques coopératives. Un acteur agile est capable de capter et de diffuser l'information, il reconnaît une information clé. Ce partage est indissociable de la confiance et dépasse les jeux de pouvoir et les compétitions internes (Barrant, 2017). L'agilité suppose une transparence et un partage de l'information. Celle-ci doit être perçue et traitée de manière efficace. Le comportement agile implique de reconnaître la qualité d'une information et son impact potentiel sur la stratégie et le fonctionnement d'une organisation.

D'après Barrant (2017), l'aptitude à mobiliser l'agilité est dépendante du niveau de responsabilité, c'est-à-dire la capacité à assumer ses actes et ses décisions, à collaborer avec des acteurs de hiérarchie ou de fonction différente et une aptitude au changement. Cette responsabilité et donc l'agilité managériale requièrent le soutien de la direction, notamment dans les prises de décisions (Barrant, 2017). Ce soutien peut être plus ou moins évident si les décisions s'inscrivent dans une cohérence avec la stratégie de l'entreprise.

Agilité et *Lean*

Houle *et al.* (2015) développent l'importance de l'agilité dans la mise en place de démarches *Lean*. « Le déploiement du *Lean Santé* au Québec ne peut se réaliser sans une contextualisation locale du changement. Le mode agile permet justement d'adapter les stratégies de mise en œuvre à l'environnement sans cesse turbulent » (Houle *et al.*, 2015, p. 45). Les auteurs présentent l'agilité nécessaire à l'approche *Lean* comme la capacité à « s'adapter rapidement aux changements en étant ouverts aux nouvelles idées et en recherchant de la rétroaction qui leur permettent d'apprendre et de s'adapter continuellement » (Houle *et al.*, 2015, p. 51). Pour cela, ils encouragent l'expérimentation qui s'appuie sur « des ajustements successifs, fréquents et rapides » (Houle *et al.*, 2015, p. 51). Le manager de proximité gère les adaptations successives de l'innovation par les acteurs et intègre l'incertitude de l'environnement.

De plus, l'agilité soutient la conduite du changement lors de l'innovation managériale. Selon le modèle cognitif (Weick, 1969 ; Dutton et Jackson, 1987), un changement de l'environnement est vécu comme une incohérence entre ce que le manager prévoit, d'après son interprétation, et ce qui se passe réellement. Cette incohérence provoque une réinterprétation et amplifie les résistances des managers face au changement. L'agilité améliore la compréhension du manager des évolutions de l'environnement et favorise son adhésion au changement. Il est alors capable d'accompagner le changement tout en s'adaptant. Ils peuvent ainsi manifester des comportements variés évoluant au cours du processus de changement.

Ces compétences managériales nous amènent à l'exploration de pratiques managériales soutenant la diffusion de l'innovation managériale.

2.3. Création de sens et innovation managériale

D'après Barrant (2017, p. 51), « le sens est le socle commun sur lequel construire toute organisation humaine ». C'est ce sens qui guide l'action. Le but, la vision de l'organisation doivent trouver écho dans le sens donné aux actions. Fender *et al.* (2011) soulignent la perte de sens et de repères générée par les changements successifs et pouvant impacter *in fine* la motivation et la performance.

2.3.1. *Sensemaking* et *sensegiving*

Desmarais et Abord de Chatillon (2010, p. 75) écrivent au sujet des managers qu'ils « créent du sens (*sensemaking*) et le communiquent à leur entourage (*sensegiving*) ». La création de sens se révèle ainsi dans la pratique discursive du manager (El Gaied, 2010).

Lors du processus d'innovation, le manager doit mobiliser des compétences en communication (El Gaied, 2010 ; Olivesi, 2002). Une non-compréhension des enjeux et de l'intérêt de l'innovation peut nuire à sa diffusion (El Gaied, 2010). La mobilisation repose sur une stratégie établie et communiquée permettant aux acteurs de comprendre le sens donné à leurs actions (Fraisie *et al.*, 2003). Fraisie *et al.*, (2003, p. 157) écrivent que « les pratiques discursives deviennent ainsi un levier de changement sur lequel le manager peut agir ».

Cependant, le discours doit intégrer le système de représentations des acteurs (El Gaied, 2010). Il est ensuite possible d'adapter la terminologie utilisée lors du processus d'apprentissage (Minvielle, 1999). La création d'un sens implique une traduction des termes utilisés à chacun des acteurs et son système de représentation.

Si cette pratique peut se révéler fastidieuse au sein des organisations de santé, Fraisse *et al.*, (2003) présentent la diversité des représentations et des perceptions des acteurs comme favorisant l'émergence de la créativité et la mobilisation des acteurs.

2.3.2. Une création collective de sens

Les difficultés de collaboration pouvant exister au sein des organisations trouvent une piste de résolution dans la création d'un sens partagé (Barrand, 2017). Celui-ci permet à chacun de se positionner et de définir un engagement personnel en lien avec ce sens. Les travaux de Lewin (1973) soulignent l'influence de la synergie du groupe sur l'atteinte des objectifs. La cohésion contribue plus fortement à la performance qu'une simple juxtaposition des acteurs. L'optimum global se révèle plus efficace que la somme des optimums locaux.

Dans le contexte d'introduction du *Lean Healthcare*, s'appuyant sur une mobilisation collective, nous nous intéressons à la création de sens nécessaire. Au-delà de la création de sens qui permet la mobilisation et l'implication de chacun des acteurs, le manager de proximité vise une mobilisation collective à partir d'une création collective de sens. Nous considérons les travaux de Weick (1995) qui propose un modèle de *sensemaking* basé sur la création collective du sens en contexte organisationnel. D'après lui, plus le changement sera important, plus la création de sens doit se révéler efficace. Il présente cette production de sens comme rétrospective, à partir de l'émergence de l'expérience passée et de la culture de l'entreprise. D'après l'auteur, elle se construit lorsque les acteurs se retrouvent en situation de difficultés, lorsque leurs pratiques quotidiennes ne fonctionnent plus. Ils n'ont plus d'autres choix que de remettre en question ces pratiques et de réfléchir aux nouvelles façons d'exercer leur activité. La création collective de sens est soutenue par une situation initiale difficile et contrainte à évoluer.

Pour Tremblay (2008), la création d'une dynamique collaborative est favorisée par la définition d'un objectif commun et la mise en place des mécanismes de coordination. Ceux-ci sont conditionnés par le type de relations existant entre les acteurs, notamment la confiance (D'Amour, 2002 ; Ring et Van de Ven, 1994), et les intérêts partagés autour d'un projet commun (Abrahamson, 1991 ; Ferlie et Pettigrew, 1996).

Le manager de proximité justifie l'implantation de l'innovation managériale comme un moyen de résoudre des difficultés reconnues. Il peut ainsi défendre l'intérêt de son application et définir des objectifs encourageant la mobilisation des acteurs. Par un discours et un vocabulaire, il traduit les intérêts de l'innovation en adéquation avec le système de

représentations des acteurs. Il encourage les échanges et les interactions interpersonnelles soutenant la mobilisation collective.

Le sens donné à l'innovation permet sa diffusion au sein de l'organisation par un mécanisme d'apprentissage organisationnel.

2.4. La diffusion des connaissances

Toute innovation est caractérisée par sa diffusion (Rogers, 2003 ; Van de Ven *et al.*, 2000), soit la façon dont une nouvelle idée ou pratique circule au sein d'une organisation. Les recherches en sciences de gestion considèrent que la capacité d'innovation d'une organisation dépend du processus de création et de circulation de la connaissance (Nonaka, 1991). Ces recherches sont basées sur l'analyse des relations entre les mécanismes d'apprentissage organisationnel et les mécanismes de création de connaissances. Elles soutiennent que l'architecture cognitive de la connaissance (construction de la connaissance, enregistrement, transmission, reconstitution) conditionne le processus d'apprentissage organisationnel qui agit de manière rétroactive sur le processus d'innovation (Nonaka, 1991).

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons au rôle du manager de proximité dans cette architecture cognitive de la connaissance et de sa contribution au processus de création et de diffusion de connaissance lors du processus d'innovation managériale

Houle *et al.* (2015) présentent le processus de création de connaissances et de transfert des savoirs lors du déploiement de la démarche *Lean*. D'après les auteurs, le manager accompagne le transfert, le partage et la co-construction de connaissances propices au déploiement de la démarche. Colin *et al.* (2004) présentent les apprentissages comme le point de départ de la gestion des connaissances.

2.4.1. L'apprentissage organisationnel

La diffusion des nouvelles pratiques et leur formalisation, sont confrontées à la problématique de l'apprentissage organisationnel, c'est-à-dire au passage d'un savoir tacite à un savoir explicite (Ring et Van de Ven, 1994). L'apprentissage organisationnel induit une modification des connaissances, soit un changement cognitif lié à une interprétation, une assimilation de l'information acquise.

La théorie de la création des connaissances de Nonaka (1991) a abouti au modèle SECI (Socialisation, Externalisation, Combinaison, Internalisation) (cf. figure 17).

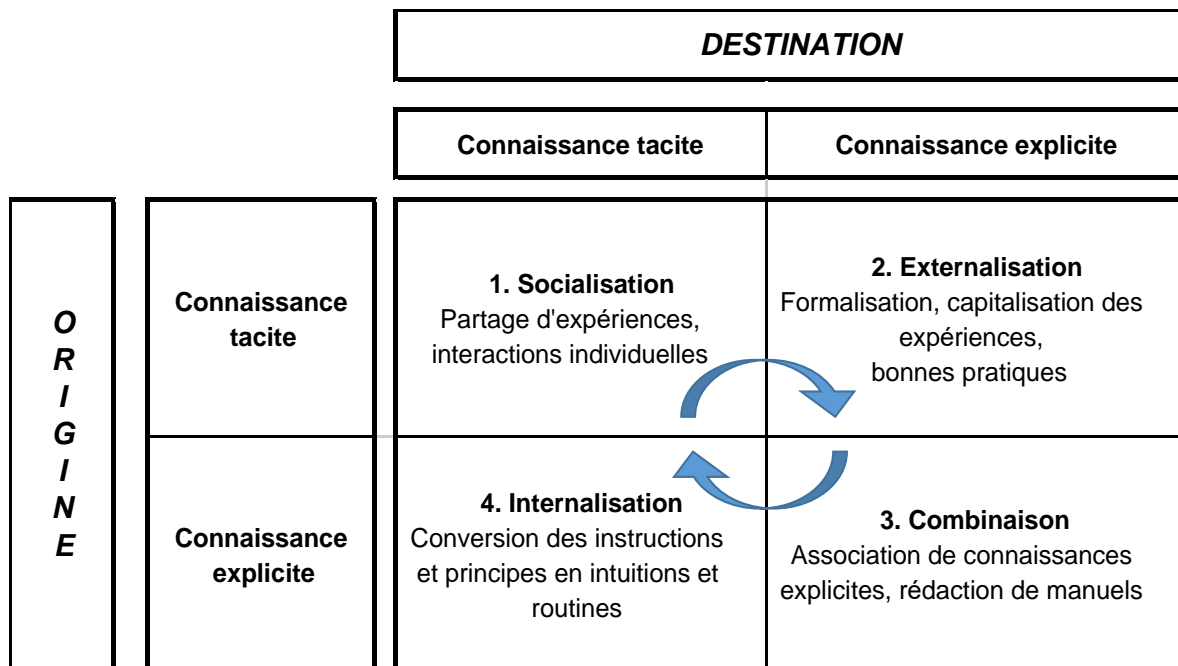


Figure 17. Modèle de création des connaissances : le SECI
(Source : Nonaka, 1991, p. 46)

Le processus de création de connaissances repose sur quatre étapes :

- La socialisation permettant le partage d'expériences ;
- L'externalisation, l'expérience est capitalisée en étant formalisée. ;
- La combinaison, les savoirs explicites sont alors combinés ;
- L'internalisation, permettant l'appropriation des nouvelles connaissances.

D'après les travaux d'Argyris et Schön (1978) sur la théorie de l'apprentissage organisationnel, la création de connaissance est initiée par les acteurs et le processus d'apprentissage organisationnel permet la transmission de la connaissance et son implantation au niveau organisationnel.

Cependant, le modèle SECI a été discuté (Tsoukas, 2003) et complété par d'autres travaux (Lièvre *et al.*, 2016). En effet, des interrogations subsistent concernant les interactions complexes qui s'instaurent au sein des organisations innovantes. Une relation directe de l'individuel vers le collectif paraît insuffisante. La création de connaissances implique une évaluation des nouvelles idées et suppose des facteurs, des étapes et des acteurs intermédiaires.

Dumas *et al.* (2013) soulignent l'importance du management dans le processus de création et de transfert de connaissance. Le manager de proximité peut ainsi contribuer à la mise en place des interactions nécessaires au transfert des connaissances et à la diffusion de l'innovation (Beaulieu et Kalika, 2015). Il doit encourager le processus de socialisation assurant les échanges et le partage d'expériences.

2.4.2. Le processus d'apprentissage lié à la diffusion de l'innovation managériale

La diffusion d'une innovation et l'adoption des changements liés s'appuient sur un processus d'apprentissage (Argyris, 1986). D'après Alänge *et al.* (1998), l'innovation managériale est définie par son adaptation à l'organisation par les acteurs lors de sa mise en œuvre. Il y a donc un gap entre la conception de l'idée novatrice et l'action liée à cette idée (Tremblay, 2008). S'il est difficile voire impossible d'anticiper sur le changement de pratiques des acteurs, l'adaptation est essentielle au succès de l'innovation.

Rogers (2003) évoque le modèle de prédictibilité, permettant d'anticiper les modalités d'adoption d'une innovation. Le rythme de diffusion suit plusieurs étapes qui sont :

- Une phase d'initiation lente,
- Une accélération rapide du nombre de personnes adoptant l'innovation,
- Puis une décélération de ce nombre,
- Enfin une acceptation des personnes ne l'ayant pas adopté.

Ces différentes étapes laissent émerger un mécanisme de transmission de savoirs et de pratiques qui évolue au cours du temps. Le facteur temps apparaît comme déterminant pour le succès de l'innovation et l'instauration d'un changement durable des pratiques. Il est essentiel de respecter le délai nécessaire à l'adoption pour une diffusion généralisée. De plus, Tremblay (2008) souligne la nécessité de l'expérimentation des nouvelles pratiques pour qu'elles puissent devenir des routines. « La structure/action autour de l'innovation permet l'expérimentation des nouvelles pratiques qui, si elles deviennent des routines que l'on prend pour acquis, deviendront institutionnalisées » (Tremblay, 2008, p. 26).

Le manager de proximité doit considérer ce processus d'apprentissage lors du déploiement d'une innovation managériale en s'assurant de disposer du temps nécessaire. Il encourage les capacités d'adaptation et d'adoption des nouvelles pratiques des acteurs en autorisant une approche expérimentale et en permettant le temps de l'apprentissage.

Les mécanismes de diffusion de l'innovation s'appuient sur une structure organisationnelle encourageant le transfert de connaissances (Beaulieu et Kalika, 2015).

2.4.3. L'organisation apprenante

Drucker (1992) présente l'organisation comme un espace de connaissances et d'agencement des connaissances ayant pour finalité le changement et l'innovation. L'organisation apprenante, quant à elle, est « capable de créer, acquérir, et transférer de la connaissance, et de modifier son comportement pour refléter de nouvelles connaissances » Garvin (1993, p. 80). Elle est associée à un « phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration de compétences qui modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes » (Koenig, 2015, p. 87). Ces définitions soulèvent le caractère collectif de l'acquisition de nouvelles connaissances issu des interactions entre les acteurs.

La figure 18 présente les facteurs globaux de l'organisation apprenante liés aux évolutions de l'environnement et aux compétences spécifiques existant au sein de ces organisations.

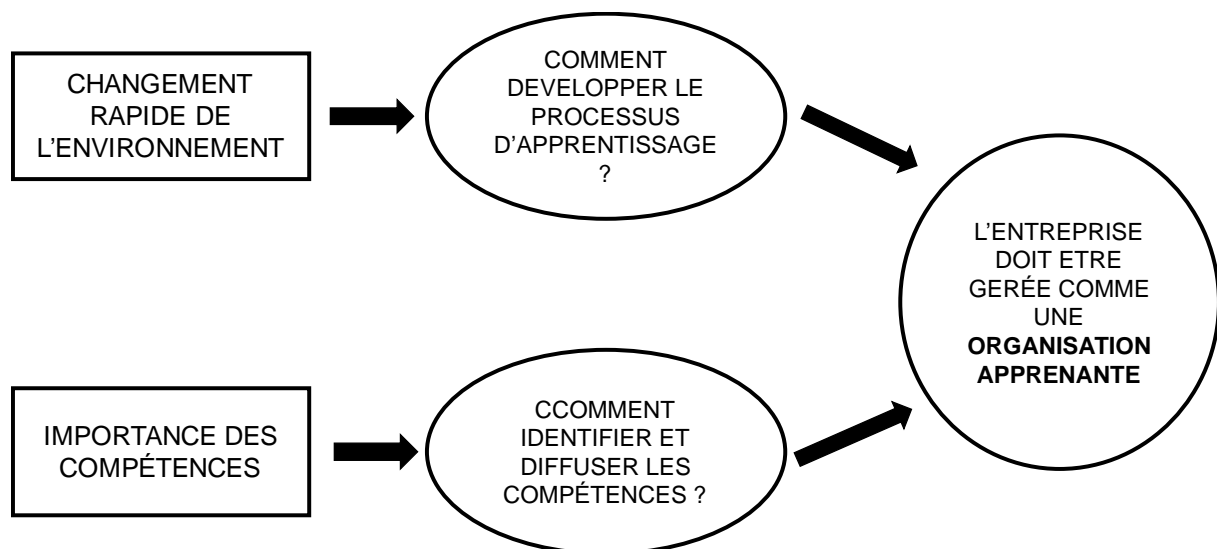


Figure 18. Facteurs globaux de l'organisation apprenante
(Source : d'après Helfer *et al.*, 2006, p. 360)

L'organisation apprenante est ainsi capable de réagir aux incertitudes de l'environnement et s'assure de détenir les ressources humaines nécessaires.

Ce type d'organisation privilégie les processus collectifs de création, diffusion et assimilation des connaissances et des savoir-faire dans l'organisation (Livian, 2008).

Luangsay-Catelin et Notebaert (2009) renvoient à la cohérence interne et la collaboration entre les acteurs basés sur la gestion de l'information et des connaissances. La gestion des connaissances est « l'ensemble des méthodes et des techniques permettant de percevoir, d'identifier, d'analyser, d'organiser, de mémoriser et de partager des connaissances entre les membres d'une organisation » (Le Pogam *et al.*, 2009, p. 126). Drucker (1992) présente

l'organisation comme un espace de connaissances et d'agencement des connaissances ayant pour finalité le changement et l'innovation.

Nous avons ainsi mis en évidence les leviers managériaux favorisant le processus d'innovation managériale. Le leadership, la création collective de sens et la diffusion des connaissances s'appuient sur une agilité permettant une adaptation à l'évolution de l'innovation et aux incertitudes de l'environnement. Toutefois, la complexité de la fonction managériale et les difficultés associées nécessitent la mise en place de conditions favorables, d'un soutien et d'un accompagnement managérial.

2.5. Accompagnement managérial et innovations managériales

Le manager se définit comme un acteur du développement des compétences des collaborateurs, un vecteur de performance et un levier d'amélioration. Trouvé (2009) souligne l'augmentation des exigences vis-à-vis des managers et l'évolution de leurs compétences et de leurs missions nécessitant la mise en place d'actions de formation et de développement de cette fonction. C'est pourquoi un accompagnement adapté peut favoriser les activités de cet acteur. Il est également à noter qu'un accompagnement managérial contribue à la diffusion des connaissances au sein des organisations (Dumas *et al.*, 2012).

Pour Dubouloz (2013), il est primordial d'accompagner les managers de proximité et les amener à développer une réflexion sur leurs missions lors d'un processus d'innovation managériale. « Ils sont une des clés à la résistance, à la création de sens, au climat social propice à l'IO » (Dubouloz, 2013, p. 138).

Dumas *et al.* (2012) préconisent des actions d'encouragement et la mise en place d'un système de reconnaissance. Ils insistent également sur la mise à disposition des ressources nécessaires comprenant un temps dédié à l'application d'un outil de gestion. Les politiques de ressources humaines ont joué un rôle majeur dans l'accompagnement des managers et le développement de compétences (Dupuich, 2009). Dupuich (2009) décrit des actions en faveur de l'instauration d'une autonomie contrôlée qui favorise la prise d'initiative des managers. Cependant, cette autonomie implique l'acquisition de compétences théoriques et pratiques.

Au-delà d'un accompagnement managérial ciblé, l'environnement interne de l'organisation doit mettre en place des conditions favorables permettant la motivation, la collaboration, la créativité supportant le processus d'innovation managériale (Sussland, 1996). Ces conditions sont soutenues par une cohérence interne dans la déclinaison de la stratégie, à tous les

niveaux de l'organisation. L'environnement laisse un espace à chaque acteur qui s'identifie à son entreprise et développe un sentiment d'appartenance permettant la collaboration et la communication. La direction met en place les moyens d'expression nécessaires (espaces de créativité) afin de favoriser la créativité et l'innovation. Elle contribue au développement des relations au sein de l'organisation et de la « dimension humaine de l'entreprise », comprenant : « culture d'entreprise, style de gestion, délégation des pouvoirs ou *empowerment*, encouragement de la participation, encouragement de toute initiative individuelle ou collective, organisation et soutien du travail en équipe, système de reconnaissance collective et individuelle » (Susland, 1996, p. 122).

C'est ainsi que peut émerger une confiance indispensable à la coopération, la collaboration et la communication nécessaires à l'action collective. Une direction peut exprimer sa confiance en intégrant les professionnels dans toute démarche d'amélioration continue, en déléguant le processus de prise de décision et les activités de contrôle aux opérationnels, « la confiance c'est la certitude généralisée que l'on peut se fier à chacun » (Barrand, 2017, p. 139). Cette délégation permet une meilleure réactivité des managers de proximité et des opérationnels. De même, il semblerait pertinent de favoriser le partage d'expériences entre managers, le développement des connaissances et des compétences au niveau de l'organisation (Cohendet *et al.*, 2003).

Lors d'une innovation managériale, le top management doit ainsi s'assurer de l'instauration de conditions favorables, mais également de mesures de soutien auprès du manager. La direction et les ressources humaines doivent développer et pratiquer des actions en faveur de (Susland, 1996 ; Baraud-Didier *et al.*, 2003) :

- La participation active et la responsabilisation,
- L'incitation,
- Le conseil,
- La reconnaissance.
- La formation,
- La communication,
- Les pratiques de soutien,
- Les pratiques de contrôle.

Alis *et al.*, (2010, p. 110) évoquent la nécessité de soutien à l'hôpital renvoyant à des facteurs émotionnels et de reconnaissance.

Si l'accompagnement managérial se révèle favorable au processus d'innovation managériale, Payre et Scouarnec (2015) présentent une possible résistance des responsables hiérarchiques aux évolutions de la fonction managériale. L'accompagnement managérial peut alors volontairement être négligé.

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Le manager de proximité se révèle être un acteur clé au sein des organisations qui, par une opérationnalisation de la stratégie, intervient dans l'atteinte des objectifs. Si sa position centrale au sein de l'organisation en fait un interlocuteur privilégié, elle peut également être à l'origine d'une complexité de la fonction.

Suite à la revue de littérature du chapitre précédent, nous associons à cette fonction des leviers managériaux soutenant le processus d'innovation managériale. Nous supposons qu'une mobilisation de ces leviers peut influencer le succès de l'innovation managériale. Cependant, face aux exigences du *top management* et à la complexité des organisations de santé, ce manager doit faire face à des difficultés dans l'accomplissement de ces missions. Il revient alors à la direction de mettre en place les conditions favorables à ces activités grâce à un accompagnement efficace.

Ce cadre théorique laisse émerger une réflexion portant sur le rôle du manager de proximité lors du processus d'innovation managériale et les modalités de mobilisation des leviers managériaux identifiés. Cette réflexion conduit à préciser la problématique de notre travail de recherche.

Chapitre 4. Problématique – Cadre conceptuel

INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

Ce quatrième chapitre a pour objet de présenter la problématique soulevée par le cadre théorique. En effet, la revue de littérature établie permet de mettre en évidence l'importance du rôle du manager de proximité lors de l'implantation d'une innovation managériale.

Cependant, au regard de cette littérature, il semblerait nécessaire d'approfondir les caractéristiques de ce rôle managérial en explorant les leviers managériaux identifiés et en évaluant leur influence sur les étapes successives d'implantation de l'innovation. C'est ce que nous proposons d'explorer au cours de ce travail de recherche qui ambitionne de révéler l'influence des leviers managériaux au cours des étapes successives d'une innovation managériale particulière, le *Lean Healthcare*.

Au cours de ce chapitre, nous présentons dans un premier temps une synthèse de l'état de l'art actuel issu de la revue de littérature réalisée (section 1) nous conduisant à soulever, dans un second temps, une question de recherche (section 2). A partir de la problématique énoncée, nous exposons le cadre conceptuel de notre travail (section 3).

Section 1. L'état de l'art actuel

Le cadre théorique permet d'appréhender l'état de l'art actuel relatif aux concepts d'innovations managériales, et plus spécifiquement de *Lean Healthcare*, et de management de proximité en envisageant un contexte précis, les organisations de santé.

1.1. Les innovations managériales

La revue de littérature a permis une étude des travaux portant sur l'innovation managériale considérée comme un long processus d'apprentissage caractérisé par :

- Une chronologie des étapes de l'innovation managériale distinguant trois phases : la décision, la mise en usage et la poursuite de l'usage, soutenant l'adaptation puis l'adoption de l'innovation ;
- Des obstacles et des facteurs de succès en lien avec ces différentes étapes.

De même, la littérature souligne la dépendance entre une innovation managériale et son contexte d'application. Notre réflexion porte ainsi sur un type d'organisation qualifié de complexe, les organisations de santé. Celles-ci correspondent à des bureaucraties professionnelles présentant une diversité de compétences professionnelles et de domaines d'expertise. Le processus d'innovation managériale doit s'adapter à ce type d'organisation et à son fonctionnement, en dépassant le cloisonnement lié aux communautés de pratiques et pouvant entraver la diffusion de l'innovation.

Afin d'explorer le concept d'innovation managériale, nous nous orientons vers une innovation précise, le *Lean Healthcare*, ayant récemment investi le secteur de la santé. Cette innovation s'appuie sur une reconnaissance des compétences des opérationnels en les impliquant dans la recherche de solutions d'amélioration. Elle modifie le fonctionnement de l'organisation, par une redistribution des rôles et des responsabilités, et remet en question le processus de décision. Les résistances y liées peuvent être réduites par l'instauration d'une philosophie managériale prônant le développement des compétences des opérationnels.

Enfin, la revue de littérature met en évidence des résultats contrastés de cette approche et permet l'identification de barrières et de facteurs de succès. Pour les établissements ayant la volonté de déployer cette innovation managériale, il est nécessaire d'identifier les obstacles potentiels et de mettre en place les actions nécessaires à son succès.

Parmi les barrières identifiées, le manque de proximité de la fonction managériale constitue un obstacle majeur survenant principalement pendant les étapes de mise en usage et de poursuite de l'usage.

1.2. Le manager de proximité

La revue de littérature relative au concept de manager de proximité met en évidence son caractère clé au sein des organisations. Par sa position centrale, il représente un interlocuteur privilégié, d'une part de la direction mais également, des opérationnels. Cependant, la double représentativité de cette fonction et les missions associées peuvent être contraintes par une communication descendante naturelle mais une communication ascendante moins évidente. Le manager de proximité est également soumis à de fortes exigences associées à une faible latitude décisionnelle pouvant engendrer des tensions et des difficultés.

Cette fonction est marquée par une évolution de son rôle et de ses missions au cours de ses dernières années. Auparavant affectée à un rôle de gestionnaire, leur rôle est désormais

d'encourager et d'accompagner la mobilisation des opérationnels dans l'atteinte des objectifs stratégiques.

La mise en place d'un management de proximité favorisant la dynamique collective et la diffusion de l'innovation, se révèle un élément décisif du succès de l'innovation.

Le cadre théorique révèle quatre leviers managériaux influençant ce type d'innovation :

- Le leadership : marquant la capacité à mobiliser une équipe vers un objectif commun ;
- L'agilité : l'incertitude caractérisant l'innovation impose une faculté d'adaptation à son environnement à partir d'une réactivité au regard des informations captées ;
- La création collective de sens par la pratique discursive ;
- La diffusion de connaissances par la mise en place de mécanismes de diffusion des nouvelles connaissances.

Cependant, cette fonction est exposée à des difficultés pouvant entraver la capacité de mobilisation de ces leviers. Elle peut être soumise à des contraintes réduisant son autonomie ou être accaparée par des activités de gestion. Cependant, grâce aux zones d'incertitude entourant le rôle et les activités de chaque acteur, le manager de proximité peut mettre en place un système de régulation lui permettant d'adapter ses pratiques aux exigences de sa hiérarchie.

Cet état de l'art amène la formulation d'une question centrale de recherche.

Section 2. La question de recherche

La revue de littérature relative au *Lean Healthcare* met en exergue des résultats contrastés de son application que nous avons souhaité explorer. Le succès de l'innovation managériale est lié à son contexte d'application, mais également à la mise en œuvre de facteurs de succès, soutenant sa diffusion et son adoption, tels que l'approche managériale associée.

Le cadre théorique soulève des interrogations relatives à cette influence managériale en considérant des leviers managériaux soutenant la diffusion et l'adoption de l'innovation managériale. Cette réflexion oriente notre travail de recherche sur les modalités et les capacités de mobilisation de ces leviers par le manager de proximité au sein des organisations de santé et laisse émerger la question de recherche suivante :

Comment la mobilisation des leviers managériaux par le manager de proximité peut-elle favoriser le succès d'une innovation managériale ?

Cette problématique principale induit plusieurs questionnements secondaires :

- Quelle est l'influence des différents leviers sur chacune des étapes successives du processus d'innovation managériale ?
- Quelles sont les capacités du manager de proximité à appliquer et combiner efficacement ces leviers managériaux ?
- Comment le top management peut-il accompagner la mobilisation de ces leviers ?

La problématique de notre travail de recherche porte ainsi sur le rôle clé du manager de proximité lors d'une innovation managériale et les modalités de mobilisation des quatre leviers managériaux identifiés : le leadership, l'agilité, la création de sens et la diffusion des connaissances lors de la décision, la mise en usage et la diffusion et l'adoption de cette innovation managériale.

Nous ambitionnons d'identifier l'influence de ces leviers sur les différentes étapes de l'innovation managériale, mais également les capacités de mobilisation de ces leviers par le manager de proximité au cours de l'exercice de ses fonctions.

Le cadre théorique exposé et la problématique soulevée permettent la proposition d'un cadre conceptuel structurant la démarche de notre recherche.

Section 3. Le cadre conceptuel

A partir de la problématique énoncée, nous établissons un cadre conceptuel soutenant les principaux thèmes de notre travail de recherche (cf. figure 19).

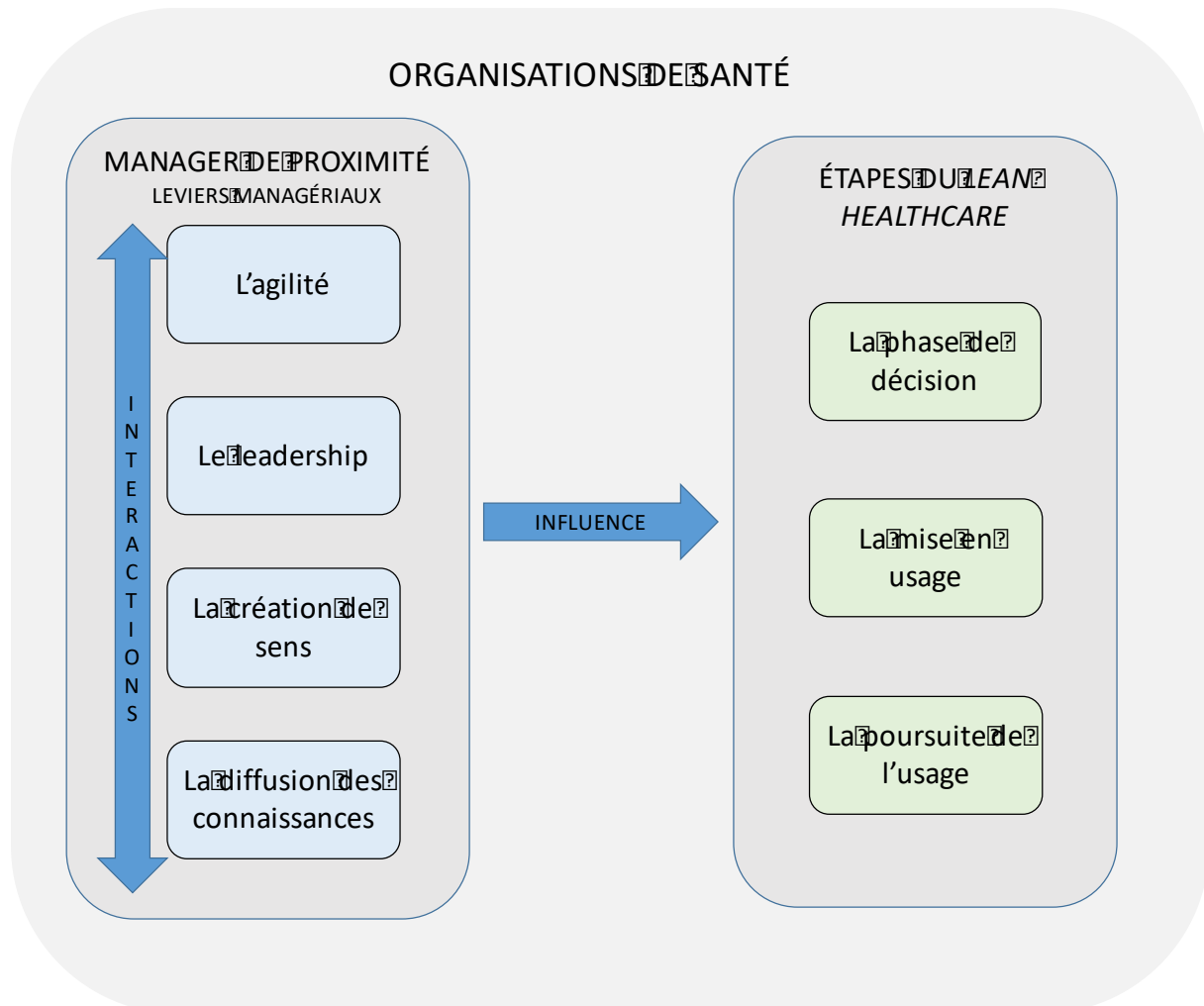


Figure 19. Cadre conceptuel de la recherche

Le cadre conceptuel reprend les quatre leviers managériaux, deux compétences managériales et deux pratiques managériales, identifiés lors de l'élaboration du cadre théorique ainsi que les trois étapes de l'innovation managériale.

Nous souhaitons ainsi explorer :

- L'influence des différents leviers managériaux sur chacune des étapes de l'innovation managériale. ;
- Les relations entre les différents leviers managériaux.

Nous ambitionnons ainsi de préciser et valider le cadre conceptuel présenté ci-dessus en le décomposant par levier managérial et étape du processus à partir des explorations menées au cours de notre recherche, et ainsi proposer un modèle théorique.

Le travail de recherche mené s'inscrit dans une organisation complexe, les organisations de santé publiques et concerne une innovation managériale particulière, le *Lean Healthcare*.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

Ce quatrième chapitre conclue la partie portant sur le cadre théorique de la recherche en énonçant la question de recherche émergente de la revue de littérature, et amorce le cadre empirique de notre recherche.

L'état de l'art actuel relatif au concept d'innovation managériale révèle le rôle clé du manager de proximité sur son processus de diffusion. Cependant, cette fonction peut être soumise à d'importantes contraintes pouvant entraver d'éventuelles missions associées à l'implantation d'une innovation managériale. Ces contraintes peuvent être amplifiées au sein des organisations de santé qualifiées d'organisations complexes. Notre travail de recherche ambitionne ainsi de préciser l'influence du manager de proximité sur le processus d'innovation managériale au sein des organisations de santé.

A partir de la question de recherche énoncée et du cadre conceptuel construit, notre recherche vise à soutenir les démarches d'innovations au sein des hôpitaux.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

Cette première partie introduit notre travail de recherche par une présentation du cadre théorique mobilisé. Les concepts de qualité et d'outils de gestion permettent d'appréhender de manière exhaustive le concept de management de la qualité, ainsi que ses spécificités en lien avec la complexité des organisations publiques et des organisations de santé qui constituent notre terrain de recherche.

Le management de la qualité et les évolutions de l'environnement de ces organisations ont favorisé l'émergence d'une dynamique d'innovation. Afin d'explorer le concept d'innovation managériale, nous nous sommes orienté vers une innovation managériale issue du management de la qualité : le *Lean Healthcare*. Celle-ci est décrite dans la littérature comme une succession d'étapes qui sont les phases de décision, de mise en usage et de poursuite de l'usage. Au cours de ces étapes successives, elle peut être confrontée à des barrières ou des facteurs de succès pouvant évoluer au cours de chacune d'elles.

L'influence managériale et la nécessité d'une proximité avec les acteurs de l'organisation contribuent à l'adoption de l'innovation. La littérature met en exergue quatre leviers managériaux pouvant favoriser leur succès :

- Le leadership,
- L'agilité,
- La création de sens,
- La diffusion des connaissances.

Nous nous sommes alors intéressé à un acteur précis de la sphère managériale, le manager de proximité. Par sa proximité avec le terrain et sa position intermédiaire, il apparaît comme le manager le plus apte à mobiliser ces leviers. Notre recherche porte ainsi sur l'influence des leviers identifiés sur chacune des étapes de l'innovation managériale et sur les interactions entre ces leviers pouvant majorer leur influence. Cependant, face à la complexité de cette fonction et à ses contraintes associées au contexte des organisations publiques de santé, il convient de s'interroger sur la capacité de mobilisation de ces leviers.

Au cours de ce travail de recherche, nous ambitionnons ainsi de répondre à la problématique issue de notre revue de littérature. Nous souhaitons mettre en exergue l'influence des leviers managériaux, en lien avec les étapes de l'innovation managériale, sur le succès de l'implantation du *Lean Healthcare*. La validité de la recherche implique un cadre empirique soutenant le cadre théorique établi. Il convient alors de définir le cadre méthodologique et empirique de la recherche.

Partie II : Cadre méthodologique et empirique

INTRODUCTION DE LA PARTIE II

La généralisation analytique repose sur un schéma théorique et un fait empirique s'insérant dans cette théorie. Le résultat aura ainsi une portée générale.

A partir du cadre théorique exposé, nous souhaitons, à travers une méthode empirique, mettre en exergue et évaluer l'influence des leviers managériaux lors du processus d'innovation managériale. Nous ambitionnons de proposer un modèle théorique décrivant les modalités optimales de mobilisation des leviers identifiés au cours du processus d'innovation managériale.

Cette deuxième partie a pour objet de présenter le cadre méthodologique et empirique de notre recherche. Nous présentons dans un premier chapitre la méthodologie envisagée en justifiant ce choix (chapitre 5). Cette méthodologie est une recherche-intervention qui nous permet de produire des connaissances à partir de nos interactions avec les acteurs du terrain. Nous participons activement au déploiement d'une innovation managériale précise, le *Lean Healthcare* et accompagnons les acteurs de l'organisation, plus précisément le manager de proximité, dans l'objectif de répondre à la problématique énoncée. Lors de l'application de cette méthodologie et dans l'intérêt de garantir une validité des résultats, nous veillons à maintenir une distance nécessaire à la rigueur scientifique de la recherche.

Dans un sixième chapitre, nous exposons le terrain investi pour cette recherche, un établissement hospitalier situé au Grand-Duché de Luxembourg (chapitre 6). Nous mettons à profit notre expérience professionnelle au sein des organisations de santé afin d'accéder à un terrain favorable aux conditions de notre recherche. Nous orientons notre choix vers un établissement hospitalier promouvant une culture de l'innovation et favorable à la mise en place du *Lean Healthcare*.

Chapitre 5. Choix méthodologiques

INTRODUCTION DU CHAPITRE 5

Nos choix méthodologiques s'inscrivent dans une cohérence avec la problématique de recherche énoncée. Afin de donner validité et légitimité à notre recherche, nous nous inscrivons dans un positionnement épistémologique constructiviste lié à notre vision de la réalité (section 1). Ce positionnement conditionne la nature des connaissances produites et la méthodologie employée, i.e. une recherche-intervention (section 2). Les connaissances produites à partir d'une démarche hypothético-abductive visent la construction d'un modèle de mobilisation des leviers managériaux dans un contexte d'innovation managériale. Cette méthodologie conditionne le protocole de recherche suivi, les outils d'investigation appliqués et les méthodes d'analyse des données recueillies (section 3). Nous présentons enfin les conditions de validité de la recherche (section 4) et les risques liés la méthodologie appliquée (section 5).

Section 1. Positionnement épistémologique

Le positionnement épistémologique est indissociable de toute recherche (Thiétard, 2014). Il permet une cohérence et assure une validité au travail de recherche en précisant la nature de la connaissance produite. Le positionnement adopté est lié au contexte et à une certaine vision de la réalité. Les sciences de l'organisation présentent trois principaux paradigmes épistémologiques (Thiétard, 2014) :

- Le positivisme qui s'attache à décrire la réalité de manière objective. La production de connaissance s'appuie sur une découverte et une explication de la réalité ;
- L'interprétativisme qui vise à comprendre la réalité en l'interprétant ;
- Le constructivisme qui amène à construire la réalité.

Le statut des données s'en trouve ainsi modifié. Elles peuvent soit s'inscrire dans une réalité objective dans le cadre du positivisme, soit résulter d'une construction par interaction entre le chercheur et l'objet étudié, dans le cadre du constructivisme (Thiétard, 2014).

Dans le paradigme du positivisme, nous notons une indépendance entre les données et le chercheur, alors que dans le constructivisme, il y a une interdépendance entre l'objet étudié et le chercheur. Le paradigme interprétativiste, quant à lui, « passe par la compréhension du sens que les acteurs donnent à la réalité » (Thiétart, 2014, p. 23). La création de connaissances s'appuie sur la perception des acteurs tenant ainsi compte de leur système de

représentation. Les données sont construites conjointement par le chercheur et les acteurs de manière progressive au cours de la recherche.

Ces trois approches se distinguent par des paramètres tels que la vision de la réalité, soit la façon d'aborder le réel, la relation sujet/objet, ou encore l'origine de la connaissance (cf. tableau 7).

Tableau 7. Approches de la réalité et objets de recherche
(Source : d'après Thiétard, 2014, p. 40)

	Approche positiviste	Approche interprétativiste	Approche constructiviste
<i>Vision de la réalité</i>	Ontologie du réel	Phénoménologie du réel	Phénoménologie du réel
<i>Relation sujet/objet</i>	Indépendance	Interaction	Interaction
<i>Objectif de la recherche</i>	Découvrir la structure de la réalité	Comprendre les significations que les gens attachent à la réalité sociale; leurs motivations et intentions	Construire une représentation instrumentale et/ou un outil de gestion utile pour l'action
<i>Validité de la connaissance</i>	Cohérence avec les faits	Cohérence avec l'expérience du sujet	Utilité/convenance par rapport à un projet
<i>Origine de la connaissance</i>	Observation de la réalité	Empathie	Construction
<i>Nature de l'objet de recherche</i>	Interrogation des faits	Développement d'une compréhension de l'intérieur d'un phénomène	Développement d'un projet de connaissances
<i>Origine de l'objet de recherche</i>	Identification d'insuffisances théoriques pour expliquer ou prédire la réalité	Immersion dans le phénomène étudié	Volonté de transformer la connaissance proposée en élaborant de nouvelles réponses
<i>Position de l'objet dans le processus de recherche</i>	Extérieure au processus de recherche	Intérieur au processus de recherche. Se construit dans le processus de recherche	Intérieure au processus de recherche. Guide et se construit dans le processus de recherche.

Le chercheur s'inscrit dans un positionnement reflétant sa conception de la réalité et soutenant une cohérence avec le processus de création de connaissances. Afin de se positionner, il convient dans un premier temps de définir la manière de voir et d'aborder la réalité. Cette vision de la réalité constitue le premier élément permettant de distinguer le positivisme des deux autres paradigmes, le constructivisme et l'interprétativisme. La réalité objective du

positivisme s'oppose à la construction du réel du constructivisme et de l'interprétativisme. Cette approche de la réalité conditionne la relation du chercheur à l'objet d'étude, la validité de la connaissance, l'origine de la connaissance, la nature et l'origine de l'objet de recherche et la position de l'objet dans l'objet de recherche.

Notre recherche s'inscrit dans un positionnement constructiviste visant à construire une réalité à partir des concepts théoriques présentés dans la première partie de notre travail. Nous accompagnons la mobilisation des leviers managériaux au cours de la recherche à partir de nos interactions avec les acteurs de l'organisation. Nous ambitionnons une construction de connaissances à partir de nos interactions avec l'objet étudié, soient les acteurs exerçant au sein de l'organisation de santé qui constitue notre terrain de recherche. Thiétard (2014, p. 44) qualifie cette connaissance de « contextuelle, relative mais surtout finalisée ». La finalité de notre recherche porte sur la proposition d'un modèle conceptuel relatif à la mobilisation des leviers managériaux au sein des organisations de santé confrontées à l'implantation d'une innovation managériale.

Charreire et Huault (2001, p. 33), citant les travaux de Hudson et Ozanne (1988), écrivent au sujet de la méthodologie relative au constructivisme : « afin d'engendrer une connaissance qualifiée d'idiographique, le chercheur doit se trouver immergé dans le contexte d'observation, développer une intelligence de ce contexte en s'imprégnant du langage des acteurs et faire preuve tout autant d'empathie que d'opportunisme méthodologique ». Afin de répondre à cette exigence, nous nous engageons en immersion dans le contexte de notre recherche au plus près des acteurs. Nous nous appuyons sur notre expérience professionnelle au sein du secteur de la santé et notre connaissance du contexte et de sa culture afin de mettre en place les conditions favorables à l'approche méthodologique envisagée.

Suite à la description de notre positionnement épistémologique, le constructivisme, nous présentons la méthodologie déployée, la recherche-intervention.

Section 2. Choix de la méthodologie

Le caractère scientifique d'une recherche s'appuie sur une méthodologie valide et fiable. Dans le cadre de notre recherche, l'étude empirique vise l'analyse de la mobilisation de leviers managériaux au cours du processus d'innovation managériale au sein d'une organisation de santé. La méthodologie de recherche s'appuie sur une recherche-intervention et sur les outils d'analyse des données qualitatives proposés par Miles et Huberman (1991).

Nous présentons dans une première partie cette méthodologie, avant de préciser le protocole de recherche dans une seconde partie.

2.1. Recherche-intervention

La problématique, portant sur l'influence managériale sur l'adoption de l'innovation managériale, le *Lean Healthcare*, déclenche le protocole de recherche. Afin de répondre à cette problématique, nous souhaitons accéder au cœur du processus d'innovation et accompagner au plus près les acteurs concernés. Dans cet objectif, nous nous sommes orienté vers la recherche-intervention. Ce choix est également justifié par notre positionnement épistémologique s'inscrivant dans une volonté de production de connaissances à partir de notre intervention en tant que chercheur et d'évaluation de l'impact de la mobilisation des leviers managériaux du manager de proximité sur le processus d'innovation managériale.

Afin de mieux appréhender son application, nous allons, dans un premier temps définir cette méthodologie.

2.1.1. Définition

La recherche-intervention est souvent associée à la recherche-action (Detchessar *et al.*, 2012). Ces deux méthodes décrivent une intervention du chercheur au sein d'un milieu et une collecte de données pouvant aller jusqu'à la proposition de modèles théoriques. La recherche-intervention se distingue de la recherche-action par ses allers-retours permanents entre le terrain et la recherche en s'inscrivant sur une durée prolongée. D'après Detchessar *et al.*, (2012, p. 3), elle implique « une dualité de recherche et d'intervention », la recherche accompagne continuellement l'intervention. Grâce à une expertise théorique ou pratique, le chercheur se situe au-delà d'une posture d'observateur. Il contribue à la réflexion et peut être amené à proposer des solutions aux problèmes rencontrés. Son objectif est l'expérimentation de nouveaux modèles de management et leur conceptualisation (Aggeri, 2015).

Aggeri (2015) décrit cette méthodologie comme une immersion au sein d'un terrain de recherche afin de mener une intervention visant une transformation de l'organisation. Cette immersion au sein d'une culture propre à l'organisation permet un apprentissage de son fonctionnement et une compréhension de ses codes. Merdinger- Rumpler et Nobre (2011, p. 55-56) reprennent les travaux de David *et al.*, (2000), Hatchuel (1994) et Savall et Zardet

(2005) afin de décrire l'intérêt de la recherche-intervention qui « permet une observation en profondeur et en temps réel des différents événements et évolutions d'un phénomène organisationnel ». Le chercheur participe activement à la construction de la réalité, s'engage dans la concrétisation du réel, formalise le changement et « conçoit des outils qui aident à installer ce changement correspondant à ce modèle de gestion formalisé » (Gonzales-Laporte, 2014, p. 19). Les interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation contribuent au processus de co-production de connaissances. Celles-ci correspondent à une science socialement partagée assimilée à une zone de convergence entre les canons académiques et les résultats pratiques d'application (cf. figure 20).

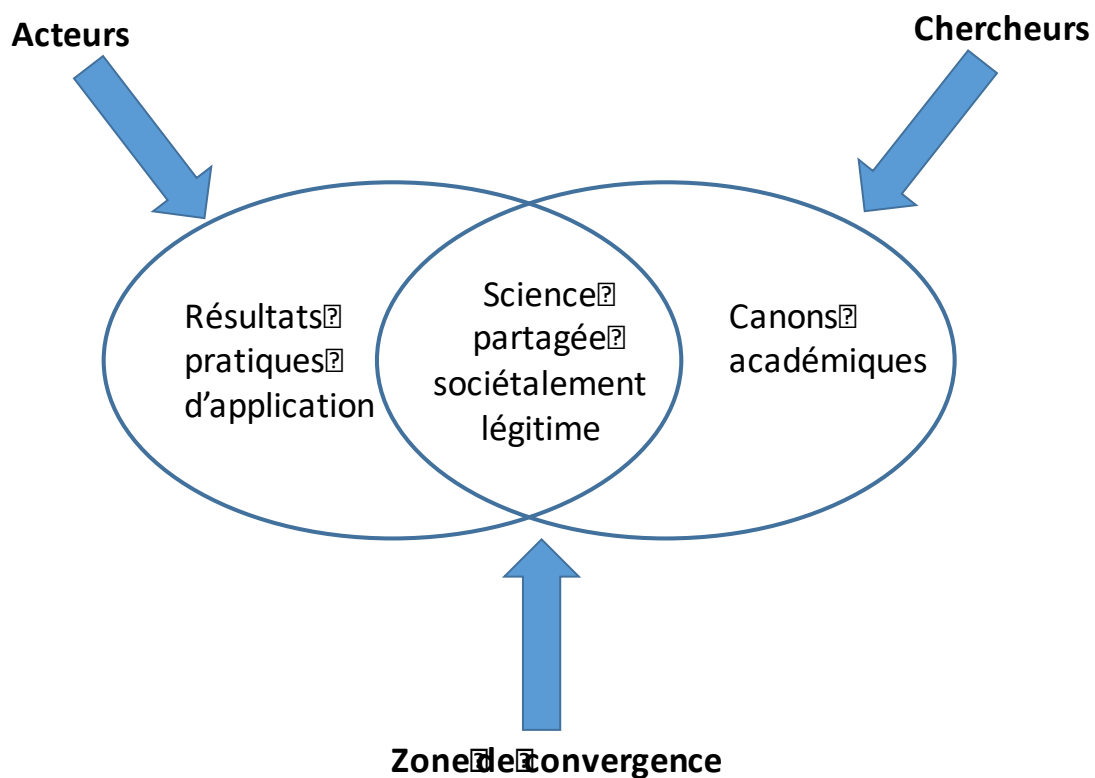


Figure 20. Le processus de co-production de connaissances
(Source : d'après Buono *et al.*, 2018, p. 19)

Le chercheur s'attache à développer les capacités introspectives des acteurs afin de les amener à comprendre eux-mêmes les difficultés rencontrées et ainsi, à les solutionner (Buono *et al.*, 2018). Les interactions entre le chercheur et les acteurs sont la source de la création de connaissances.

L'instauration d'interactions productives entre le chercheur et les acteurs de l'organisation s'appuie sur des engagements clairs de part et d'autre.

2.1.2. Des engagements mutuels

D'après Aggeri (2015, p. 4), la recherche-intervention constitue une recherche collaborative, « les questions de recherche sont discutées et mises à l'épreuve au cours de la recherche ». Elle évolue au cours du temps en fonction des données recueillies et des recherches associées. Ce travail collaboratif s'appuie sur des engagements de la part du chercheur et de l'organisation portant sur :

- Les techniques de recueil de données,
- Les modalités de retours des résultats de la recherche,
- Les objectifs visés.

Dès la prise de contact avec les acteurs de l'organisation, les attentes et les objectifs doivent être clairement formulés de part et d'autre.

En amont de notre immersion au sein du terrain de recherche, nous rencontrons les dirigeants de l'établissement afin d'échanger sur les conditions de la recherche et ses modalités. Chacun exprime ses besoins et ses attentes, les objectifs sont clairement établis avec la direction assimilée au commanditaire de notre intervention. Nous présentons les modalités de déploiement des outils d'investigation.

Du point de vue de l'établissement accueillant notre recherche, les dirigeants présentent leurs attentes en évoquant des difficultés organisationnelles persistant depuis plusieurs années et pour lesquelles les solutions mises en place se sont révélées inefficaces. Ils attendent de notre intervention une compréhension de ces difficultés et une proposition de solutions. Ils s'engagent à mettre à disposition les moyens et les ressources nécessaires. Nous sommes ainsi autorisé à accéder au terrain, à consulter les données nécessaires à nos investigations (documents institutionnels) et à utiliser les techniques de recueil de données requises. Il est également admis que les investigations menées et les outils utilisés pourront être adaptés au regard de notre intervention.

En tant que chercheur, nous présentons l'objectif de notre recherche en lien avec la problématique énoncée et le déploiement du *Lean Healthcare*. Nous nous engageons à mettre

en œuvre les investigations nécessaires à la compréhension des difficultés rencontrées afin de déployer les solutions adaptées en mobilisant le *Lean management*.

Les modalités d'application de la recherche-intervention s'adaptent au contexte de la recherche menée.

2.2. Application de la recherche-intervention.

2.2.1. Mise en œuvre de la méthode

L'intervention est initiée par l'organisation à partir d'une situation problématique peu compréhensible qui est ensuite formalisée (Aggeri, 2015).

Aggeri (2015, p. 5) présente les étapes de sa mise en œuvre :

- Une prise de connaissance du contexte permettant d'identifier le problème. Cette identification est partagée avec les acteurs de l'organisation ;
- La mise en place d'un comité de pilotage se rencontrant régulièrement et constituant un espace d'échange entre chercheur et acteurs. Les observations sont discutées et des pistes de réflexion sont émises. La validation des connaissances se fait chemin faisant par les acteurs au cours du processus de création de connaissances ;
- Un raisonnement abductif visant à « générer des questions et hypothèses nouvelles à partir de l'observation de situations concrètes ».

De même, Aggeri (2015, p. 5) préconise l'instauration de comités de suivi permettant au chercheur de partager son expérience avec des pairs extérieurs. Le chercheur prend ainsi du recul grâce à ses échanges avec son laboratoire de recherche, ainsi qu'à l'occasion de colloques ou congrès. Cela favorise le mécanisme de contre transfert et permet une familiarité distante, critère indispensable à la validité de la recherche.

La recherche-intervention mobilise un mode opératoire reposant sur une alternance entre immersion et distanciation afin de conceptualiser la problématique et de tester les hypothèses émises par le chercheur. Celui-ci alterne des périodes de formalisation et de contextualisation visant à faire évoluer les modèles conçus. Bueno *et al.*, (2018, p. 93) citent Miles et Hubermann (2009) et écrivent « les hypothèses s'enrichissent et se modifient continuellement tout au long du processus de recherche et en particulier lors de l'exploitation des matériaux bibliographiques ou de terrain ». Les matériaux recueillis et la recherche conduisent à la construction d'hypothèses successives (Bueno *et al.*, 2018) :

- Les hypothèses descriptives sont émises à partir de la revue de littérature et des données empiriques ;
- Les hypothèses explicatives ont pour objet d'expliquer les données recueillies. Il s'agit d'identifier des causes aux phénomènes observés ;
- Les hypothèses prescriptives s'appuient sur l'expérience et permettent de proposer des pistes de solutions aux difficultés rencontrées au sein de l'organisation. Ces hypothèses sont ensuite validées au cours des travaux de recherche.

Ces hypothèses s'enrichissent continuellement et sont progressivement validées par consensus avec les acteurs de l'organisation et orientent le travail du chercheur. Gonzales et Laporte (2014) citent David (2008) afin de souligner la progression simultanée de la conception et de l'implantation du changement.

2.2.2. Application à notre recherche

Au cours de notre recherche, nous nous engageons activement dans la production de connaissances en mobilisant une recherche-intervention.

Notre expérience en tant que professionnel de santé au Grand-Duché de Luxembourg (GDL) et notre connaissance du secteur de la santé nous a permis d'identifier de potentiels terrains à notre travail de recherche. Nous avons ainsi sollicité les quatre groupes hospitaliers du GDL en spécifiant notre thématique de recherche portant sur les innovations managériales et le *Lean Healthcare*. Deux centres hospitaliers se sont déclarés favorables à l'accueil d'un travail de recherche portant sur le *Lean Healthcare* dont le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL).

Afin de vérifier l'aptitude de l'établissement à accueillir notre projet de recherche, nous avons rencontré en amont de notre immersion :

- La directrice des soins,
- Le responsable du département oncologie-hématologie.

Nos échanges avec la directrice des soins mettent en exergue un intérêt pour le *Lean management* et le projet de l'implanter au sein de l'ensemble de l'établissement afin d'améliorer la prise en charge des patients. L'accueil de notre recherche représente une opportunité de mise en œuvre de la méthode. Elle nous oriente alors vers le responsable du département oncologie-hématologie qui soulève des difficultés organisationnelles relatives à la prise en charge des patients en chimiothérapie ambulatoire.

La première étape de la recherche-intervention constitue une phase d'écoute et de reformulation (Buono *et al.*, 2018). Le chercheur essaie de comprendre les difficultés auxquelles est confrontée l'organisation et définit l'importance et les enjeux de la problématique. Nos échanges avec la directrice des soins et le responsable de département permettent une précision des difficultés organisationnelles rencontrées. Elles se concrétisent par d'importants délais d'attente au cours de la prise en charge en lien avec les examens cliniques et biologiques précédant l'administration du traitement, ainsi que des dysfonctionnements tels que des prescriptions médicales non conformes et des ressources matérielles insuffisantes. Ces délais et dysfonctionnements engendrent une insatisfaction des patients les amenant à s'orienter vers d'autres établissements de santé. Ces difficultés provoquent également une insatisfaction des professionnels exerçant au sein du service qui signalent une charge de travail trop importante et des problèmes réguliers entravant leurs activités (prescriptions médicales incomplètes ou inexistantes, pannes des tubes pneumatiques¹⁶, etc.).

Notre recherche nous amène à inscrire l'implantation du *Lean Healthcare* dans une démarche d'amélioration du processus de prise en charge et de résolution des difficultés organisationnelles par une implication des professionnels tout en appuyant le rôle du manager de proximité. Nous accompagnons la mise en place de cette innovation managériale et favorisons les interactions avec l'ensemble des acteurs de l'organisation tout en privilégiant les échanges avec les managers de proximité. Gonzales et Laporte (2014, p. 21) décrivent la nature de cette relation basée sur la « confiance, fréquente, personnalisée » s'inscrivant dans la durée. Cette relation permet l'exploration de phénomènes organisationnels non formalisés. Grâce à notre expérience professionnelle et notre connaissance du contexte, nous construisons des relations de confiance, favorisant le changement et la formalisation d'un modèle de gestion.

Notre intervention implique une expertise de l'innovation managériale concernée. Au-delà de la littérature relative au *Lean management*, nous avons souhaité acquérir des compétences approfondies en *Lean management*. Les connaissances acquises au cours de notre cursus académique ont été complétées par une formation en *Lean management* permettant d'obtenir une certification *Black Belt*. Celle-ci vise une maîtrise des outils *Lean* et une appropriation de la philosophie *Lean* et de ses principes induisant une modification du processus de décisions.

¹⁶ Les tubes pneumatiques ou télétubes sont un mode de transport par pression utilisé pour acheminer des traitements, des ordonnances, des tubes de prélèvement, etc., entre le service et la pharmacie et le laboratoire.

Selon les connaissances acquises lors de la formation et suite aux échanges avec la directrice des soins et le responsable de département, nous déterminons la durée de l'intervention. Il est recommandé de déployer une approche *Lean* sur une période de 3 à 6 mois selon l'ampleur du déploiement¹⁷. Nous fixons la durée de notre intervention à une durée de six mois, durée nécessaire à une prise de connaissance du contexte et au déploiement de l'innovation managériale. Nous convenons également de poursuivre notre recherche au-delà de la période d'immersion en retournant de manière régulière au sein de l'établissement afin de suivre l'évolution des changements observés.

L'intérêt de la mobilisation de cette méthodologie dans le cadre de notre recherche ne doit pas faire oublier ses limites qu'il faut intégrer à notre réflexion.

2.3. Limites de la méthode

Aggeri (2015) évoque les contraintes de la recherche-intervention liées à une proximité avec les acteurs pouvant générer un transfert. Il convient alors de déployer des techniques de contre-transfert, telles un contact régulier avec la communauté des chercheurs. De même, par une présence prolongée au sein de l'organisation, le chercheur s'expose à ne plus respecter la distance nécessaire au travail de recherche. Il est alors nécessaire de mobiliser des pratiques réduisant ce risque telles qu'une restitution régulière des observations.

Notre expérience professionnelle au sein des organisations de santé induit une connaissance certaine du contexte de la recherche et de sa culture. Cela amplifie la possibilité de proximité avec les acteurs de l'organisation et le risque de transfert. Nous accordons donc une importance majeure au maintien d'une distance nécessaire à la validité de la recherche. La prise de distance avec les acteurs est amorcée avant même notre immersion au sein de l'établissement hospitalier par la construction de notre rôle et notre statut de chercheur. Lors de notre présentation auprès des dirigeants et de l'ensemble des acteurs nous nous positionnons en tant que chercheur et définissons les objectifs de notre recherche. Si notre parcours professionnel et académique est immédiatement abordé lors de nos échanges avec les dirigeants, nous privilégions et valorisons notre parcours académique auprès des acteurs.

De même, Bueno *et al.*, (2018, p. 224) décrivent la position occupée par le chercheur comme « pensable dans le système de représentation du groupe ». Il doit occuper une place et une

¹⁷ XL Formation

fonction clairement définies au sein de l'organisation. Nous avons ainsi accordé une importance majeure à notre prise de position au sein de l'organisation. De même, nous demandons à la direction de retenir notre statut de chercheur lors de toute communication ou échange concernant notre intervention et rappelons régulièrement les motivations de notre présence aux acteurs afin de maintenir cette distance.

Un effort constant lié à la distanciation est ensuite réalisé, notamment par la formalisation régulière de nos travaux, soit la rédaction de la thèse. Nous tenons également un journal de bord au sein duquel nous relatons quotidiennement nos observations, mais également notre vécu et nos impressions et ainsi prendre le recul nécessaire au maintien de notre statut de chercheur. Nous nous attachons également à partager nos réflexions avec la communauté de chercheurs lors de séminaires ou formations doctorales.

Detchessar *et al.* (2012) évoquent d'autres risques liés à cette méthodologie tels qu'une volonté de maintenir des bonnes relations avec les acteurs de l'organisation. Il convient alors de mettre en place une distance critique entre le chercheur et l'objet d'étude et de formaliser les conditions de la recherche. Nous veillons à identifier les relations de proximité pouvant entraver la validité de notre recherche et mettons en place les mécanismes nécessaires au maintien de la distanciation.

Le chercheur intervient au sein d'une organisation présentant et reconnaissant des difficultés pour lesquelles elle n'a pu trouver de solution efficace. Il doit alors dépasser son objectif premier de production de connaissances, en accompagnant les acteurs de l'organisation tout au long du processus de changement et de résolution de problème. Nous veillons à maintenir cet objectif en ligne de mire tout au long de notre intervention qui est susceptible de remettre en question un fonctionnement et des pratiques responsables de ces difficultés.

Detchessar *et al.* (2012, p. 11) préconisent de bien identifier les acteurs concernés par la recherche. Ceux-ci correspondent à l'ensemble des personnes contribuant à la collecte des données mais également ceux participant à la production de connaissances. De plus, ils recommandent d'intégrer ceux qui mettront en œuvre les solutions proposées, soient les managers mais également les opérationnels en considérant les espaces de liberté dont disposent les acteurs et leur permettant de s'adapter aux directives imposées (Buono *et al.*, 2018, citant les travaux de Crozier, 1964).

Afin de limiter l'influence de notre recherche sur les comportements intra-organisationnels, nous choisissons de ne pas informer précisément les acteurs de l'objet de notre recherche,

soit l'influence managériale sur leur comportement et leur adoption de l'innovation managériale. Nous mettons en avant une recherche portant sur l'implantation du *Lean Healthcare* sans préciser le rôle managérial associé.

Notre recherche s'appuie sur une méthodologie structurée associée à un protocole de recherche nous servant de support et nous guidant tout au long de notre recherche.

Section 3. Le protocole de recherche

3.1. Le planning de la recherche

Afin de structurer notre intervention, nous définissons un planning en collaboration avec la direction, retraçant plusieurs étapes :

- Une phase d'observation et de prise de connaissance du contexte. Nous identifions la structure organisationnelle, les rôles de chacun et les modes de fonctionnement au sein de l'organisation. Nous observons également les pratiques et les comportements non formalisés. Cette période nous permet de définir les interactions à mettre en place dans le cadre de notre intervention et les modalités de recueil de données ;
- Une phase de recueil de données qui accompagne l'implantation de l'innovation managériale et ses étapes de décision, de mise en usage et de poursuite de l'usage. Nous estimons la durée nécessaire à cette collecte à cinq mois tout en considérant la nécessité d'adapter cette durée si la collecte doit être poursuivie ;
- Une phase de suivi, après le projet nous mettons en place un suivi de l'implantation de l'innovation et de son adoption en nous rendant de manière régulière sur le terrain à la rencontre des acteurs.

Cette succession d'étapes permet une production de connaissances de manière longitudinale. Afin de respecter les conditions de la recherche-intervention, nous nous immergeons au sein de l'établissement pendant une durée de six mois à temps complet, puis nous retournons régulièrement dans l'établissement afin de poursuivre la collecte de données.

La collecte de données mobilise différentes techniques d'investigation : l'observation, la conduite d'entretiens et l'analyse des documents institutionnels.

3.2. Le recueil de données

Buono *et al.*, (2018) valorisent la recherche-intervention en évoquant la qualité du matériau recueilli et en la confrontant à la manipulation possible des données statistiques et mathématiques.

Aggeri (2015, p. 6) souligne l'importance du recueil de données en écrivant que « la qualité du recueil des données est le gage de scientificité du travail mené ». Buono *et al.* (2018, p. 20) présentent les données issues de la recherche-intervention comme existant à « l'état gazeux » au sein de l'organisation et dans la mémoire et l'inconscient des acteurs. Le chercheur doit alors révéler ces données afin de les matérialiser. Les données collectées lors d'une recherche-intervention sont « multiformes » (Krierf et Zardet, 2013, p. 216).

Après une prise de connaissance du contexte, les principales méthodes d'investigation utilisées sont :

- L'observation participante lors de notre immersion au sein de l'organisation et de notre participation à l'implantation du *Lean Healthcare* ;
- Les entretiens individuels afin d'analyser le discours des acteurs et de percevoir leurs représentations autour de l'innovation managériale et du rôle du manager de proximité ;
- L'analyse des documents institutionnels tels que le projet d'établissement.

Le chercheur relate ses observations et les discours avec rigueur et mobilise des techniques permettant de limiter la subjectivité. Pour cela, Aggeri (2015) propose l'application d'outils méthodologiques tels que :

- La rédaction de compte-rendu après chaque réunion et entretien,
- La tenue d'un journal de bord retraçant le vécu au cours de la recherche,
- La conservation des matériaux mobilisés (compte-rendu, études, etc.).

Buono *et al.* (2018, p. 28) définissent la « qualité de la relation entre le chercheur et les acteurs du terrain d'observation scientifique comme le facteur-clé de la qualité de la recherche ». Les acteurs doivent approuver la proximité du chercheur avec lequel ils partagent leur vécu, leurs expériences et leurs pratiques. Pour cela, nous défendons notre expertise relative au *Lean Healthcare* qui soutient notre légitimité en tant que chercheur, ainsi que la légitimité de notre intervention. Une attention particulière est portée au maintien d'une distance avec les acteurs et le terrain par une explication précise des conditions de la recherche.

Différentes techniques d'investigation sont mobilisées.

3.2.1. Les entretiens

Différentes techniques proposées par Miles et Huberman (2003) et Yin (2017) permettent de maintenir une distance entre le chercheur et la personne interrogée afin de garantir une certaine objectivité concernant les propos recueillis et d'interpréter ces propos de la manière la plus proche de ce qu'elles signifient pour la personne qui les exprime. Ces techniques sont la multiplication des entretiens, la diversité des personnes interrogées (position hiérarchique, etc.) et l'utilisation d'outils tels que la grille d'entretien (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 2005).

3.2.1.1. Mode opératoire

L'entretien « se caractérise par une rencontre interpersonnelle qui donne lieu à une interaction essentiellement verbale : les données collectées sont donc coproduites » (Gotteland *et al.*, 2012, p. 108). Gotteland *et al.* (2012) présentent les données collectées comme des représentations existantes dans la mémoire des personnes interrogées et révélées lors de l'entretien grâce à la verbalisation. De même, l'entretien génère une description des situations vécues par les acteurs, ainsi que les situations difficiles rencontrées et les moyens de les affronter (Buono *et al.*, 2018).

Différents types d'entretien peuvent être utilisés en fonction de la structuration des interactions entre le chercheur et la personne interrogée (Gotteland *et al.*, 2012) :

- L'entretien directif, proche du questionnaire ;
- L'entretien non-directif ou entretien libre. A partir d'un thème présenté, le discours est libre. Cette technique s'avère riche concernant les données collectées mais peut induire des difficultés d'analyse compte tenu la variété des données collectées d'un entretien à un autre ;
- L'entretien semi-directif, s'appuyant sur un guide d'entretien reprenant les thèmes à aborder avec les personnes interrogées et permettant une analyse comparative.

Afin d'identifier les perceptions des acteurs relatives à des thèmes précis portant sur l'innovation managériale et le rôle du manager de proximité, nous mobilisons des entretiens semi-directifs permettant d'aborder ces thèmes.

L'analyse des entretiens, en adéquation avec notre problématique, et la construction d'hypothèses impliquent la constitution d'un échantillon représentatif de la population concernée par notre recherche.

3.2.1.2. L'échantillon

Etant donné le caractère transversal de l'approche *Lean* et une volonté d'appréhender les différentes étapes de l'innovation, nous constituons un échantillon permettant de recueillir les perceptions des acteurs à tous les niveaux de l'organisation.

La démarche *Lean Healthcare* implique la constitution d'un groupe projet composé de l'ensemble des corps de métier participant à un processus de prise en charge (cf. chapitre 2, section 3). Nous mettons ainsi en place des entretiens auprès du manager de proximité, acteur central de notre recherche, et de l'ensemble des membres du groupe. Nous élargissons l'échantillon aux décideurs contribuant à la phase de décision, ainsi qu'aux professionnels impactés par l'innovation afin d'appréhender son mécanisme de diffusion.

L'échantillonnage permet ainsi la constitution d'un panel hétérogène de professionnels au niveau de la profession et du statut hiérarchique (cf. tableau 8).

Tableau 8. Echantillonnage

Catégories de professionnels	Effectif
Directrice des soins	1
Chef de département	1
Manager de proximité du service UTC	1
Autres managers de proximité de l'établissement	3
Infirmiers participant à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	2
Autres infirmiers exerçant au sein du service concerné par l'innovation managériale	4
Pharmacien participant à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	1
Chef d'unité département de biologie clinique participant à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	1
Médecin participant à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	1
Psychologue participant à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	1
Assistante sociale participant à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	1
TOTAL	17

Nous obtenons ainsi un échantillon constitué de 17 personnes représentatives de la population concernée par l'implantation de l'innovation managériale.

Les matériaux obtenus suite aux entretiens portent sur les perceptions :

- Du manager de proximité quant à son rôle et son influence sur l'implantation de l'innovation managériale ;
- De sa hiérarchie, les commanditaires de l'implantation de l'innovation managériale, mettant à disposition les ressources nécessaires et en attente de résultats ;
- Des acteurs confrontés à la mise en usage et l'adoption de l'innovation managériale. Ceux-ci sont représentatifs de la pluridisciplinarité de ce groupe ;
- Des infirmiers du service concerné par l'innovation managériale afin d'étudier le mécanisme de diffusion et de poursuite de l'usage de l'innovation ;
- D'autres managers de proximité, qui à partir de leur système de représentation, portent un regard singulier sur le rôle porté par le manager de proximité et la mobilisation de leviers managériaux.

Les entretiens sont menés tout au long de notre recherche en s'inscrivant dans son caractère longitudinal lié à la chronologie de déploiement de l'innovation.

3.2.1.3. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de façon longitudinale afin de recueillir les perceptions relatives aux différentes étapes de l'implantation de l'innovation, soient la décision, la mise en usage et la poursuite de l'usage. Les personnes sont interrogées au cours de ces trois étapes (cf. tableaux 9, 10 et 11).

Tableau 9. Entretiens menés lors de la phase de décision

Interviewés		Durée des entretiens	
Manager de proximité UTC (cadre soignant chef de service)		38 minutes	
Hiérarchie du manager de proximité	Directrice des soins	44 minutes	
	Cadre soignant-chef de département oncologie-hématologie	38 minutes	
Participants à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	Pharmacien	34 minutes	
	Chef d'unité département de biologie clinique	42 minutes	
	Médecin-chef du service UTC	36 minutes	
	2 Infirmiers	Infirmier 1	38 minutes
		Infirmier 2	54 minutes
	Psychologue	44 minutes	
	Assistante sociale	39 minutes	
Professionnels exerçant au sein du service concerné par la mise en usage de l'innovation managériale	4 Infirmiers	Infirmier 3	44 minutes
		Infirmier 4	42 minutes
		Infirmier 5	46 minutes
		Infirmier 6	57 minutes

Tableau 10. Entretiens menés lors de la mise en usage

Interviewés		Durée des entretiens	
Manager de proximité UTC (cadre soignant, chef de service)		1 entretien par mois	42 minutes
			54 minutes
			48 minutes
			62 minutes
			56 minutes
Hiérarchie du manager de proximité	Directrice des soins	56 minutes	
	Cadre soignant-chef de département cancérologie-hématologie	64 minutes	
		54 minutes	
Participants à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	Pharmacien	48 minutes	
	Chef d'unité département de biologie clinique	46 minutes	
	Médecin-chef de service UTC	47 minutes	
	2 Infirmiers	Infirmier 1	42 minutes
		Infirmier 2	48 minutes
	Psychologue	56 minutes	
	Assistante sociale	38 minutes	
Professionnels exerçant au sein du service concerné par la mise en usage de l'innovation managériale	4 Infirmiers	Infirmier 3	56 minutes
		Infirmier 4	56 minutes
		Infirmier 5	44 minutes
		Infirmier 6	48 minutes

Tableau 11. Entretiens menés lors de la poursuite de l'usage

Interviewés		Durée des entretiens	
Manager de proximité UTC (cadre soignant, chef de service)		1 entretien 3 mois après la fin du projet	58 minutes
		1 entretien 6 mois après la fin du projet	72 minutes
Hiérarchie du manager de proximité	Directrice des soins	56 minutes	
	Cadre soignant, chef de département cancérologie-hématologie	1 entretien 3 mois après la fin du projet	52 minutes
		1 entretien 6 mois après la fin du projet	64 minutes
Participants à l'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	Pharmacien	38 minutes	
	Chef d'unité département de biologie clinique	44 minutes	
	Médecin-chef de service UTC	39 minutes	
	2 Infirmiers	Infirmier 1	44 minutes
		Infirmier 2	52 minutes
	Psychologue	41 minutes	
	Assistante sociale	38 minutes	
Professionnels exerçant au sein du service concerné par la mise en usage de l'innovation managériale	4 Infirmiers	Infirmier 3	42 minutes
		Infirmier 4	44 minutes
		Infirmier 5	36 minutes
		Infirmier 6	39 minutes
3 autres managers de proximité de l'établissement	Manager 1	43 minutes	
	Manager 2	38 minutes	
	Manager 3	64 minutes	

Durant une période couvrant les phases de décision, de mise en usage et de poursuite de l'usage de l'innovation managériale, 52 entretiens sont menés dans le cadre de notre recherche.

Afin d'assurer une rigueur scientifique et de favoriser l'obtention de matériaux riches, les entretiens menés s'appuient sur l'utilisation d'un outil, le guide d'entretien.

3.2.1.4. Construction du guide d'entretien

La conduite d'entretien implique un mode opératoire rigoureux. Afin d'orienter les interactions vers l'obtention de données soutenant une production de connaissances portant sur les objectifs de la recherche, nous élaborons un guide d'entretien à partir :

- Du cadre théorique de notre recherche et de la problématique énoncée ;
- De l'étape du processus d'innovation managériale :
 - Phase de décision,
 - Phase de mise en usage,
 - Phase de poursuite de l'usage.

Le guide d'entretien reprend ainsi les thèmes du cadre conceptuel présenté dans la première partie de notre travail. Etant donné la diversité de professionnels interviewés et l'objectif portant sur le recueil de leur perception au cours des étapes du processus d'innovation managériale, nous adaptons le guide d'entretien, notamment les questions en lien avec le manager de proximité et l'adoption de l'innovation managériale, en fonction du statut et de la position de la personne interviewée :

- Manager de proximité (cf. tableau 12),
- Professionnels de santé (cf. tableau 13),
- Hiérarchie du manager de proximité (cf. tableau 14).

Tableau 12. Guide d'entretien - manager de proximité

Thèmes	Sous-thèmes
Le vécu de l'innovation managériale	<ul style="list-style-type: none"> – Le vécu au cours de chaque étape de l'innovation (décision, mise en usage et poursuite de l'usage) – Les impacts de l'innovation sur les relations interpersonnelles et les pratiques – Les facteurs de succès et les obstacles
Rôle et leviers mobilisés par le manager de proximité	<ul style="list-style-type: none"> – Le rôle du manager de proximité dans l'approche <i>Lean</i> – Les leviers managériaux mobilisés – L'impact de chaque levier sur chacune des étapes d'implantation du <i>Lean</i>
L'accompagnement managérial	<ul style="list-style-type: none"> – Les mesures d'accompagnement mises en place et les mesures souhaitées par le manager au cours de chacune des étapes

Tableau 13. Guide d'entretien - professionnels de santé

Thèmes	Sous-thèmes
L'innovation à l'hôpital <i>Le Lean Healthcare</i>	<ul style="list-style-type: none"> – La nécessité et la capacité d'innover à l'hôpital – L'adéquation du <i>Lean</i> avec le secteur de la santé – Les facteurs de succès et les obstacles aux innovations/au <i>Lean</i>
Le vécu de l'innovation managériale	<ul style="list-style-type: none"> – Le Vécu au cours des trois étapes de l'innovation (décision, mise en usage et poursuite de l'usage) – L'intérêt et l'adhésion à l'innovation – Les facteurs de succès et les obstacles – Les impacts de l'innovation sur les relations interpersonnelles et les pratiques
Rôle et leviers mobilisés par le manager de proximité	<ul style="list-style-type: none"> – La perception du rôle du manager de proximité dans l'approche <i>Lean</i>

Tableau 14. Guide d'entretien - hiérarchie du manager de proximité

Thèmes	Sous-thèmes
L'innovation à l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> – La nécessité et la capacité d'innover à l'hôpital
Le vécu de l'innovation managériale	<ul style="list-style-type: none"> – Le vécu au cours de chaque étape de l'innovation (décision, mise en usage et poursuite de l'usage) – Les impacts de l'innovation sur les relations interpersonnelles et les pratiques – Les facteurs de succès et les obstacles
Rôle du manager de proximité	<ul style="list-style-type: none"> – Le rôle du manager de proximité dans l'approche <i>Lean</i> – Les leviers managériaux mobilisés – L'impact de chaque levier sur chacune des étapes d'implantation du <i>Lean</i>
L'accompagnement managérial	<ul style="list-style-type: none"> – Les mesures d'accompagnement mises en place au cours de chacune des étapes

Nous souhaitons ainsi appréhender les perceptions des acteurs relatives au vécu de l'implantation de l'innovation managériale et l'impact des leviers managériaux mobilisés par le manager de proximité.

Ces entretiens aboutissent à l'obtention d'un matériau soumis à une analyse permettant la construction d'hypothèses relatives au cadre conceptuel.

3.2.1.5. Analyse des données

Le matériau empirique obtenu suite aux investigations est traduit en concepts grâce à des procédés de codage et de classification. Il est ensuite possible de construire des hypothèses en regroupant les données issues des mesures et de la réalité observée par une démarche d'interprétation et d'inférences.

Les données recueillies lors des entretiens sont exploitées par une analyse de contenu permettant d'élaborer de la valeur ajoutée cognitive (cf. figure 21). L'analyse de contenu constitue un ensemble d'outils méthodologiques appliqués au discours (Bardin, 2013) et pouvant être définie comme « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances » (Gotteland *et al.*, 2012, citant Bardin, 2003). Le facteur commun des techniques d'analyse de contenu est le recensement des fréquences permettant d'extraire et de quantifier des données aboutissant à des modèles à partir d'une démarche déductive, l'inférence. L'analyse de contenu conduit à une interprétation des données recueillies en associant une approche objective.

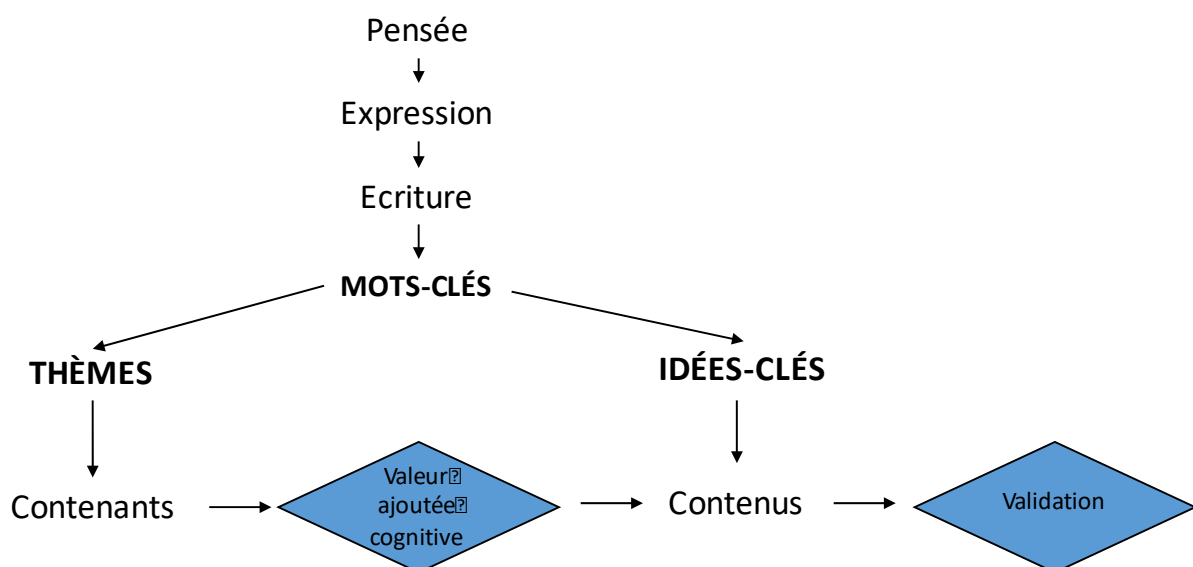


Figure 21. Processus d'élaboration de la valeur ajoutée cognitive
(Source : d'après Buono *et al.*, 2018, p. 32)

A partir des données recueillies lors des entretiens (verbatim), issues des pensées des personnes interrogées, nous identifions des mots-clés pouvant être associés à des thèmes et des sous-thèmes. Ces mots clés permettent d'identifier des idées-clés (les contenus). Les mots clés se rapportant aux thèmes (assimilés à des contenants) sont exploités via une réflexion sur la valeur ajoutée cognitive afin de déduire des idées clés (contenus). Le tableau 15 présente l'arborescence du dépouillement des entretiens que nous appliquons.

Tableau 15. L'arborescence du dépouillement des entretiens dans une recherche-intervention
(Source : *Buono et al.*, 2018, p. 107)

Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases-témoins /Verbatims

Buono et al. (2018) soulèvent le risque lié au biais d'interprétation des mots (liés à leur polysémie) en lien avec des langages différenciés selon des critères tels que le niveau d'éducation ou le poste occupé. De même, les discours sont conditionnés par l'interprétation que chacun se fait de la réalité (*Buono et al.*, 2018). Afin de limiter ce risque, nous appliquons la reformulation tout au long des entretiens.

Les biais relatifs à la conduite d'entretiens incitent le chercheur à mobiliser d'autres techniques d'investigation. Les données issues des entretiens sont complétées par une observation.

3.2.2. L'observation

3.2.2.1. Description de la technique

Notre recherche empirique débute par une période d'observation permettant une première compréhension du phénomène. Durant cette période, il s'agit d'identifier les comportements et les rôles de chacun, et de comprendre les modes de fonctionnement de l'organisation.

Nous dépassons ensuite notre rôle d'observateur externe et devenons plus actif dans la collecte de données en mobilisant l'observation participante permettant une analyse plus profonde des phénomènes observés (*Buono et al.*, 2018).

Deux types d'observation sont mobilisés (Buono *et al.*, 2018, p. 106) :

- L'observation concentrée, « lorsque le chercheur passe plusieurs heures, voire plusieurs jours à observer l'objet étudié ». Elle s'applique lors de la participation à des projets, des réunions, ou lors d'entretiens avec des membres de l'organisation ;
- L'observation diffuse, « lorsque toute présence physique du chercheur sur les lieux de travail est une occasion d'observation directe de l'objet ». Cette observation est orientée sur tous les indicateurs non-verbaux émis lors d'entretiens, mais également de tous les indicateurs verbaux et non verbaux recueillies au cours de notre présence.

Nous combinons ces deux types d'observation, d'une part pour explorer de manière plus précise les entretiens, d'autre part pour exploiter les éléments observés.

L'observation participante peut induire un biais lié à la subjectivité du chercheur et à son interprétation des observations. Ce biais peut compromettre la validité et la fiabilité de ces données (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 2005). Mbengue et Vandangeon-Derumez (2005) reprennent les préconisations de Adler et Adler (1994) consistant à tester régulièrement les informations recueillies. Ils reprennent également les travaux de Pourtois et Desmet (1988) conseillant la tenue d'un cahier de bord dans lequel le chercheur consigne son vécu au moment de l'observation et assurant ainsi une certaine transparence. De même, Mbengue et Vandangeon-Derumez (2005) proposent de limiter l'influence de la présence du chercheur sur le terrain en augmentant la durée de sa présence, ce qui peut cependant entraver le maintien de la distance nécessaire.

Ces tactiques limitent ainsi « les biais liés à la subjectivité du chercheur ainsi qu'à l'effet de sa présence » (Mbengue et Vandangeon-Derumez, 2005, p. 13).

3.2.2.2. Données collectées

Au cours de notre immersion, les données issues de notre observation sont recensées au sein d'un journal de bord documenté quotidiennement. Nous relatons ainsi les évènements et les phénomènes observés, mais également notre vécu des situations rencontrées.

Afin de structurer la documentation des observations, nous recensons :

- La date de l'observation afin de suivre la chronologie des évènements et percevoir les évolutions liées à l'implantation de l'innovation et les comportements associés ;
- Les modifications de pratiques et les évolutions des relations interpersonnelles observées liées à l'implantation du *Lean Healthcare* ;
- Les observations portant sur le manager de proximité et aux leviers managériaux mobilisés au cours des étapes successives de l'innovation ;

- Des observations générales portant sur notre vécu lors de notre immersion sur le terrain.

Nous classons ensuite les observations recueillies en y associant une ou plusieurs idées clés. Lors de l'analyse, nous tentons d'établir des liens entre les observations, notamment entre l'évolution de l'innovation managériale et les leviers managériaux mobilisés.

Nous complétons ces techniques d'investigation par une analyse des documents institutionnels.

3.2.3. Le matériau issu des documents institutionnels

Pour une meilleure compréhension des données collectées et afin de pouvoir affiner leur analyse, nous utilisons les documents institutionnels à notre disposition.

3.2.3.1. Présentation des documents utilisés

Suite aux engagements pris en amont de l'implantation de l'innovation managériale par la direction de mettre en place les ressources nécessaires au travail de recherche, nous sommes autorisés à consulter les documents institutionnels, soit la documentation en lien avec l'organisation, le pilotage et le fonctionnement de l'établissement.

L'analyse de ces documents vise une compréhension du fonctionnement de l'organisation, de son fonctionnement et du rôle de chacun des acteurs y exerçant (cf. tableau 16).

Tableau 16. Documents utilisés pour le recueil de données

Documents	Intérêt
Les textes de loi encadrant les activités de l'établissement	Assurer une conformité de notre recherche et de l'implantation de l'innovation managériale.
Les référentiels de gestion de la qualité utilisés par l'établissement : EFQM et JCI	Intégrer le mode de gestion appliqué à l'implantation de l'innovation managériale.
Les documents formalisant la stratégie tels que le règlement général de l'établissement et le projet d'établissement.	Identifier de la politique, la stratégie et les missions de l'établissement servant de référence à chacun.
La politique soignante et la politique médico-soignante et la politique qualité.	Appréhender le mode de gouvernance appliqué et la déclinaison de la stratégie générale au niveau des entités organisationnelles concernées par notre recherche.
Les documents portant sur l'organisation des activités : la cartographie des processus, les règlements internes, les procédures, etc.	Situer les activités en lien avec notre recherche parmi l'ensemble des activités menées au sein de l'organisation.
Le tableau de bord des services concernés par notre recherche	Identifier les objectifs de ces entités.
Les documents se rapportant aux acteurs (organigramme, profils de poste)	Identifier les relations hiérarchiques, les compétences des acteurs et leurs missions. Cette identification soutient la compréhension de certains comportements ou propos émis lors de nos investigations.
Les informations diffusées : notes de service, comptes rendus de réunions, supports de formations, etc.	Connaître les échanges et des décisions actées.

3.2.3.2. Données collectées à partir des documents

L'investigation porte dans un premier temps sur une identification du document :

- Les rédacteurs ou auteurs,
- Les destinataires,
- Les dates de parution,
- Leur mode de diffusion,
- Le contexte lié à la parution et la diffusion du document.

Puis, pour chacun des documents, nous leur associons une ou plusieurs idées clés afin de nous y référer au cours de notre immersion et lors de l'analyse des données recueillies suite aux entretiens ou au cours des observations.

Ces documents sont utilisés tout au long de notre démarche empirique afin d'affiner l'analyse des résultats.

3.3. Analyse des données recueillies

L'analyse des données recueillies s'appuie sur une méthodologie en trois étapes (Krief et Zardet, 2013) :

- Une étape de pré-analyse consistant à une organisation des données ;
- Une étape de codage consistant à découper les données en unités, thèmes, sous-thèmes et idées clés afin de les associer à des catégories prédéfinies relatives au cadre conceptuel de notre recherche ;
- Une étape d'interprétation, synthèse permettant l'identification d'inférences.

Ces étapes s'inscrivent dans les trois principes épistémologiques de l'observation scientifique de l'approche qualimétrique présentés par Buono *et al.*, (2018) citant les travaux de Savall et Zardet (2004) :

- **L'interactivité cognitive**, les données collectées sont issues des interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation ;
- **L'intersubjectivité contradictoire**, les données collectées sont validées par consensus grâce à la technique de l' « effet miroir » (Krief et Zardet, 2013, p. 217). Cette méthode permet de confronter nos interprétations des données collectées à l'avis des acteurs et soutient la pratique de réflexivité permettant une validité de l'analyse réalisée. Elle permet également l'obtention d'informations supplémentaires en renvoyant nos analyses aux acteurs qui peuvent alors les commenter, les préciser ou les discuter. Le chercheur se positionne en tant qu'expert sur les données collectées ;
- **La contingence générique**, le chercheur prend une certaine distance vis-à-vis des données collectées et validées à partir de la littérature existante sur le thème de la recherche. La diversité des sources de données permet un caractère générique des données produites malgré les spécificités du contexte de la recherche. « C'est ce qui traduit le principe de contingence générique des résultats d'une recherche-intervention » (Buono *et al.*, 2018, p. 106).

Ainsi, l'analyse des résultats empiriques est faite de manière abductive, par un aller-retour permanent entre le terrain et les concepts théoriques énoncés. L'abduction est « une forme de raisonnement qui permet d'expliquer un phénomène ou une observation à partir de certains faits. C'est la recherche des causes, ou d'une hypothèse explicative » (Catellin, 2004, p. 180). Les pratiques abductives s'appuient sur une « combinaison de l'expérience et de l'information

et permettent d'appréhender la singularité des situations » (Catellin, 2004, p. 179). A partir d'une situation observée en tant que chercheur, nous émettons des hypothèses explicatives contribuant au processus de production de connaissances. Cette pratique permet de dépasser de potentielles hypothèses et ainsi, de nous ouvrir à des explications qui ne correspondraient pas forcément à nos attentes. L'analyse des données collectées sont associées à des restitutions régulières auprès des acteurs de l'organisation.

Face à la multitude et la diversité des données recueillies et afin d'en faciliter le traitement, nous recourons à l'utilisation d'un logiciel d'analyse qualitative. Les avantages et inconvénients de l'utilisation de ces logiciels sont présentés dans le tableau 17.

Tableau 17. Avantages et risques de l'utilisation de logiciels
(Source : d'après Krief et Zardet, 2013, p. 224)

Avantages	Risques
Rapidité de traitement	Risque d'enfermement en privilégiant une quantification au détriment de l'analyse en finesse et de l'esprit critique
Economie de temps	Rigidité de l'analyse liée à la structure du logiciel et à ses algorithmes internes
Approfondissements possibles par le recours à la statistique et en permettant d'analyser des relations complexes entre plusieurs données	Eloignement chercheur/terrain
Flexibilité et souplesse de l'analyse s'adaptant aussi bien aux démarches inductives que déductives	Primauté du quantitatif risquant de vider de sens l'analyse qualitative
Accumulation - capitalisation en permettant l'explicitation et la reproductibilité des procédures analytiques et d'archivage de l'activité scientifique et donc de transfert de connaissances	

Afin de limiter les risques de l'outil, nous l'abordons comme un support en conservant un esprit critique face aux résultats émergents de l'analyse réalisée à partir du logiciel.

Face à la multitude de logiciels existants, nous nous sommes orienté vers l'utilisation du logiciel Nvivo permettant de « gérer mettre en forme et donner un sens aux données

qualitatives » (Krief et Zardet, 2013, p.227). Le codage aboutit à une catégorisation thématique permettant par la suite d'effectuer des recherches ou de tester des hypothèses. Le logiciel s'appuie sur une logique de « décontextualisation-recontextualisation du corpus » (Krief et Zardet, 2013, p.227) source de création de sens.

Nous parvenons ainsi à établir des hypothèses s'appuyant sur des données complémentaires.

Les collectes de données et les analyses associées s'inscrivent dans une rigueur scientifique indispensable à la validité et la fiabilité des connaissances produites.

Section 4. Validité de la recherche

La justification d'une recherche dépend de son cadre épistémologique et des hypothèses énoncées (Gotteland *et al.*, 2012).

La fiabilité d'une recherche s'inscrivant dans un positionnement constructiviste s'appuie sur la mise à disposition des données et de leur source afin de suivre le cheminement cognitif (Gotteland *et al.*, 2012). Ces éléments permettent une reconstitution des étapes aboutissant aux résultats de la recherche induisant ainsi la reproductibilité de la recherche et donc sa fiabilité.

Les connaissances produites répondent à des exigences (Buono *et al.*, 2018) :

- De validation interne, par une expérimentation,
- De validation externe, par une réplication.

4.1. Validité interne de la recherche

La validité interne de la recherche associe :

- La cohérence interne de la recherche,
- La validité du construit,
- La rigueur du processus de recherche.

La cohérence interne présente la logique de la recherche entre le positionnement épistémologique, l'objet de la recherche, la production de connaissances, le cadre théorique, la problématique énoncée, la méthodologie utilisée, les techniques d'investigation et l'analyse des données collectées (Gotteland *et al.*, 2012). Cette démarche constitue le lien entre le cadre théorique et le cadre méthodologique et empirique. Le cadre épistémologique dans

lequel s'inscrit le chercheur constitue l'essence de la cohérence interne. Il s'appuie sur la problématique de recherche et conditionne la méthodologie utilisée.

Le construit constitue la justification des connaissances produites. Dans le positionnement constructiviste le construit constitue un « ensemble cohérent de connaissances génériques relatives à l'expérience humaine du phénomène étudié » (Gotteland *et al.*, 2012, p. 43). Cette démarche correspond à la rigueur scientifique du processus de recherche aboutissant à la production de connaissances.

La rigueur du processus de recherche constitue la description détaillée de la méthodologie de la recherche.

4.2. Validité externe de la recherche

La validité externe s'appuie sur la mise à l'épreuve des résultats obtenus, soit la réplication de ces résultats. Elle s'effectue à partir de recherche-interventions successives (Gotteland *et al.*, 2012 ; Buono *et al.*, 2018).

La validité externe s'appuie sur une réplication des connaissances produites au sein d'un contexte différent par un travail de restructuration de ces connaissances.

Les résultats obtenus seront vérifiés lors de la réplication de l'innovation managériale dans d'autres entités organisationnelles de notre terrain de recherche. En effet, la méthode empirique ainsi présentée s'inscrit dans un terrain de recherche défini et choisi suite à la problématique de recherche.

Section 5. Les risques de la recherche qualitative

Dumez (2016, p. 9) décrit « trois grands risques épistémologiques » de la recherche qualitative :

- Le risque lié aux êtres de raisons ou risque d'explication par les acteurs abstraits ;
- Le risque de circularité ;
- Le risque de méconnaissance du risque d'équifinalité.

Le risque lié aux êtres de raisons ou risque d'explication par les acteurs abstraits est défini comme « une entité causale qui n'existe que dans la tête de celui qui y a recours » (Boudon, 2006, p. 266). Elle soutient l'explication des faits observés sans réellement les expliquer. La

recherche qualitative doit mettre en exergue et analyser les discours, les interactions et les actions en dépassant les idées et concepts prédéfinis par le chercheur. Afin de gérer ce risque, Dumez (2016, p. 15) préconise « la détermination d'une unité d'analyse », se situant à la jonction du cadre théorique et du cadre empirique, et s'appuyant sur une description détaillée et une narration des actions et interactions des acteurs.

Le risque de circularité consiste à « ne voir dans le matériau que ce qui confirme une théorie » (Dumez, 2016, p. 17). Afin de réduire le risque de circularité, Dumez (2016) préconise de traiter les matériaux recueillis indépendamment du cadre théorique posé et propose deux méthodes : « l'attention flottante et le codage » (Dumez, 2016, p. 69) :

- L'attention flottante consiste à considérer le matériau « dans son entièreté afin de favoriser l'émergence de cadres théoriques non attendus » ;
- Le codage, appelé « théorisation ancrée » (Dumez, 2016, p. 71) fait émerger la théorie du matériau en le découpant « en unités de sens », sans aucun résidu, puis d'y associer « une phrase ou un paragraphe qui en explique l'essence » (« *coding* »), puis à un mot précis (« *naming* »). Puis le nombre de ces codes est réduit jusqu'à avoir un nombre restreint de concepts principaux. Il est alors possible de réaliser un « codage axial » permettant d'identifier des relations entre ces concepts. Dumez présente ainsi le concept d'abstraction correspondant à l'émergence de concepts et de leurs relations à partir du matériau recueilli. Ces concepts peuvent alors être confrontés aux concepts décrits lors de la revue de littérature.

Le risque de méconnaissance du risque ou d'équifinalité correspond à la recherche d'une explication aux observations uniquement à partir du cadre théorique sans remise en question de celui-ci (Dumez, 2016). Ce risque peut être limité par une réflexion sur des « hypothèses rivales plausibles » ou un « raisonnement contrefactuel » en s'interrogeant sur ce qu'il se serait passé dans d'autres conditions (Dumez, 2016, p. 72).

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Ce cinquième chapitre pose le cadre empirique de notre recherche, indispensable à la validité du travail présenté. Ce cadre expose une cohérence entre la problématique énoncée, notre positionnement épistémologique, la méthodologie et le protocole de recherche appliqués.

Afin de maintenir cette cohérence, le choix du terrain de recherche repose sur des exigences portant sur la possibilité d'application de la méthodologie et des outils envisagés. Nous avons pour cela, rencontré les dirigeants du terrain envisagé afin de leur exposer les objectifs de notre recherche, nos exigences et nos attentes vis-à-vis de ce terrain. Il est indispensable de s'assurer de la faisabilité de la démarche avant tout engagement.

Chapitre 6. Choix du terrain

INTRODUCTION DU CHAPITRE 6

Le terrain de recherche est un établissement hospitalier situé au Grand-Duché de Luxembourg. Il est important de préciser cette situation géographique induisant un contexte culturel et institutionnel jouant un « un rôle déterminant pour le management des établissements hospitaliers » (Nobre et Haouet, 2011, p. 107). Le Luxembourg est caractérisé par un multiculturalisme au sein de ses entreprises et donc de ses hôpitaux dû à un phénomène de travailleurs frontaliers¹⁸. Nous prenons en compte cette caractéristique au cours de notre recherche et faisons le choix de ne pas approfondir une approche dans ce sens. Nous privilégions ainsi les caractéristiques générales des organisations publiques afin d'envisager une généralisation des résultats obtenus.

Dans un premier temps, nous présentons le système de santé luxembourgeois permettant d'appréhender l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers luxembourgeois (section 1). Nous précisons ensuite, l'établissement et le service concernés par notre recherche (section 2) La volonté des dirigeants de s'inscrire dans une démarche constante d'innovation détermine notre décision d'en faire notre terrain de recherche. Nous présentons enfin, les acteurs et leurs relations au sein de cette organisation (section 3). Cette connaissance est indispensable à la méthodologie de recherche envisagée s'appuyant sur l'instauration d'interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation.

Section 1. Le système de santé luxembourgeois

Cette première section a pour objet la présentation du système de santé luxembourgeois et plus précisément d'une entité s'inscrivant au sein de ce système, les établissements hospitaliers.

1.1. Un système de santé en pleine restructuration

Le système de santé luxembourgeois est encadré par des orientations de santé définies par le Ministère de la Santé et s'appuie sur un financement public assuré principalement par la Caisse Nationale de Santé¹⁹ (CNS). La CNS est un établissement public dépendant du Ministère de la Sécurité sociale.

¹⁸ <https://statistiques.public.lu/>

¹⁹ <https://cns.public.lu/fr/caisse-nationale-sante/organisation.html>

Le Grand-Duché de Luxembourg est confronté à une évolution des besoins en matière de santé en raison d'une croissance démographique²⁰ pour laquelle les offres de soins doivent répondre. La Ministre de la Santé insiste sur le fait que : « *Chaque patient doit pouvoir bénéficier de la meilleure prise en charge possible. Il est au centre de nos préoccupations et nous nous devons de garantir l'accès équitable de tous les citoyens à des soins hospitaliers de qualité* ». (Lydia Mutsch, Ministre de la Santé du Luxembourg, Nouvelle loi hospitalière, 2016).

Au cours des deux dernières décennies, le gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg a entrepris un programme de restructuration du secteur de santé axé sur une mutualisation des ressources par des fusions d'établissements successives^{21,22}.

Au sein de cet écosystème, les hôpitaux tiennent une place centrale. Les mesures gouvernementales ont vocation à orienter leur fonctionnement afin de répondre aux besoins de santé de la population.

1.2. Les hôpitaux luxembourgeois

Les hôpitaux luxembourgeois fonctionnent sous la tutelle du Ministère de la Santé et leur budget est établi avec la CNS. Leurs activités (offre de soins, capacité d'accueil, etc.) sont réglementées par un texte de loi, le Plan Hospitalier National (PHN). Après plusieurs fusions, le Grand-Duché de Luxembourg dispose actuellement de quatre établissements hospitaliers sur son territoire.

Le Ministère de la Santé souhaite favoriser la coopération et la coordination entre les différents acteurs en milieu hospitalier « afin d'utiliser d'une façon plus efficiente les ressources disponibles, tout en promouvant la qualité des soins dont bénéficient les patients en milieu hospitalier »²³. De même, il souhaite renforcer le développement des prises en charge en ambulatoire ainsi que les réseaux de compétences pour une prise en charge coordonnée, continue et multidisciplinaire.

L'histoire des hôpitaux luxembourgeois conditionne leur situation actuelle, en termes de stratégie, de pilotage et de management.

²⁰<https://statistiques.public.lu/fr/actualites/population/population.html>

²¹ <http://www.sante.public.lu/fr/publications/h/histoire-succincte-hopitaux-lux-fr-de-en/index.html>

²² <http://sante.public.lu/fr/actualites/2010/08/reforme-soins-sante/index.html>

²³ <http://www.sante.public.lu/fr/actualites/2016/09/loi-hospitaliere/index.html>

1.2.1. L'histoire des hôpitaux publics

Avant 1976, les établissements de santé du Grand-Duché de Luxembourg sont gérés par des instances congréganistes et laïques²⁴. A partir de 1976, en raison de la situation en lien à la santé publique, le gouvernement luxembourgeois émet sa responsabilité relative aux soins de santé, crée et finance les activités du premier établissement public, le Centre Hospitalier de Luxembourg. Ce premier établissement dynamisera le système de santé luxembourgeois et engagera le pays vers une législation des activités de santé. La loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé conforte la tutelle du Ministère de la Santé sur les établissements de santé et leur financement. La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers contribue à une coordination nationale et une planification des activités de santé. De même, l'augmentation des coûts de santé conduit les pouvoirs politiques à engager des mesures de rationalisation des ressources s'appuyant sur des démarches d'amélioration continue dans un objectif d'efficience. Le patient est intégré à la réflexion sur l'amélioration des pratiques et devient le centre des préoccupations. La qualité devient l'outil de gestion des hôpitaux s'appuyant sur des mesures incitatives consistant en l'attribution de primes qualité dépendantes du niveau de qualité défini lors de démarches d'évaluation.

Comme nous l'avons évoqué dans la partie consacrée au cadre théorique, les hôpitaux définissent une stratégie et déploient des outils de gestion visant l'atteinte des objectifs fixés.

1.2.2. Hôpitaux luxembourgeois, stratégie et performance

La stratégie de chaque établissement hospitalier luxembourgeois est établie à partir du cadre légal et du Plan Hospitalier National (PHN). Cette stratégie est formalisée par un projet d'établissement constituant une obligation légale pour tous les établissements de santé luxembourgeois. : « *le projet d'établissement, qui fixe pour une durée maximale de 5 ans, conformément aux missions de l'hôpital et à sa classification au plan hospitalier, les objectifs de l'offre de services, les moyens, ainsi que l'évaluation des procédures et résultats* »²⁵.

Les évolutions du contexte liées à la nécessité d'utiliser les ressources de manière efficiente ont amené les établissements de santé à adapter leur stratégie. Celle-ci décrit des objectifs de résultats en précisant les ressources allouées à leur atteinte. Les objectifs stratégiques,

²⁴ <http://sante.public.lu/fr/publications/h/histoire-succincte-hopitaux-lux-fr-de-en/histoire-succincte-hopitaux-lux-fr.pdf>

²⁵ Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers – Article 22

ainsi définis à partir du cadre législatif, sont déclinés au niveau opérationnel (cf. figure 22) par des objectifs pouvant être de deux types :

- Les objectifs externes relatifs aux services rendus aux clients,
- Les objectifs internes relatifs au fonctionnement de l'organisation.

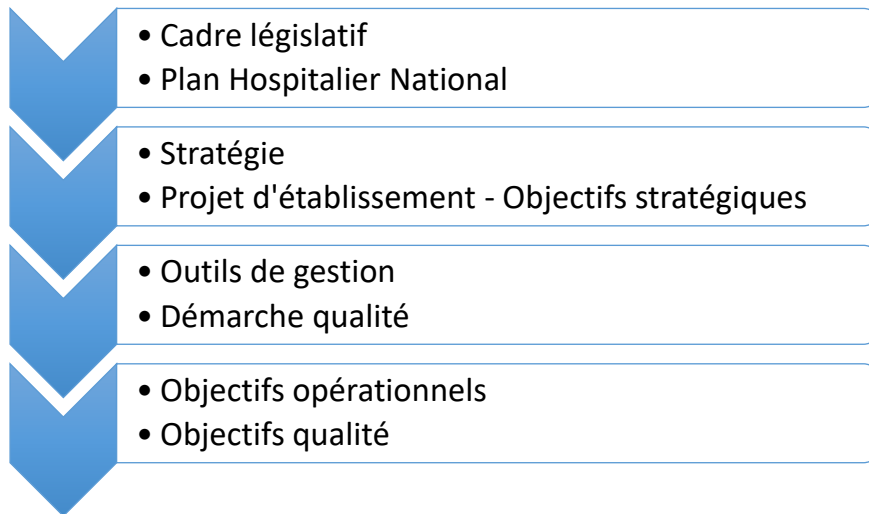


Figure 22. Déclinaison opérationnelle de la stratégie

L'atteinte des objectifs opérationnels est évaluée par des indicateurs pouvant être publiés (par exemple sur le site internet de l'établissement) et ainsi influencer les choix des patients. Parmi ces objectifs opérationnels, les objectifs qualité, représentatifs de la qualité des soins, constituent un enjeu majeur des établissements hospitaliers au regard des exigences des patients et des attentes des instances politiques.

L'opérationnalisation de la stratégie s'appuie sur l'application d'outils de gestion, et plus précisément par la mise en œuvre du management de la qualité.

1.2.3. Le management de la qualité au sein des hôpitaux luxembourgeois

Dans un objectif de maîtriser les ressources au sein des hôpitaux luxembourgeois, les outils de gestion appliqués, issus du *New Public Management* (NPM), ont conduit à l'émergence du management de la qualité.

A partir de 1998, le management de la qualité fait son apparition au sein des établissements hospitaliers luxembourgeois et a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité. Les modalités relatives à l'approche qualité sont fixées dans la convention cadre par :

- Le Ministère de la Santé, pour les aspects réglementaires ;
- La Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois²⁶ (FHL), qui établit le système normatif lié à la gestion de la qualité. La FHL est une association regroupant les établissements hospitaliers ayant pour objet la défense des intérêts professionnels de ses membres et la réalisation du progrès hospitalier.

A partir du Plan Hospitalier National (PHN) luxembourgeois, le Ministère de la Santé détermine les missions et la composition minimale des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures. La qualité hospitalière au Luxembourg est déterminée et gérée par :

- Le Comité National de Coordination de la Qualité des Prestations (CoNA Qual-PH) : présidé par le Ministère de la Santé intégrant les prestataires (médecins et hôpitaux) et l'organisme de financement (CNS) ;
- La Commission d'Evaluation (CE) : organe paritaire entre la Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois (FHL) et la CNS. La CE est établie sur base des articles 40 et 41 de la Convention Cadre FHL/CNS.

Afin de déterminer, un système normatif, La FHL a retenu le modèle EFQM (cf. figure 23) comme outil de management de la qualité.

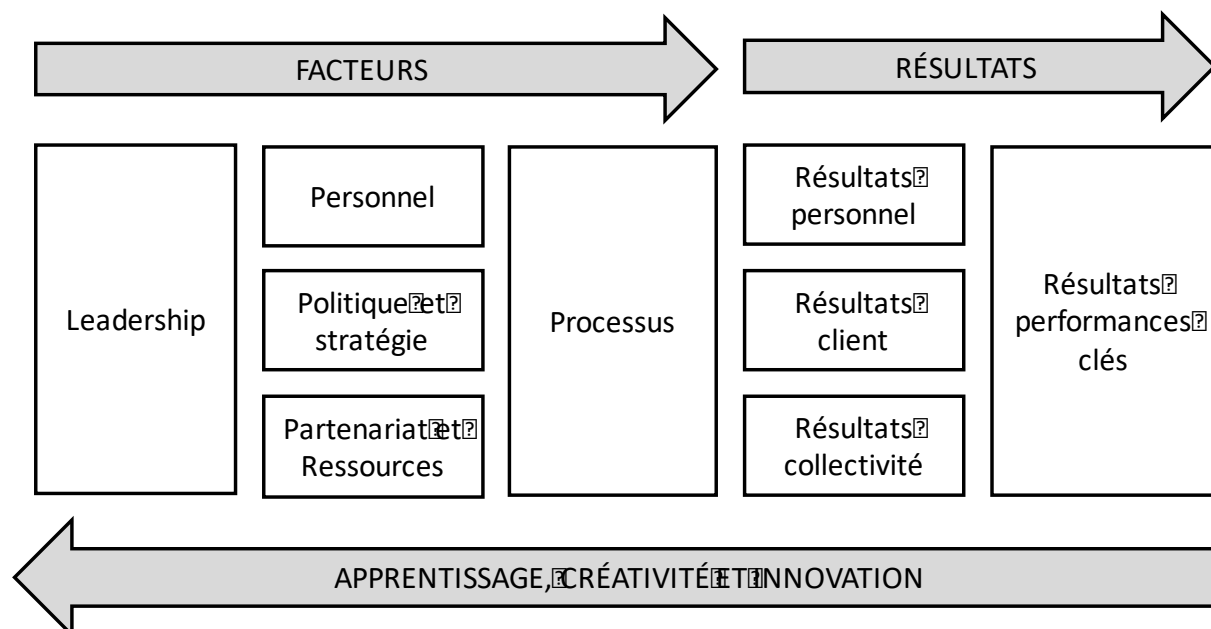


Figure 23. Modèle EFQM
(Source : EFQM, 2012, p. 9)

²⁶ <http://www.fhlux.lu>

Ce modèle présente les neuf critères permettant d'évaluer la performance globale d'une organisation (Guaquère et Charleux, 2004). Cet outil holistique et général est applicable à l'ensemble de l'organisation.

Une évaluation externe est effectuée tous les trois ans par des experts indépendants avec scoring selon le modèle d'Excellence EFQM. Cette démarche permet à chaque établissement d'évaluer son niveau de performance et d'améliorer ses résultats. La fondation européenne EFQM met à disposition de ses membres un outil, l'*Excellence tool book*, proposant une conduite à tenir et les outils associés en fonction du problème détecté. De plus, le score obtenu permet une reconnaissance externe de l'établissement qui peut se positionner face à une concurrence nationale et limitrophe (France, Belgique et Allemagne).

Ce modèle, basé sur une approche processus favorisant la transversalité des activités, a induit un changement culturel et organisationnel au sein des établissements de santé luxembourgeois. Afin d'encourager l'adhésion au management de la qualité, le Ministère de la Santé et la FHL ont mis en place des mesures incitatives. Un incitant financier pouvant atteindre un maximum de 2% du budget annuel opposable à la CNS par établissement hospitalier participant à un programme appelé Incitants Qualité est distribué en fonction du taux de réussite par rapport à des objectifs qualité prédéfinis (Vitali, 2012).

En structurant l'organisation et les activités selon les recommandations émises par le modèle EFQM, l'établissement hospitalier favorise l'apprentissage, la créativité et l'innovation qui vont, en retour, optimiser les facteurs déployés et lui permettre ainsi de s'inscrire dans une boucle d'amélioration continue.

La gestion de la qualité à partir du modèle EFQM induit :

- Une standardisation des pratiques, par la mise en place d'une approche processus ;
- Un changement culturel avec des actions d'auto-évaluation, des mesures correctives et le respect des standards ;
- Des modifications des relations interpersonnelles en promouvant une transversalité des activités.

Afin de déployer l'implantation de la qualité, la CNS met à disposition des ressources pour former les acteurs concernés et attribue une dotation pour mettre en œuvre un management de la qualité. Ce mode de gestion au sein des hôpitaux luxembourgeois a conduit à la création d'une nouvelle entité, la cellule qualité responsable de l'opérationnalisation de la politique

qualité. Celle-ci est composée de coordinateurs qualité dont le nombre dépend de la taille de l'établissement.

Le coordinateur qualité possède des compétences en gestion de processus, méthodologie et organisation²⁷. Ses missions sont :

- Contribuer à la conception de la politique qualité et risques en lien avec les objectifs et la stratégie ;
- Participer à la mise en œuvre de la politique qualité et risques ;
- Promouvoir le développement permanent de la qualité et risques ;
- Favoriser la culture qualité et la culture sécurité ;
- Assurer l'information et la formation du personnel concernant la démarche qualité et risques et les outils associés ;
- Assurer un accompagnement méthodologique au personnel en matière de suivi et de gestion de projets ;
- Coordonner la réalisation des évaluations relatives à la démarche qualité.

Il est en première ligne dans l'opérationnalisation de la qualité. A partir de sa position transversale, il accompagne et travaille en collaboration avec l'ensemble des professionnels de l'organisation dans l'application de la démarche qualité.

Cette description générale du système de santé luxembourgeois, des établissements hospitaliers et de leur mode de gestion, permet d'introduire notre terrain de recherche, le Centre Hospitalier de Luxembourg.

Section 2. Le Centre Hospitalier de Luxembourg

Dans le cadre de notre recherche, suite à la problématique énoncée et à la méthodologie décidée, le choix du terrain s'est révélé une exigence. En effet, celui-ci doit présenter une maturité nécessaire à l'implantation d'une innovation managériale et s'inscrire dans cette dynamique. Nous nous sommes ainsi orienté vers le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL) souhaitant se démarquer de ses concurrents par une valorisation de ses innovations technologiques et managériales²⁸.

²⁷ <http://www.fhlux.lu>

²⁸ www.chl.lu

Lors de nos échanges avec les dirigeants de l'établissement, nous insistons cependant sur les conditions de notre intervention et notre transparence vis-à-vis des situations rencontrées. Notre démarche nécessite une capacité de remise en question des méthodes managériales lors de l'application du *Lean Healthcare*.

2.1. Les activités du CHL

En tant qu'établissement public de santé, le CHL présente une organisation et un fonctionnement encadrés par le Ministère de la Santé luxembourgeois.

Le CHL, établissement hospitalier situé au Grand-Duché de Luxembourg, est créé par la loi du 10 décembre 1975. Il a le statut d'établissement public disposant d'une autonomie financière et administrative et est géré par les formes et d'après les méthodes du droit privé. Le CHL résulte de la fusion successive d'un établissement hospitalier, l'Hôpital Municipal, avec plusieurs autres établissements :

- La Maternité Grande-Duchesse Charlotte,
- La Clinique Pédiatrique,
- La Clinique d'Eich.

Les activités du CHL sont ainsi réparties sur quatre sites :

- CHL Centre, accueillant les services généraux de médecine, de chirurgie et de psychiatrie, de neurochirurgie, de l'oncohématologie, des maladies infectieuses et tropicales rares et de l'immuno-allergologie ;
- CHL Eich, accueillant les services d'ophtalmologie, d'ORL et d'orthopédie, de médecine interne polyvalente, de médecine du sport et de prévention, de gériatrie aiguë et de soins palliatifs ;
- CHL Maternité dédié aux activités gynécologiques et obstétricales ;
- CHL Kannerklinik consacré à la pédiatrie.

Le CHL a aujourd'hui une capacité de 579 lits et emploie 2 111 personnes actives dans plus de 50 métiers. Parmi eux on dénombre environ 270 médecins et plus de 1 000 soignants. En 2017, 16 5379 personnes ont recouru aux services du CHL.

La loi définit le CHL comme un centre de diagnostic, de soins, de traitement, d'hospitalisation, de recherche et d'enseignement. Le Plan Hospitalier National 2018 le classe comme un centre hospitalier régional ayant des missions :

- De prise en charge de pathologies aiguës,

- De santé publique : prévention et promotion de la santé,
- D'enseignement,
- De recherche.

A partir de ces missions définies par le cadre légal, la direction du CHL définit sa stratégie et oriente ses activités.

2.2. La stratégie du CHL

La stratégie du CHL est établie pour une durée de cinq ans sous forme d'un document institutionnel, le projet d'établissement 2014-2019. Dans ce document, diffusé à l'ensemble des collaborateurs, la direction du CHL définit une vision, qui est : « *Accomplir sa mission en s'appuyant sur ses collaborateurs choisis pour leurs compétences, leur engagement et leurs qualités humaines, garants d'un hôpital dynamique orienté vers l'innovation et l'efficacité, partenaire solide et fiable mettant en œuvre des synergies étroites avec les établissements publics actifs dans les domaines de la santé ainsi qu'avec les autres hôpitaux aigus* »²⁹.

A partir de cette vision, des objectifs stratégiques sont formalisés par le comité de direction :

- Être un hôpital dynamique promouvant l'innovation et l'efficacité ;
- Assurer le développement durable des quatre missions associées à l'offre de soins : l'enseignement, la recherche, la prévention et la promotion de la santé.

L'outil utilisé pour le déploiement de la stratégie est une carte stratégique inspirée de la *balanced scorecard* (BSC) ou tableau de bord prospectif. D'après les auteurs Kaplan³⁰ et Norton³¹ (2007), la BSC permet d'aligner les objectifs de chaque entité de l'organisation à la stratégie générale définie (cf. tableau 18). Pour cela les activités de l'organisation sont présentées selon quatre axes mettant ainsi en évidence une relation de cause à effets soutenant l'atteinte des résultats finaux souhaités.

²⁹ Projet d'établissement CHL 2014-2019

³⁰ Robert S. Kaplan, né en 1940, est un professeur à la Harvard Business School et cocréateur, avec David Norton, du tableau de bord prospectif (en anglais *balanced scorecard*).

³¹ David Norton est ingénieur et consultant.

Tableau 18. Les quatre axes de la carte stratégique du CHL
(Source : site intranet du CHL)

Axe	Définition
Résultats	Objectifs stratégiques
Groupes d'intérêt	Clients de l'organisation
Processus	Organisation des activités soutenant l'atteinte des objectifs stratégiques
Apprentissage	Compétences nécessaires à l'atteinte des objectifs stratégiques

Pour accompagner le déploiement de la stratégie, la direction a également défini huit principes directeurs servant de cadre de référence à chaque acteur :

- La satisfaction des patients et de leur entourage, présentée à partir de la cohérence du discours pluridisciplinaire et l'instauration de parcours de soins ;
- La satisfaction du personnel ;
- La satisfaction des parties prenantes externes au CHL ;
- La politique qualité et la gestion des risques dans le management de la clinique (sécurité patient, efficacité des processus clés) ;
- L'innovation et la différenciation (innovation, différenciation, travail en interdisciplinarité, internationalisation) ;
- La promotion et la prévention en termes de santé publique (promotion de la santé, travail en interdisciplinarité) ;
- Le flux patient et le modèle organisationnel (efficacité de processus clés, volume d'activité, travail en interdisciplinarité) ;
- La gestion des ressources et des infrastructures efficaces (efficacité de processus clés, volume d'activité, stabilité financière).

Afin de renforcer la composante qualité des objectifs stratégiques, la direction a établi une politique qualité.

2.3. La politique qualité

La politique qualité soutient les orientations stratégiques de la politique générale relatives à :

- La sécurité des patients,
- La différenciation,
- La réputation internationale du CHL,
- Le travail en équipe et l'interdisciplinarité, par une maîtrise des processus.

La direction du CHL met l'innovation au cœur de sa stratégie et soutient toute activité en lien avec l'innovation et la différenciation permettant de se positionner face à la concurrence³². L'innovation réside dans la différenciation de l'offre de soins et des approches appliquées pour répondre aux missions du CHL. Chaque service, chaque département est invité à s'interroger sur son niveau de compétitivité et à être force de proposition dans l'environnement et le contexte évolutif du Luxembourg.

En complément de l'application du modèle EFQM, la direction s'engage en 2017 dans une démarche d'accréditation JCI soutenant la sécurité des patients et la qualité des soins.

Les objectifs qualité définis dans le projet d'établissement 2014-2019 sont :

- La recherche de la satisfaction des parties prenantes ;
- La sécurisation des activités ;
- L'optimisation de la performance et la compétitivité des activités et des processus ;
- L'amélioration continue.

Afin d'atteindre les objectifs fixés, des moyens sont mis en œuvre :

- L'adoption de méthodes et standards reconnus en référence à des modèles et référentiels reconnus ;
- La cartographie et la formalisation des processus clés afin d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital et de ne pas travailler selon une optique de tâches séparées et cloisonnées, mais selon une optique de tâches inter-reliées qui impliquent un travail transversal ;
- L'harmonisation des pratiques et la réduction des écarts entre la qualité conçue et la qualité réalisée. L'évaluation des pratiques professionnelles a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de soins. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations professionnelles et selon une méthode validée, et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ;

³² Projet d'établissement du CHL

- La réduction des écarts entre la qualité attendue et perçue par les parties prenantes. La mesure de la satisfaction des parties prenantes et particulièrement des patients permet de connaître leur opinion sur les différentes composantes humaines, techniques, logistiques et de leur prise en charge. Le taux de satisfaction permet de mesurer une évaluation personnelle de la prise en charge et est ainsi le reflet des préférences personnelles du patient, de ses attentes et de la réalité de sa prise en charge.

Ces principes sont déployés en favorisant la responsabilisation et l'autonomie des équipes et en assurant leur formation et le renforcement de leurs compétences. Afin de mener au mieux notre recherche et de garantir une analyse rigoureuse des données recueillies, il est indispensable d'appréhender de manière précise l'organisation et le fonctionnement de notre terrain. Pour cela, nous nous appuyons sur son organigramme permettant d'identifier les relations entre les acteurs.

2.4. L'organisation du CHL

2.4.1. Présentation de l'organigramme

Le CHL est administré par une Commission administrative composée de treize membres dont des représentants de l'Etat, des délégués de la Ville de Luxembourg, et des délégués du personnel du CHL.

Le CHL est dirigé par un directeur général assisté d'un directeur médical, d'un directeur des soins et d'un directeur administratif et financier. Ensemble, ils forment le comité de direction et définissent la stratégie de l'établissement. La figure 24 présente l'organigramme fonctionnel du CHL.

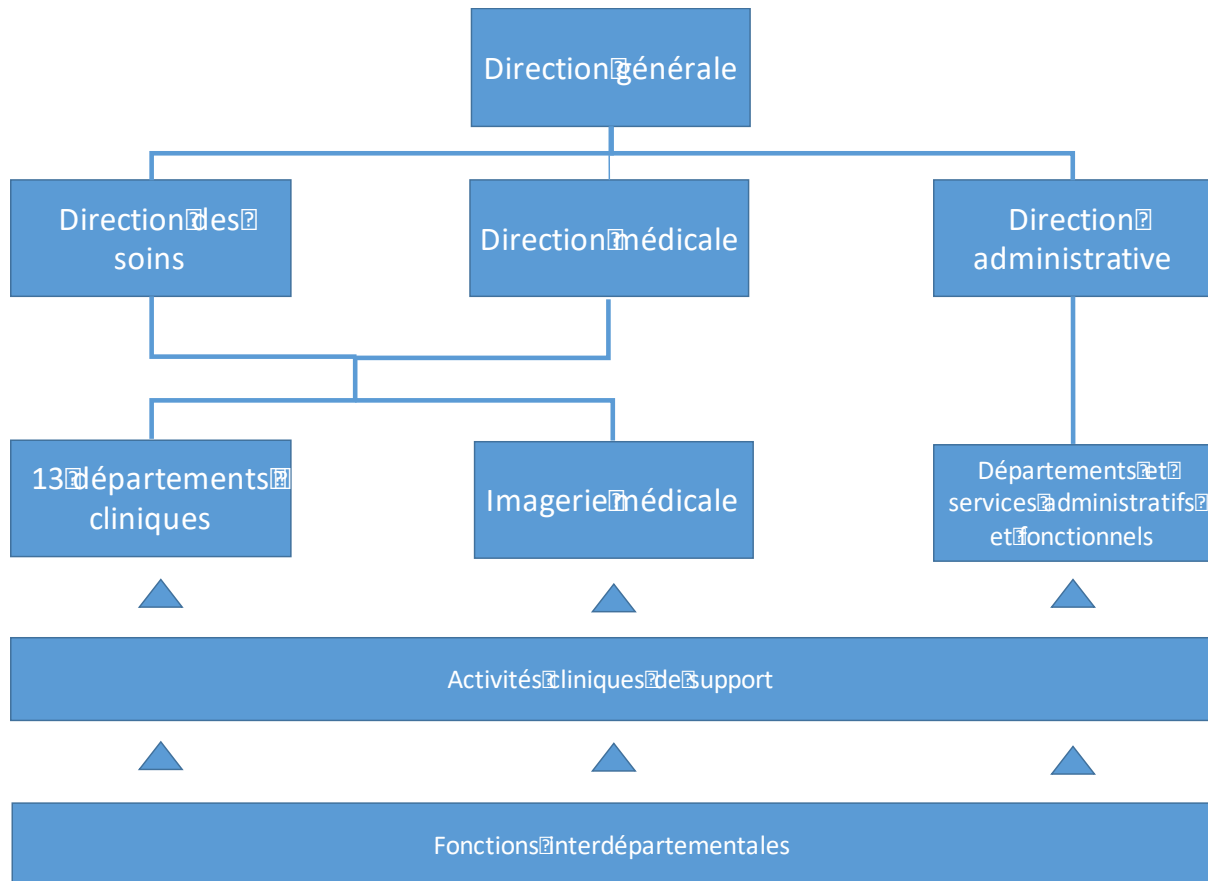


Figure 24. Organigramme fonctionnel du CHL
(Source : www.chl.lu)

L'organigramme met en évidence un lien direct entre la direction des soins et la direction médicale dans le pilotage des activités cliniques. Ce lien marque la politique médico-soignante résultant d'une volonté de la direction générale souhaitant favoriser la collaboration des médecins et des soignants. Les activités du CHL, réparties dans treize départements cliniques, sont gérées conjointement par un médecin-chef de département et un cadre soignant -chef de département.

Chaque département clinique est composé de plusieurs services cliniques gérés par des cadres soignants-chefs de service. Ceux-ci travaillent en collaboration étroite avec le cadre soignant-chef de département et le médecin-chef de département (cf. figure 25).

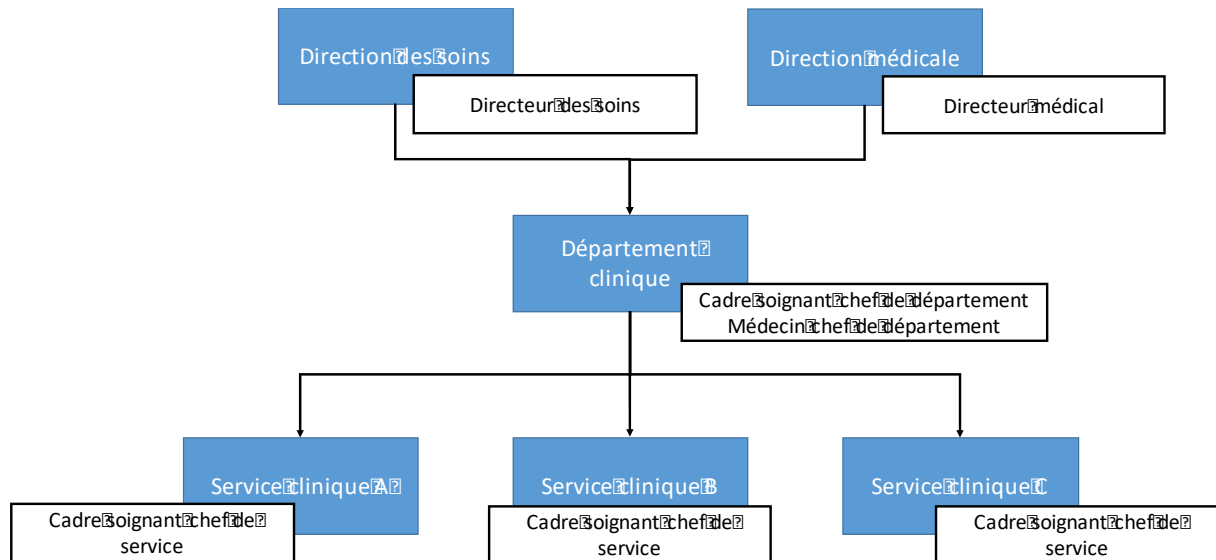


Figure 25. Une collaboration médico-soignante

Par ce modèle organisationnel, la direction promeut une responsabilisation et la collaboration efficace entre tous les acteurs, ainsi qu'un suivi des activités de manière plus formelle et objective.

2.4.2. La politique médico-soignante

Les activités du CHL sont gouvernées par une politique médico-soignante (cf. annexe 1) favorisant une collaboration des médecins et des soignants. Les objectifs de cette politique sont³³ :

- Promouvoir une médecine de haute qualité répondant aux exigences des guidelines internationaux ;
- Promouvoir, développer et organiser les compétences cliniques ;
- Développer les approches managériales ;
- Favoriser et accompagner l'ensemble des parties prenantes vers un objectif commun centré sur le patient et son entourage ;
- Consolider les acquis cliniques et anticiper sur les besoins en termes de santé publique ;
- Améliorer l'offre de soins dans un contexte de sécurité patient ;
- Renforcer la notion d'interdisciplinarité au regard de la gouvernance ;
- Maîtriser les ressources dans un contexte d'efficacité.

³³ Document institutionnel : Politique médico-soignante

La politique médico-soignante est soutenue par un management par objectifs ayant pour finalité d'accroître les responsabilités des départements et services cliniques et d'améliorer les interactions entre les différentes entités du CHL. Des contrats entre le comité de direction et les départements de soins, nommés Conventions d'Objectifs et de Moyens (COM) sont ainsi mis en place (cf. annexe 2). Les COM définissent les missions, objectifs et moyens négociés entre la direction et les chefs de département. De la même façon, à l'échelle des services, sont mis en place des contrats de service présentant les objectifs fixés et les moyens négociés.

Le schéma ci-dessous (figure 26) présente cette contractualisation.

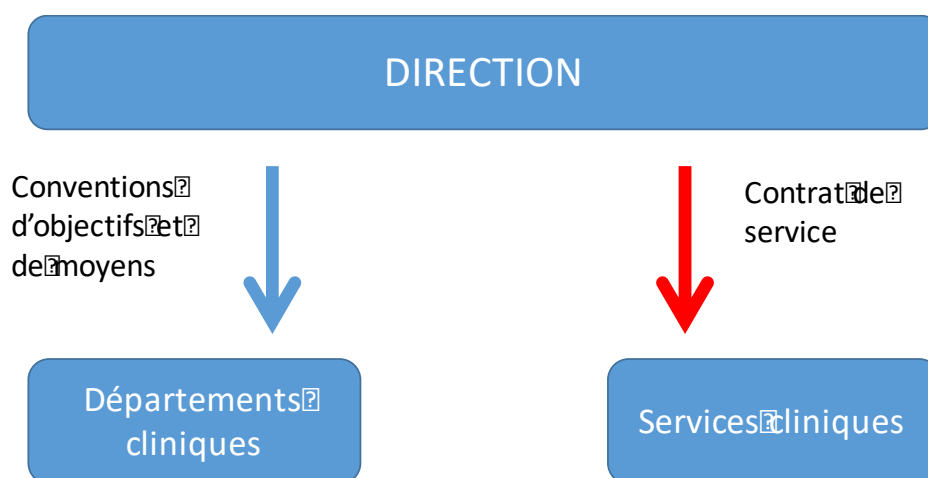


Figure 26. Convention d'objectifs et de moyens et contrats de service.

A partir de cette politique médico-soignante, la direction du CHL souhaite renforcer et promouvoir le rôle managérial.

2.5. Le management de proximité au CHL

Le CHL s'est résolument engagé sur la voie de la modernisation de son organisation interne à partir de la stratégie définie. Pour faciliter sa mise en œuvre, une révision de l'organisation managériale a été décidée en 2008 et mise en vigueur depuis le 1er janvier 2009. Cette dernière comprend un renforcement des structures de l'encadrement intermédiaire ainsi qu'une redéfinition des départements cliniques selon un regroupement plus homogène des activités liées permettant ainsi une plus grande spécialisation et une meilleure organisation de celles-ci.

L'encadrement intermédiaire, ou middle management, correspond au binôme cadre soignant-chef de département et cadre soignant-chef de service.

Afin de répondre à la problématique posée relative au rôle du manager de proximité, nous axons notre recherche sur le rôle du cadre soignant -chef de service. En effet, sa définition institutionnelle et ses activités le rapprochent davantage du concept de manager de proximité défini dans le cadre théorique. Cette fonction est définie dans la fiche poste du cadre soignant-chef d'unité (cf. annexe 3) : « Le soignant chef de service est un manager. Il organise, dirige et supervise le travail de son personnel en référence au règlement général de l'institution sous la responsabilité du cadre soignant chef de département référent. Il exerce ses missions dans le respect de la stratégie de l'hôpital, la politique du département des soins et la COM définie. Il connaît les limites de sa fonction et n'hésite pas à recourir à la voie hiérarchique. Il met en place un partenariat privilégié avec d'une part son cadre soignant et d'autre part son binôme médical.

Pédagogue, il est le garant de la qualité et de la sécurité des soins prodigués au patient au sein de son unité. Il participe à la satisfaction de celui-ci, de celle de son équipe et garantit leur sécurité au travail. A ce titre, il participe ponctuellement à la réalisation de gestes et de pratiques de soins au sein de son unité. Il assure également les missions de gestion du personnel, et de gestion de l'unité de travail. Il assure les relations professionnelles ascendantes, descendantes et transversales : partenaires, hiérarchie, équipe, etc. Il est proactif et valorise son unité sur le marché interne et externe de l'institution ».

Ses principales activités sont :

- Gérer efficacement son unité en optimisant les moyens et en lien avec la COM ;
- Développer la communication interne et externe, et les relations professionnelles ;
- Assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués au patient ;
- Optimiser et faciliter la prise en charge du patient ;
- Favoriser la recherche, l'enseignement et l'apprentissage clinique.

Au CHL, l'ensemble des managers de proximité des services cliniques sont des soignants de métier. Il s'agit d'un prérequis et d'une exigence lors de leur recrutement ou de leur accès à une fonction de cadre soignant-chef de service. Avant la notion de chef de service, c'est la notion de soignant qui est mise en avant.

Il semble important de préciser que les managers des hôpitaux luxembourgeois proviennent du Grand-Duché de Luxembourg mais également des pays limitrophes (France, Belgique et Allemagne). Cela provoque des disparités dans la formation de ces managers qui ont pu acquérir des compétences managériales dans leur pays d'origine.

Dans le cadre de notre travail de recherche, nous nous intéressons à un service clinique précis du CHL, l'Unité de Traitement de Chimiothérapie (UTC). Avant d'envisager un déploiement plus large, la direction du CHL souhaite entreprendre une application de l'approche *Lean Healthcare* au sein d'un service pilote afin de résoudre les dysfonctionnements constatés. Cette volonté s'inscrit dans des préconisations relatives à l'application du *Lean Healthcare* au sein des hôpitaux (Toussaint et Berry, 2013).

2.6. L'Unité de Traitement de Chimiothérapie du CHL

L'Unité de Traitement de Chimiothérapie (UTC) fait partie du département Cancérologie-Hématologie comprenant quatre services. Il accueille les patients pour des traitements de chimiothérapie ou des traitements de support qui peuvent être réalisés en ambulatoire. Les patients peuvent également bénéficier de soins ponctuels tels que des pansements, des prises de sang ou des rinçages de site d'injection.

Ce service est caractérisé par une forte pluridisciplinarité mobilisant les compétences d'une équipe de médecins et de soignants spécialisés représentée par :

- Une fonction soignante comprenant :
 - Une infirmière d'accueil, assurant l'accueil administratif des patients,
 - Dix-sept infirmiers,
 - Six aides-soignants.
- Une fonction support comprenant :
 - Une psychologue,
 - Une assistante sociale,
 - Une diététicienne,
 - Un kinésithérapeute,
 - Une esthéticienne.
- Une fonction coordination :
 - Une coordinatrice cancer du sein,
 - Deux coordinatrices tumeurs solides.
- Une équipe médicale composée de sept médecins oncologues.

Dans le cadre de la prise en charge des patients, les professionnels de l'UTC travaillent en étroite collaboration avec :

- Le laboratoire,
- La pharmacie.

L'UTC est un service dit « de jour » ouvert du lundi au vendredi de 7h à 19h. Il a une capacité d'accueil de quatorze lits. Les patients se succèdent tout au long de l'amplitude d'ouverture quotidienne. En 2017, 16 904 patients ont été pris en charge dans ce service.

La direction de l'établissement évoque des difficultés organisationnelles persistant depuis de nombreuses années et difficiles à résoudre en raison de la diversité des acteurs intervenant au niveau de la prise en charge des patients accueillis. Les retards au cours d'une prise en charge se répercutent sur les prises en charge suivantes. De plus, suite à l'arrivée de deux nouveaux médecins, l'activité a augmenté de 30% au cours des années 2016 et 2017.

Ces dysfonctionnements ont pour conséquence une diminution de la qualité des services prestés et un mécontentement des patients. Les échecs répétés des mesures d'amélioration implantées motivent la décision de déployer une innovation managériale, le *Lean Healthcare*.

CONCLUSION DU CHAPITRE 6

Ce sixième chapitre présente notre terrain de recherche. Ce choix résulte de deux exigences :

- Conduire notre recherche au sein d'un terrain compatible avec notre méthodologie, autorisant l'accès aux informations nécessaires et permettant l'application des techniques d'investigation ;
- S'assurer de la maturité organisationnelle nécessaire à l'implantation de l'innovation managériale envisagée, le *Lean Healthcare*.

La compatibilité renvoie à la méthodologie appliquée. En effet, la recherche-intervention doit avoir une finalité définie à partir d'un dysfonctionnement organisationnel identifié. Il s'agit ici de proposer un outil destiné au manager de proximité lui permettant de mobiliser des leviers managériaux facilitant les étapes successives de l'innovation managériale et *in fine* de favoriser son succès. La direction de l'organisation doit donc soutenir la capacité de mobilisation de ces leviers par le manager et mettre à disposition les ressources nécessaires. De plus, les connaissances issues de la recherche-intervention sont co-construites avec les acteurs de l'organisation. Ceux-ci sont donc régulièrement sollicités et doivent être en mesure de s'investir dans cette démarche.

La maturité organisationnelle nécessaire à l'innovation managériale correspond à une philosophie soutenant les compétences des acteurs et plus spécifiquement des opérationnels dans le cas du *Lean Healthcare*.

CONCLUSION DE LA PARTIE II

Suite à une première partie consacrée au cadre théorique aboutissant à une problématique et au cadre conceptuel associé, cette deuxième partie aborde le cadre méthodologique et empirique de notre recherche.

Au cours de cette seconde partie, nous souhaitons mettre en exergue la cohérence du travail réalisé et présenter la rigueur scientifique de notre démarche assurant une validité des connaissances produites. La problématique et le cadre conceptuel exposés orientent notre positionnement épistémologique vers le constructivisme. En effet, nous envisageons la réalité comme une construction issue de nos interactions, en tant que chercheur, avec les acteurs de l'organisation. Nous nous sommes ainsi engagé dans une méthode collaborative de production de connaissances, la recherche-intervention nous amenant à être au plus près des acteurs durant une période prolongée. Les techniques d'investigation associées au recueil de données sont déployées à partir d'un protocole de recherche assurant une rigueur scientifique et soutenant la validité de notre recherche. Les outils de recueil de données et l'analyse des données s'inscrivent dans une démarche qualitative. Les hypothèses construites sont constamment confrontées à la littérature par une démarche abductive et sont validées par consensus avec les acteurs de l'organisation.

La faisabilité de notre recherche est soumise à l'accessibilité à un terrain garantissant les conditions nécessaires à la méthodologie appliquée. Nous émettons ainsi des exigences sur le choix de notre terrain et décidons de nous immerger pendant plusieurs mois au sein du Centre Hospitalier de Luxembourg, établissement public promouvant une culture de l'innovation.

Suite à cette présentation du cadre méthodologique et empirique, nous abordons dans une troisième partie les résultats obtenus suite à nos investigations.

Partie III : Résultats

INTRODUCTION DE LA PARTIE III

Le cadre théorique présenté dans la première partie soulève une question de recherche et un cadre conceptuel s'y rapportant. Cette question conditionne notre positionnement épistémologique et la méthodologie de recherche appliquée, objets de la deuxième partie de ce travail. Nous nous sommes ainsi orientés vers une recherche–intervention, conduisant à nous immerger au sein d'un terrain de recherche pendant une période prolongée de six mois. Cette méthodologie nous amène à être présent au plus près du processus d'innovation managériale tout en prenant part aux discussions et aux prises de décision. En tant que chercheur, la production de connaissances résulte de nos interactions avec les acteurs de l'organisation. Afin de répondre à la problématique portant sur les leviers managériaux, nous privilégions nos interactions avec le manager de proximité en l'accompagnant tout au long du déploiement du *Lean Healthcare*.

L'objet de cette troisième partie est de présenter les différents éléments empiriques issus de nos investigations. Après une période de prise de connaissance du contexte permettant d'appréhender le terrain, son fonctionnement et d'amorcer nos interactions avec les acteurs (chapitre 7), nous procédons à l'analyse du matériau en lien avec la mobilisation des leviers managériaux lors de l'implantation de l'innovation managériale (chapitre 8). Nous synthétisons enfin les données recueillies en les discutant avec les acteurs de l'organisation pour validation, en référence au principe d'intersubjectivité contradictoire (chapitre 9).

Chapitre 7. La connaissance du terrain

INTRODUCTION DU CHAPITRE 7

Comme nous l'avons abordé dans la deuxième partie, notre travail de recherche s'insère dans une organisation rencontrant des dysfonctionnements organisationnels et engagée dans une démarche de compréhension et de résolution de ceux-ci telle que l'expriment ses dirigeants.

Dès nos rencontres avec la direction en amont de notre immersion, celle-ci exprime une forte volonté de résoudre les dysfonctionnements survenant au cours de la prise en charge des patients à l'Unité de Traitement de Chimiothérapie (UTC). Ceux-ci engendrent une insatisfaction grandissante des patients qui n'hésitent pas à s'orienter vers d'autres établissements. Cette situation impacte la réputation de l'établissement et entrave la volonté stratégique des dirigeants de faire du CHL un établissement de référence en oncologie.

Notre immersion sur le terrain débute par une période de prise de connaissance du contexte. Les objectifs sont d'identifier la situation et les difficultés à l'origine de la décision de mettre en place le *Lean Healthcare* et de détecter les facteurs pouvant influencer le mécanisme d'adoption de l'innovation managériale. Pour cela, nous nous rendons dans les différents services de l'établissement au plus près des acteurs et au cœur de leurs activités quotidiennes.

Nous identifions dans un premier temps la structure de l'établissement hospitalier afin de comprendre son mode de fonctionnement, ainsi que les relations interpersonnelles entre les acteurs (section 1). Afin d'aborder les mécanismes de diffusion et d'adoption de l'innovation au CHL, nous complétons ces observations par une analyse des expériences antérieures d'applications d'innovation, leur vécu par les acteurs et leurs résultats (section 2). Nous précisons enfin les dysfonctionnements rencontrés par les professionnels de l'Unité de Traitement en Chimiothérapie (UTC) évoqués par la direction et à l'origine de notre intervention (section 3).

Notre immersion au sein du terrain débute en septembre 2017. Dès notre arrivée et pendant une période d'un mois, nous observons de manière globale l'organisation. Les propos rapportés dans ce chapitre sont issus d'échanges tenus lors de cette période et retranscrits au sein de notre journal de bord, et des documents institutionnels mis à notre disposition.

Section 1. Le terrain et ses acteurs

Avant notre arrivée au sein de l'établissement, nous convenons avec le comité de direction d'informer l'ensemble des collaborateurs de notre venue et de l'objectif de notre présence. Un courrier électronique émanant de la directrice des soins est adressé à l'ensemble des collaborateurs du CHL :

« Dans le cadre d'une thèse en Sciences de Gestion, Noura Zaghmouri, Doctorante, sera présente au sein de notre établissement à partir de ce jour et pour une durée de six mois. Son travail de recherche porte sur l'amélioration du flux des patients. Elle sera donc présente dans nos services afin d'observer les activités et échanger avec l'ensemble des professionnels, uniquement dans l'objectif d'améliorer notre organisation. Nous comptons sur le professionnalisme de chacun d'entre vous pour lui assurer un accueil bienveillant et lui apporter les conditions favorables au succès de sa recherche » (directrice des soins, 4 septembre 2017).

Ce mail introduit notre statut de chercheur, souligne les motivations de notre présence et contribue à asseoir notre légitimité.

1.1. La structure du CHL

La structure et le fonctionnement de l'organisation sont appréhendés à partir de l'analyse des documents institutionnels, plus particulièrement l'organigramme et les fiches de poste. Nous complétons ces analyses avec les échanges issus de nos interactions avec les acteurs.

Afin de décrire la structure du CHL, nous reprenons les composantes de l'organisation développées par Mintzberg (1982) : le noyau opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostucture et les supports logistiques.

1.1.1. Les composantes structurelles

1.1.1.1. Le noyau opérationnel

Le noyau opérationnel, assurant la prestation de service, est représenté par les treize départements cliniques, chacun dédié à une spécialité médicale. Ils se situent au centre de l'organigramme et font apparaître une diversité de spécialités cliniques proposées au CHL et les compétences associées.

L'organigramme présente ces treize départements cliniques indépendants les uns des autres (cf. figure 27) parmi lesquels nous identifions le département Cancérologie-Hématologie comprenant l'UTC, service concerné par notre travail de recherche.



Figure 27. Les 13 départements cliniques du CHL
(Source : www.chl.lu)

Les collaborateurs du CHL reconnaissent cette indépendance et la justifient par la spécialisation des activités et l'expertise associée :

« Chaque spécialité est unique et implique une prise en charge adaptée. Les pathologies neurologiques n'ont rien à voir avec la cardiologie, les patients ne sont pas les mêmes, les traitements ne sont pas les mêmes, nous ne sommes naturellement pas amenés à travailler ensemble » (Médecin spécialiste en neurologie) ;

« Je travaille en chimiothérapie depuis vingt ans. Il m'a fallu du temps pour apprendre mon métier, connaître les pathologies et les traitements. C'est très pointu et précis. Les nouveaux sont formés pendant un an avant d'être vraiment autonomes » (Infirmière, service de chimiothérapie ambulatoire) ;

« Mon poste est très technique, je le maîtrise, je suis à l'aise et je ne pourrai pas faire autre chose » (Infirmière, bloc opératoire) ;

« Mon travail nécessite d'être précis, rigoureux et bien formé. » (Préparatrice en pharmacie).

De plus, malgré le statut de salarié des médecins et une hiérarchie apparente sur l'organigramme, nous percevons au sein de cette catégorie professionnelle une forme d'autonomie et d'autocontrôle. Ils reconnaissent cette autonomie et l'associent à des compétences spécifiques et un fort niveau de responsabilité :

« Oui on peut dire d'une certaine façon qu'on travaille seul, face au patient on est amené à prendre des décisions, à faire des choix et on assume seul nos actes »
(Médecin cardiologue).

L'indépendance des départements cliniques soulève une réflexion sur les relations interpersonnelles au sein de l'organisation. Nous observons ainsi une faiblesse, voire une absence, d'interactions entre les professionnels des différents départements :

« Nous ne connaissons pas vraiment les gens des autres services, on ne les voit pas souvent, à part quand ils nous transfèrent des patients » (Infirmier, service d'hémodialyse) ;

« Pour ma part, je travaille avec les médecins et certains services comme la radio ou le labo, mais j'ai très peu de contact avec les autres services de soins. Je ne travaille pas directement avec eux et je ne connais pas leur façon de travailler, je suis incapable de parler de leur travail » (Infirmière, service de médecine interne).

Au-delà de ces faibles interactions, les propos révèlent des tensions :

– Entre catégories professionnelles :

« Ils ne nous respectent pas » (une infirmière du bloc opératoire à propos des chirurgiens) ;

– Entre les strates hiérarchiques :

« Ils ne s'intéressent pas à nous » (un infirmier de l'UTC parlant de la direction).

L'analyse du noyau opérationnel révèle une indépendance des activités liée à l'expertise des activités et caractérisée par de faibles interactions. Elles sont pilotées par le sommet stratégique de l'organisation.

1.1.1.2. Le sommet stratégique

Le sommet stratégique est représenté par le comité de direction (cf. figure 28), composé :

- du directeur général,
- de la directrice des soins,
- du directeur médical,
- du directeur administratif et financier.

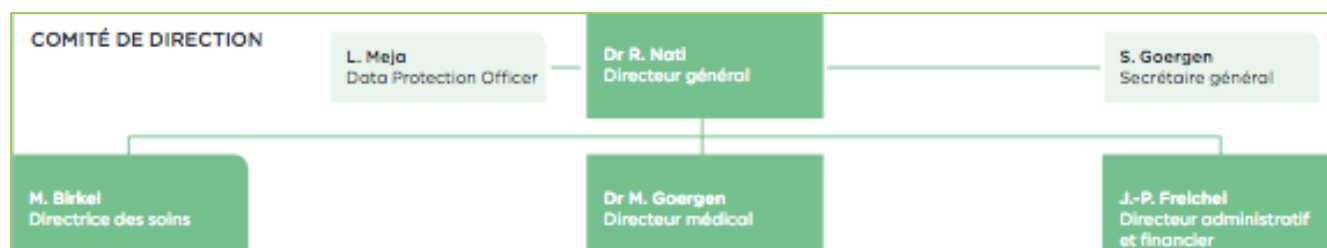


Figure 28. Le comité de direction du CHL
(Source : www.chl.lu)

La directrice des soins nous explique le fonctionnement de ce comité qui se réunit une fois par mois afin de suivre les résultats liés aux objectifs stratégiques et évoquer les échanges avec les parties prenantes externes comme le Ministère de la Santé.

Les membres du comité de direction, peu présents sur le terrain au sein des services cliniques, revendiquent une accessibilité auprès des collaborateurs :

« C'est vrai que nous n'avons malheureusement pas vraiment le temps d'être présents dans les services. Mais nos collaborateurs savent que nous sommes disponibles et prêts à les accueillir en cas de besoin » (Directeur médical).

Notre travail de recherche portant sur les activités cliniques, nous échangeons de manière régulière avec la directrice des soins. Elle nous reçoit de manière régulière afin d'échanger sur l'avancement de notre travail. Infirmière de profession, elle a effectué toute sa carrière au CHL et a progressivement pu accéder à des fonctions de dirigeant. Elle défend une proximité avec les acteurs de terrain :

« Je connais tous les soignants de cet hôpital. Il y en a même certains avec lesquels j'ai travaillé. Eux aussi, ils me connaissent et savent qu'ils peuvent me parler quand ils veulent » (Directrice des soins).

Les professionnels soignants sont, quant à eux, partagés. Certains reconnaissent dans la directrice des soins un soutien :

« Heureusement qu'elle est là. Elle fait beaucoup pour nous » (Infirmière, service de maladies infectieuses) ;

alors que d'autres se montrent plus critiques :

« Elle a oublié qu'elle était infirmière. Elle ne vient jamais voir nos problèmes et ne nous écoute pas. » (Infirmier, service de chimiothérapie ambulatoire).

Concernant les autres membres du comité de direction, les professionnels soignants révèlent avoir très peu, voire pas du tout, d'échanges avec eux :

« On ne les voit jamais, seulement lorsqu'il y a des évènements comme la fête du personnel » (Infirmier, service anesthésie).

Au niveau du sommet hiérarchique, l'organigramme présente également des chargés de missions rattachés à la directrice des soins (cf. figure 27). Ils ont un statut d'experts sur des thématiques particulières telles que l'éthique, la douleur ou l'enseignement et travaillent en collaboration avec l'ensemble des acteurs de l'établissement sur ces problématiques.

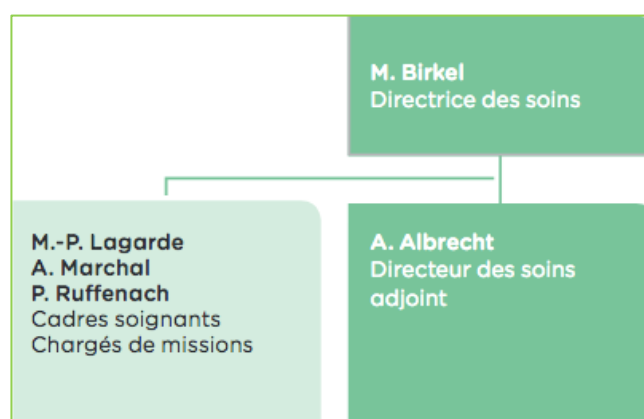


Figure 29. Les chargés de mission du CHL
(Source : www.chl.lu)

C'est donc un sommet hiérarchique représentatif des trois pouvoirs et des types d'activités existant au sein de l'établissement : activités soignantes, médicales et administratives. Les différents directeurs pilotent chacun un périmètre d'activité et assurent le déploiement de la stratégie au sein de ce périmètre. Le directeur administratif souligne cependant une collaboration visant l'atteinte des objectifs stratégiques définis :

« Même si on gère chacun nos missions et nos services, on travaille régulièrement ensemble sur les points concernant l'ensemble de l'établissement » (Directeur administratif).

Le lien entre le sommet hiérarchique et le noyau opérationnel est assuré par la ligne hiérarchique.

1.1.1.3. La ligne hiérarchique

Pour chacune des directions du CHL, nous retrouvons une ligne hiérarchique présentée comme suit (cf. figure 30).

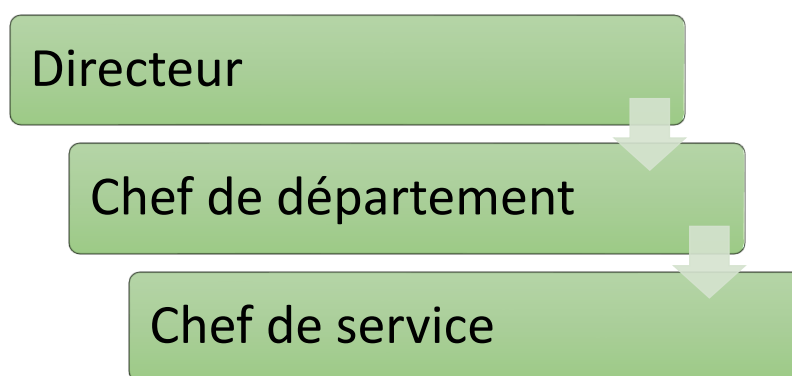


Figure 30. La ligne hiérarchique
(Source : www.chl.lu)

Chaque directeur assure le pilotage de l'ensemble des activités liées à son domaine de compétences (activités de soins, activités médicales et activités administratives et financières) à partir des orientations stratégiques définies en collaboration avec le comité de direction.

Puis, le chef de département et le chef de service (assimilé au manager de proximité) assurent l'opérationnalisation de la stratégie au niveau, respectivement, du département et du service. La ligne hiérarchique met ainsi en évidence une délégation des responsabilités allant du directeur général au manager de proximité pour chaque domaine d'activités.

D'après sa fiche de poste, le chef de département est « responsable du déploiement, de la mesure et du reporting de la stratégie définie par la direction des soins ». Il doit cependant savoir déléguer la supervision des activités du service au chef de service : « Il coordonne l'activité soignante des services qui composent son département tout en respectant le champ d'autonomie et les compétences des cadres soignants chef d'unité » (source : fiche de poste chef de département).

Le manager de proximité, assimilé au chef de service, assure l'opérationnalisation de la stratégie à l'échelle d'un service. Sa fiche de poste formalise ses missions ainsi : il « organise, dirige et supervise les soins, le travail de son personnel en référence au projet d'établissement et au règlement général de l'institution sous la responsabilité de son cadre soignant chef de département clinique référent. Il exerce ses missions dans le respect de la stratégie de l'hôpital, la politique du département des soins et la COM définie » (source : fiche de poste chef de service). Il est ainsi responsable du bon déroulement des activités de son service en mettant en place une organisation efficace.

Afin d'accompagner la réalisation des activités, la technostucture assure des missions d'expertise.

1.1.1.4. La technostructure

La technostructure, chargée d'analyser le fonctionnement des activités et de proposer des méthodes efficaces et standardisées, est principalement composée de :

- La cellule qualité et organisation,
- La cellule d'ingénierie biomédicale,
- La cellule de prévention des infections nosocomiales,
- La cellule enseignement médical et de recherche,
- La cellule de documentation et d'information médicale.

Cependant, les entités de la technostructure apparaissent éloignées des activités du noyau opérationnel. Nos échanges avec les membres de la cellule qualité et organisation révèlent que ceux-ci sont principalement ingénieurs qualité de formation et n'ont pas de compétences relatives aux activités cliniques. Ils assurent essentiellement un appui méthodologique et élaborent les procédures de travail, ou bonnes pratiques, en collaboration avec les chefs de département ou chargés de missions. Ces experts ont peu d'interactions directes avec les professionnels de terrain. Ils mettent ensuite à disposition des professionnels les procédures formalisées, sous forme d'une gestion électronique documentaire accessible sur le réseau intranet de l'établissement.

Les professionnels de santé, quant à eux, reconnaissent très peu se référer à cette documentation :

« Je sais qu'il y a des procédures mais elles sont un peu déconnectées de notre façon de travailler, on ne peut pas travailler exactement comme c'est écrit » (Infirmier, service de cardiologie).

Ce constat soulève des interrogations sur la cohérence de cette expertise avec les réalités et les contraintes du terrain et leur application par les opérationnels. Nous retrouvons ici les difficultés liées au management de la qualité pouvant conduire à une formalisation des pratiques éloignée des pratiques du terrain.

La dernière composante de l'organisation correspond aux supports logistiques assurant le soutien fonctionnel des activités.

1.1.1.5. Les supports logistiques

Les supports logistiques correspondent à l'ensemble des services techniques s'assurant de la mise à disposition et de la fonctionnalité des équipements nécessaires aux activités du noyau

opérationnel. Ils interviennent de manière programmée pour l'entretien de ces équipements et sont régulièrement sollicités pour des demandes d'interventions ponctuelles comme la réparation d'un équipement. Ces compétences techniques dépendent de la direction administrative et soutiennent les activités de l'ensemble des professionnels de l'établissement.

L'ensemble des composantes décrites constitue ainsi la structure du CHL.

1.1.2. Synthèse de la structure du CHL

L'analyse de la structure du CHL (cf. tableau 19) met en évidence les caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle, i.e. une structure centrée sur son noyau opérationnel (les activités cliniques) et une standardisation des qualifications liées aux professions de santé.

La diversité des compétences (médicales, soignantes et administratives) et le haut niveau d'expertise associée induisent une spécialisation horizontale et verticale. La délégation des activités de gestion au chef de département et au chef de service favorise une décentralisation des activités d'opérationnalisation et de contrôle.

Tableau 19. Structure du CHL

Composantes	Description
Noyau opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Spécialisation horizontale : indépendance et autonomie des départements et des services cliniques, expertise • Spécialisation verticale : hiérarchie
Sommet hiérarchique	<ul style="list-style-type: none"> • Composé des trois pouvoirs : médical, soignant, administratif • Collaboration pour la définition de la stratégie et l'atteinte des objectifs définis
Ligne hiérarchique	<ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation • Délégation • Moyen de contrôle
Technostructure	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignée du terrain
Supports logistiques	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien apporté aux activités du noyau opérationnel

Le CHL représente ainsi un environnement complexe et stable associé à un système technique non sophistiqué s'appuyant essentiellement sur des compétences humaines.

Nous souhaitons recueillir la perception des acteurs sur cette structure et ainsi conforter nos analyses.

1.1.3. La perception de la structure par les acteurs

L'organigramme est un document institutionnel accessible en interne sur le site intranet de l'établissement. Il est également communiqué vers l'extérieur sur le site internet de l'établissement. Malgré l'accessibilité de cette documentation, nos échanges avec les acteurs révèlent :

- Une méconnaissance de l'organigramme et de sa composition :
« Je travaille ici depuis huit ans et je n'ai jamais entendu parler de la cellule d'ingénierie biomédicale » (Infirmière, service de maladies infectieuses).
- Un désintérêt pour l'organigramme :
« Personnellement je ne vois pas ce que ça m'apporterait de connaître l'organigramme. Les personnes avec lesquelles je travaille, je les connais et ça me suffit » (Kinésithérapeute).

Peu de collaborateurs connaissent la structure de l'établissement et sont capables de se positionner vis-à-vis des autres professionnels. Ils ont une vue limitée de l'organisation à leur service et à leurs activités. Cela renforce notre impression de cloisonnement, en marquant une méconnaissance des collaborateurs de la structure globale de l'établissement, présentant peu d'intérêt à leurs yeux.

Conjointement à l'identification de la structure, la connaissance de l'organisation implique une observation de ses modalités de fonctionnement.

1.2. Le fonctionnement général du CHL

Afin de décrire le fonctionnement du CHL, nous nous référons aux mécanismes de coordination des activités développés par Mintzberg (1982, p. 23) : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des produits et la standardisation des qualifications.

1.2.1. Les mécanismes de coordination

1.2.1.1. L'ajustement mutuel

L'ajustement mutuel correspond aux modalités de régulation des activités entre les différents acteurs (Mintzberg, 1982).

Afin de réguler les activités cliniques, les professionnels de santé utilisent principalement les techniques d'information et de communication. Dès notre arrivée au sein du CHL, nous saisissons l'importance et l'omniprésence de l'outil informatique, élément central des services cliniques, très prisé par les professionnels de santé. Lors de nos échanges portant sur l'utilisation de l'outil informatique, ces professionnels présentent le dossier de soins informatisé utilisé tout au long de la prise en charge des patients par l'ensemble des acteurs intervenant auprès du patient. Il permet à la fois la planification des soins et des examens, et la consignation de l'ensemble des informations relatives au patient tels que les actes médicaux, les traitements administrés, les observations et les résultats d'analyse. C'est donc un véritable moyen d'ajustement et de régulation des activités pour les acteurs de l'organisation, qu'ils soient médicaux, soignants ou administratifs.

La directrice des soins précise l'objectif de cet outil :

« Il améliore la communication entre les professionnels de santé et facilite l'accès aux informations utiles à la prise en charge » (Directrice des soins).

Les professionnels de santé reconnaissent une réelle efficacité de cet outil :

« On ne pourrait plus s'en passer, on a toutes les informations dont on a besoin pour prendre en charge les patients » (Infirmière, service de dialyse).

La communication orale est également très utilisée afin de faciliter l'instantanéité de la transmission d'informations. Elle s'effectue de manière directe en face à face ou par téléphone. Cependant, nos investigations révèlent des défaillances de ce mode de communication :

« On s'est rendu compte que la communication orale peut induire des erreurs. Ça peut être dû à une information incomplète ou mal comprise » (Chef de département oncologie-hématologie) ;

« Quelquefois on reçoit des appels, on nous donne des informations concernant un patient alors qu'on est occupé avec un autre patient. On doit souvent gérer plusieurs patients à la fois et on peut rapidement être induit en erreur si on n'est pas concentré » (Infirmier, service de chimiothérapie ambulatoire).

Des affiches au sein des services définissent les recommandations portant sur la transmission d'un message oral telles que l'identification précise de l'émetteur du message et l'identification du patient. Ces mesures font suite à des dysfonctionnements relevés suite à une communication inefficace.

Conjointement à ces modalités d'ajustement, les activités sont régulées et pilotées par une supervision directe.

1.2.1.2. La supervision directe

Dans le cadre de notre recherche, l'intérêt porté à la supervision directe nous amène à explorer la supervision des activités cliniques et la fonction de manager de proximité, au-delà des missions définies par la fiche de poste.

Différents éléments émergent de l'observation de la fonction managériale :

- De fortes exigences,
- Une faible latitude décisionnelle,
- La collaboration médico-soignante,
- Les activités de gestion.

De fortes exigences

Le manager de proximité est tenu à l'atteinte des objectifs définis par sa hiérarchie (la directrice des soins et le chef de département) et formalisés par le contrat de service (cf. chapitre 6, partie 2.3.2.). Ces objectifs sont catégorisés comme suit :

- La satisfaction des patients et de leur entourage ;
- La satisfaction du personnel ;
- La satisfaction des parties prenantes externes au CHL (services administratifs) ;
- La politique qualité et la gestion des risques dans le management de la clinique ;
- L'innovation et la différenciation ;
- La promotion et la prévention en termes de santé publique ;
- La gestion du flux patient et du modèle organisationnel ;
- Une gestion des ressources et des infrastructures efficaces ;
- Le développement d'un modèle de management soutenant la démarche d'accréditation JCI (*Join Commission International*).

Cette diversité d'objectifs met en exergue la diversité des missions du manager de proximité et marque son degré de responsabilité et les exigences associées à sa fonction.

Ces objectifs et l'obligation de résultats associée se révèlent comme des sources de stress pour les managers de proximité :

« On doit toujours rendre des comptes, on est évalué sur les statistiques du service et on n'a pas vraiment droit à l'erreur » (Cadre soignant, service de chirurgie).

Au cours de réunions hebdomadaires avec le chef de département et mensuelles avec la directrice des soins, le manager de proximité communique les résultats associés à ces activités.

Une faible latitude décisionnelle

Le processus de décision est également exploré au cours de cette phase d'observation. Les propos tenus par les managers de proximité rencontrés marquent une approche descendante du processus décisionnel. Ils reconnaissent ne prendre que très peu part aux décisions et se retrouver essentiellement en situation de devoir les appliquer. Toute initiative de leur part doit être discutée avec les membres de la direction avant de pouvoir éventuellement être appliquée :

« C'est compliqué de prendre une décision. On doit d'abord la présenter à la directrice des soins qui valide ou pas. Elle nous demande de la justifier, il faut être convaincant. C'est difficile de faire valider une décision donc finalement ça limite l'envie de prendre des initiatives ou de proposer des choses » (Cadre soignant, service de pédopsychiatrie).

Nous identifions ainsi la faible latitude décisionnelle du manager de proximité.

La collaboration médico-soignante

La collaboration médico-soignante souhaitée par le comité de direction n'est pas toujours aisée à appliquer pour le manager de proximité qui évoque des intérêts divergents pouvant entraver les activités managériales et favoriser un immobilisme :

« C'est difficile de travailler avec les médecins, ils n'ont jamais le temps et ne comprennent pas nos difficultés et nos besoins. Ils sont juste axés sur leurs problèmes à eux » (Cadre soignant, service de cardiologie) ;

« On n'a pas les mêmes priorités, ils ont parfois du mal à comprendre nos problèmes » (Cadre soignant, service de pédopsychiatrie).

Cette difficulté est régulièrement soulevée par les managers de proximité soignants de l'établissement qui souhaiteraient redéfinir les conditions de cette collaboration :

« J'en ai déjà parlé à la direction, elle est au courant. Il serait peut-être question de revoir le mode de gouvernance » (Cadre soignant-chef de département, département cancérologie-hématologie) ;

« On devrait mettre en place une manière différente de travailler ensemble avec des réunions régulières » (Manager de proximité, service de pédopsychiatrie).

Cette collaboration médico-soignante semble difficilement applicable et est remise en question par les professionnels soignants. Les professionnels médicaux, quant à eux, s'expriment très peu sur cette collaboration et évoquent un manque de temps.

Les activités de gestion

Les managers de proximité rencontrés expriment une charge importante d'activités administratives les éloignant du terrain et des acteurs opérationnels :

« J'ai plein de travail administratif, il y a le planning, les commandes de matériel, le contrôle des dossiers de soins » (Manager de proximité, service de chirurgie orthopédique).

Ils déclarent également être régulièrement sollicités par leurs subordonnées pour diverses demandes et doléances liées aux horaires de travail, à des dysfonctionnements au sein du service ou du matériel manquant. Un manager de proximité déclare se sentir comme :

« un pompier devant agir face à des situations d'urgence » (Manager de proximité, service de cardiologie).

Le manager de proximité réagit plus qu'il n'agit.

Synthèse des modalités de supervision directe

C'est ainsi une profession exprimant un vécu difficile que nous rencontrons au cours de cette période, comme le souligne l'un des managers de proximité :

« C'est difficile comme job. On ne s'en rend pas compte avant d'y être. Beaucoup d'entre nous jettent l'éponge, postulent à d'autres postes ou démissionnent » (Manager de proximité, service de pédopsychiatrie).

Nous retrouvons la position du manager de proximité selon le modèle de Karazek (cf. chapitre 3, partie 1.2.2.) marquée par :

- Une faible autonomie liée à la faible latitude décisionnelle. Toute initiative est proposée à la direction avant une éventuelle application ;
- De fortes exigences associées aux missions et à l'obligation de résultats du manager de proximité :

« La direction ne se rend pas compte de la charge de travail qu'on a : les plannings, les remplacements en cas de maladie, les médecins qui viennent se plaindre dans notre bureau. En plus de ça, on doit leur présenter nos résultats. Je dois faire pas mal d'heures sup., et quand je suis en congés personne ne me remplace, je dois tout rattraper quand je reviens » (Manager de proximité, service de chimiothérapie ambulatoire).

Ces premiers éléments portant sur le manager de proximité seront développés tout au long de nos investigations.

1.2.1.3. La standardisation des procédés

Depuis la mise en place d'une gestion de la qualité au sein des hôpitaux luxembourgeois, des procédures encadrent l'ensemble des activités et visent une standardisation des pratiques.

Cette standardisation est critiquée par les professionnels de santé qui lui reprochent :

- D'être difficilement applicable car trop éloignée des réalités et des contraintes du terrain :
 - « *C'est impossible de faire tout ce qui est écrit, on n'a pas le temps* » (Infirmier, service de chimiothérapie ambulatoire) ;
- De réduire leur autonomie en les empêchant d'adapter leurs pratiques à la spécificité des patients pris en charge et aux situations rencontrées ;
 - « *Quand on soigne les patients, c'est au cas par cas en fonction des habitudes et du contexte de chacun* » (Infirmier, service de pédopsychiatrie) ;
- De rendre la relation de soins purement technique en réduisant le versant relationnel de la prise en charge non formalisé au sein des procédures :
 - « *On n'a même plus le temps de parler avec les patients, mais ça fait partie du soin et du traitement. Ils ont besoin de nous parler* » (Infirmière, service de chirurgie orthopédique).

Elle est vécue comme une industrialisation du soin où les échanges avec le patient sont limités et où seul l'acte technique, permettant une facturation, est valorisé.

De plus, la gestion par la qualité s'est accompagnée d'une obligation de retranscrire les actes réalisés dans le dossier de soins. Seul ce qui est écrit est considéré comme fait. Les professionnels soignants évoquent :

- Les activités de contrôle associées à cette obligation de formaliser les actes réalisés :
 - « *Les chefs peuvent contrôler tout ce qu'on fait, l'heure à laquelle on l'a fait* » (Infirmière, service de cardiologie) ;
- Une modification des priorités faisant passer la qualité des dossiers et des retranscriptions avant la qualité des soins :
 - « *Il y a une nouvelle infirmière, lorsque je prends mon service après elle, c'est toujours une catastrophe dans le service. Mais par contre ses dossiers sont impeccables, elle note tout, même ce qu'elle ne fait pas. Et que regarde la direction ? Les dossiers, pas les malades.... Alors on la félicite ... C'est n'importe quoi !* » (Infirmier, service de médecine interne).

Comme nous l'avons abordé au cours de la première partie, la qualité s'est difficilement implantée au sein des hôpitaux. Nous retrouvons ces difficultés au CHL où elle est perçue comme un non-sens réduisant l'autonomie et modifiant la relation soignant-soigné.

1.2.1.4. La standardisation des produits ou services

Concernant les services, c'est-à-dire les soins prodigués aux patients, il est très difficile de parler de standardisation avec les soignants et les médecins qui y perçoivent un non-sens :

« *On se demande si ceux qui écrivent les procédures ne connaissent notre travail* » (Infirmier, service des urgences) ;

« *On ne vend pas des voitures, on ne peut pas traiter tous les patients de la même façon* » (Médecin neurologue).

Ils évoquent ainsi la dimension humaine du soin, l'ensemble des facteurs propres à chaque patient ne permettant pas d'envisager une standardisation des prises en charge et des actes thérapeutiques.

Malgré cette réticence vis-à-vis de la standardisation, nous prenons connaissance de l'existence de recommandations, ou guidelines, élaborés par des experts médicaux auxquels se réfèrent les médecins.

S'il est difficile d'aborder cette standardisation des services, la standardisation des qualifications est, quant à elle, reconnue et valorisée.

1.2.1.5. La standardisation des qualifications

Au Grand-Duché de Luxembourg, l'accession aux différentes professions de santé exige un niveau de diplôme associé. Pour les travailleurs frontaliers exerçant dans le secteur de la santé, il est alors nécessaire de faire reconnaître leur diplôme auprès du Ministère de la Santé luxembourgeois. Ces démarches sont indispensables pour tout professionnel de santé exerçant au CHL. Malgré cette reconnaissance du diplôme, il peut exister des spécificités des compétences liées au pays d'obtention du diplôme. Une infirmière allemande décrit sa formation comme :

« *très différente de la formation française* » (Infirmière, service de chirurgie) ;

notamment par les actes autorisés dans le pays d'obtention du diplôme :

« *En Allemagne, nous n'apprenons pas à piquer, c'est un acte médical. Quand nous arrivons ici, nous devons vite nous adapter et réalisons des actes que nous n'avons pas forcément appris* » (Infirmière, service de chirurgie).

Il en est de même pour la fonction managériale. Si une formation en management est requise pour l'accèsion à un poste managérial, les compétences acquises varient en fonction de la formation suivie (Master en management des organisations sanitaires, école de cadre de santé, etc.).

C'est donc une standardisation des qualifications qu'il faut relativiser. A niveau de diplôme équivalent, en fonction de divers critères tels le pays d'obtention, il peut y avoir des variations de niveau de compétences.

1.3. Synthèse du fonctionnement du CHL

Le fonctionnement du CHL est appréhendé en l'envisageant à partir de ses mécanismes de coordination (cf. tableau 20).

Tableau 20. Fonctionnement du CHL

Mécanismes de coordination	Description	Limites
Ajustement mutuel	<ul style="list-style-type: none"> • Outil informatique (dossier de soins informatisé, etc.) • Communication orale 	<ul style="list-style-type: none"> • Limites liés aux outils (risque de défaillance) • Impacts éventuels d'une mauvaise retranscription ou d'une transmission inefficace des messages oraux
Supervision directe	<ul style="list-style-type: none"> • Assurée par le manager de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Éloignée du terrain • Fortes tensions (exigences et faible latitude décisionnelle)
Standardisation des procédés	<ul style="list-style-type: none"> • Application de procédures, parcours de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Vécue comme une industrialisation du soin • Procédures perçues comme éloignées des réalités du terrain
Standardisation des services	<ul style="list-style-type: none"> • Application de guidelines 	<ul style="list-style-type: none"> • Perçue comme non adaptée aux activités cliniques
Standardisation des qualifications	<ul style="list-style-type: none"> • Diplômes requis pour l'exercice des professions de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • A relativiser : pays d'obtention du diplôme et contenu de la formation.

Chaque mécanisme de coordination soutenant le fonctionnement de l'établissement présente des limites prises en compte lors des investigations menées.

L'analyse de la structure et du fonctionnement peut être complétée par une identification de la culture de l'établissement.

1.4. La culture du CHL

La culture est une composante à part entière de toute organisation au même titre que la structure ou les mécanismes de coordination décrits précédemment (Autissier *et al.*, 2014). Autissier *et al.* (2014, p. 61) reprennent les idées de Sainsaulieu (1975) concernant la culture et la présentent comme une « variable structurelle des relations sociales dans l'entreprise » (cf. figure 31).

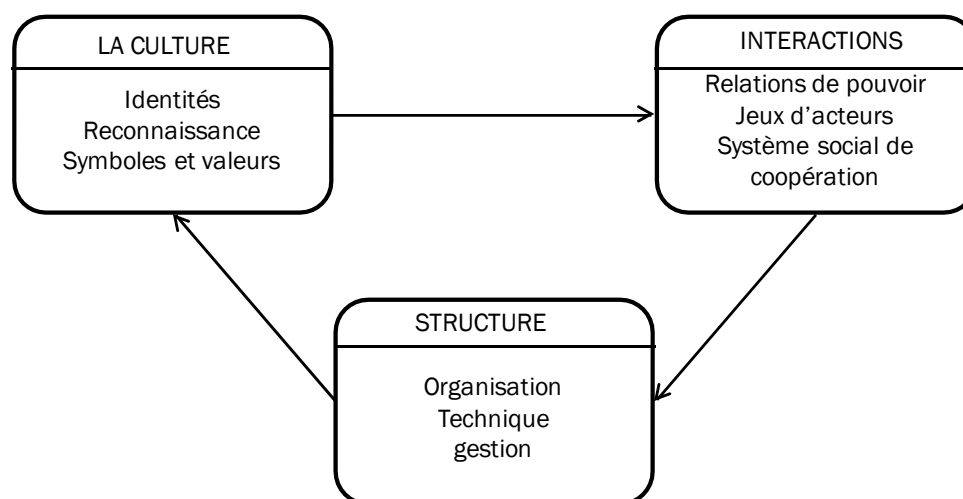


Figure 31. Les composantes de l'organisation
(Autissier *et al.*, 2014, p. 62, d'après Sainsaulieu, 1996)

D'après ces auteurs, la culture est définie par les identités et les valeurs partagées, et est véhiculée par les interactions, plus spécifiquement le jeu social entre les acteurs.

Nos échanges avec les acteurs, quels que soient leurs profils, se rejoignent sur l'expression d'un fort sentiment d'appartenance au CHL et une fierté d'exercer dans cet établissement perçu comme le plus grand établissement hospitalier de Luxembourg :

« Je travaille ici depuis vingt ans et c'est vraiment une fierté pour moi. Quand je dis à mes amis que je travaille au CHL, les gens sont plutôt impressionnés » (Infirmière, service de chimiothérapie ambulatoire) ;

« C'est un hôpital de référence ici. On a des patients qui viennent de France, d'Allemagne et de Belgique pour se faire soigner ici. » (Médecin interne).

Une volonté de la direction est exprimée pour fidéliser son personnel reconnu comme source de valeur ajoutée :

« Nous misons et investissons sur notre personnel. Nous nous engageons dans le développement des compétences et les formations professionnelles et récompensons l'ancienneté » (Directeur général).

La direction souhaite favoriser les interactions et le partage d'une culture en organisant divers événements tels que la fête annuelle du personnel ou la participation collective à des congrès. D'après elle, l'organisation de rencontres entre les professionnels permet « *l'émergence d'une identité commune* » (Directrice des soins).

Nous percevons une forte cohésion au sein des équipes soignantes mais dépassant difficilement le périmètre du service d'exercice. Les professionnels soignants présentent l'exemple des repas de service auxquels sont conviés les personnels médicaux, soignants et administratifs d'un même service. C'est le service d'exercice qui favorise l'émergence de valeurs communes plutôt que l'appartenance à une catégorie professionnelle. Nous percevons également l'établissement d'une proximité entre professionnels originaires du même pays justifiée par des intérêts communs :

« *On partage plus de choses, on a une histoire commune* » (Infirmière, service de chimiothérapie ambulatoire).

C'est ainsi que nous percevons davantage une juxtaposition de sous-cultures propres à chaque service plutôt qu'une culture fédérant l'ensemble des acteurs du CHL.

Cette prise de connaissance du terrain permet d'identifier les composantes structurelles et fonctionnelles de l'établissement et d'appréhender sa culture. Nous complétons ces premières observations par une évaluation des innovations précédemment développées au CHL, leur vécu et leur issue (succès ou échec).

Section 2. Les innovations au CHL

La présentation du cadre empirique a mis en exergue l'importance des innovations pour la direction du CHL qui en a fait un objectif stratégique afin de se démarquer de la concurrence. Lors de cette période d'observation, nous souhaitons connaître la réalité du terrain vis-à-vis des innovations. Il s'agit ici d'identifier les expériences d'innovations au CHL en évaluant leurs résultats afin d'évaluer la capacité à innover de cet établissement. En effet, d'après Dubouloz (2013), cette connaissance permet un meilleur soutien du déploiement des innovations managériales.

2.1. Les innovations technologiques

Le premier type d'innovations évoqué par les acteurs du CHL correspond aux innovations technologiques. D'après le comité de direction, une réelle volonté est engagée pour l'acquisition des équipements les plus performants. Toute nouvelle acquisition est accompagnée d'une communication mettant en avant ses avantages.

Nous présentons ici l'acquisition du robot chirurgical justifiée par les professionnels par sa performance et l'obtention de meilleurs résultats cliniques :

« Il améliore la précision, nous avons une meilleure visibilité » (Chirurgien viscéral).

D'après les professionnels médicaux, de réels bénéfices sont observés au niveau de l'état de santé des patients pris en charge mais aussi sur la durée d'hospitalisation. Ils reconnaissent les avantages et les intérêts de leur utilisation. Cet intérêt pour l'utilisation de l'innovation conditionne son adoption.

D'autres innovations technologiques ont été plus difficiles à implanter. Les professionnels de santé relatent les périodes difficiles d'implémentation des outils informatiques tels que le dossier de soins informatisé succédant au dossier de soins papier :

« Ça a été difficile pour nous l'arrivée des ordinateurs. Pour ma part, je n'avais pas l'habitude de travailler sur un ordinateur » (Infirmière, service de dialyse).

En 2014, la mise en place de l'outil informatique représentait un changement majeur impactant les pratiques des professionnels de santé. Face à l'enjeu que représentait ce changement, la direction déclare avoir mis en œuvre les moyens nécessaires afin de favoriser l'adoption de cet outil et décrit les étapes de sa mise en place :

- Une phase d'adaptation de l'outil : un groupe de travail constitué de professionnel de santé a travaillé avec les développeurs informatiques afin d'adapter au mieux les fonctionnalités de l'outil ;
- Une phase de communication destinée à expliquer les avantages de l'outil et à rassurer les professionnels ;
- Une phase d'accompagnement de la mise en usage et de formation. Les professionnels de santé avaient l'obligation de participer à une session de formation et des référents ont été désignés dans chaque équipe afin d'assurer un accompagnement quotidien de l'utilisation du dossier.

La directrice des soins relate un projet éprouvant ponctué de nombreuses résistances. Elle insiste sur le temps dédié à cette innovation et sur les mesures d'accompagnement, de formation et de communication associées. Aujourd'hui, l'outil informatique est complètement intégré aux pratiques des professionnels qui admettent « *ne plus pouvoir s'en passer* » (Infirmier, service de chirurgie).

Ce récit d'expériences antérieures d'implantation d'innovations met en exergue la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur adoption par les dirigeants du CHL :

- En communiquant sur les avantages et les intérêts ;
- En respectant les étapes nécessaires et en accompagnant les changements induits ;
- En formant aux nouvelles pratiques ;
- En laissant le temps à la compréhension de l'outil et à l'intégration de nouvelles pratiques.

Elles peuvent alors être considérées de manière positive par les acteurs qui perçoivent leur intérêt et les intègrent dans leur routine.

D'autres innovations telles que les innovations managériales ont été implantées au sein du CHL.

2.2. Les innovations managériales

Les innovations managériales résultent principalement des nouveaux modes de gestion appliqués au sein des hôpitaux luxembourgeois et plus précisément du management de la qualité.

A partir de 1998, la mise en œuvre du management de la qualité s'appuyant sur l'application du modèle d'Excellence EFQM a bouleversé le fonctionnement du CHL par l'instauration d'une approche processus. Près de vingt ans après, nous pouvons revenir sur les conditions de son implantation et ses résultats. Nos échanges avec les coordinateurs qualité révèlent une mise en place laborieuse toujours en cours :

« C'est difficile de mettre en place une approche processus à l'hôpital. Ça implique de modifier les modes de collaboration et la façon de travailler. C'est difficile le changement, c'est un long travail qui est toujours en cours » (Coordinatrice qualité).

La gestion de la qualité a, dans un premier temps, conduit à une formalisation des pratiques afin de mettre en place des standards puis à les diffuser. Si un travail important de formalisation a été réalisé, les acteurs reconnaissent une application difficile des recommandations diffusées :

« *On sait qu'il y a des procédures, on sait qu'elles sont là mais on ne va pas forcément les lire. Elles correspondent à une situation idéale où on aurait le temps de faire bien les choses, elles ne sont pas adaptées à ce qu'il se passe vraiment, dans la réalité on fait avec les moyens que l'on a* » (Infirmier, service de dialyse).

Cet exemple d'implantation d'innovation managériale, liée au mode de gestion décidée par les instances politiques, met en exergue les difficultés rencontrées exprimées par la direction comme une incapacité à modifier les pratiques et les routines des professionnels.

D'autres types d'innovations sont présentés par les professionnels du CHL : les innovations thérapeutiques.

2.3. Les innovations thérapeutiques

Si ce type d'innovation sort du cadre de notre recherche, nous souhaitons ici le présenter brièvement étant donné son intérêt exprimé par la direction et les professionnels médicaux de l'établissement.

Le CHL participe à de nombreuses études permettant de tester de nouveaux traitements. Ces activités sont liées aux missions de recherche attribuées par le cadre légal et permettent aux médecins spécialistes d'être informés des dernières nouveautés en matière de thérapies et d'être ainsi plus efficaces lors des prises en charge en proposant les traitements les plus adaptés pour les meilleurs résultats.

Le CHL travaille en partenariat avec des instituts spécialisés en recherche clinique tels que le *Luxembourg Institute of Health* (LIH) et l'*Integrated Biobank Luxembourg* (IBBL) afin de développer des projets de recherche et d'inclure les patients bénéficiaires de traitements expérimentaux. Il collabore également avec l'Université de Luxembourg, notamment le *Luxembourg Center for Systems Biomedicine* (LCSB), dans le cadre de la recherche sur le diabète ou les maladies neurodégénératives. De même, de nombreuses études cliniques permettent au CHL de s'inscrire dans des réseaux de recherche européens ou internationaux.

Ces essais ont un réel impact sur la réputation du CHL et lui permettent de se positionner comme un centre médical innovant et reconnu grâce à l'expertise des médecins – chercheurs du CHL, aux projets menés, aux résultats et aux publications diffusés.

Le terme innovation est récurrent dans les discours des dirigeants : lorsqu'ils évoquent la stratégie ou les ambitions de l'établissement. Nos échanges avec les membres de la direction permettent d'identifier les motivations entourant cet intérêt pour les innovations : une forte volonté de se positionner en tant que centre d'expertise vis-à-vis de la concurrence en proposant les dernières avancées thérapeutiques ou les meilleurs équipements contribuant au diagnostic ou aux traitements. Cette orientation stratégique a alors un coût lié aux investissements engendrés :

« *Être innovant permet d'être reconnu comme un centre d'excellence* » (Directeur médical) ;

« *Nous faisons le choix d'être un établissement innovant et nous donnons les moyens de l'être* » (Directeur médical).

Une communication importante encadre cette volonté d'innover ainsi que l'accueil d'évènements nationaux et internationaux tels que des conférences ou des congrès internationaux promouvant les activités en lien avec les innovations. Fin 2017, au cours de notre immersion au CHL, nous avons assisté à l'accueil du congrès CIPIQ-S (Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité dans le domaine de la Santé) dont le thème était : « Intégrer l'innovation dans l'amélioration de la qualité ». Nous avons ainsi appréhendé le réel positionnement en tant qu'établissement novateur du CHL.

Cette connaissance des mécanismes d'innovations antérieures marque une divergence de la capacité à innover qu'il s'agisse d'innovations technologiques ou managériales. Les acteurs se révèlent capables d'adopter de nouveaux outils ou de nouvelles thérapeutiques lorsqu'ils reconnaissent un intérêt au regard de leur pratique. Les innovations managériales sont, quant à elles, confrontées à des résistances liées à une remise en question difficile des pratiques ou des routines professionnelles et de l'organisation des activités.

Au cours de cette période de prise de connaissance, notre objectif est également de préciser les dysfonctionnements organisationnels au sein de l'Unité de Traitement des Chimiothérapies (UTC) évoqués par la direction de l'établissement et justifiant l'accueil de notre recherche.

Section 3. L'identification du problème à l'origine de la recherche-intervention

La recherche-intervention s'inscrit dans une organisation rencontrant des difficultés. La direction évoque des difficultés organisationnelles au sein du service UTC sans pouvoir les définir précisément. Nos interactions avec les acteurs et nos observations permettent une précision des problèmes évoqués et à l'origine de notre intervention au sein de ce terrain de recherche.

Notre objectif est de préciser les difficultés exprimées par la direction, à partir de :

- La description des étapes de la prise en charge du patient en chimiothérapie ambulatoire ;
- L'identification des modalités d'insertion de la prise en charge dans l'organisation, sa structure, son fonctionnement et sa culture.

3.1. Les activités de prise en charge à l'UTC

Nos observations au sein de l'UTC permettent d'appréhender l'organisation des activités du service. Lors de notre présence au sein du service, nous percevons la pluridisciplinarité de la prise en charge des patients en chimiothérapie ambulatoire impliquant l'intervention d'une diversité d'acteurs. Médecins et infirmiers se concertent en permanence quant au suivi des patients et s'appuient sur l'expertise des pharmaciens et des laborantins. Ces observations soulignent le caractère collaboratif de la prise en charge.

Nous identifions cinq types d'acteurs principaux intervenant dans ce processus :

- Les professionnels médicaux, prescripteurs de la thérapeutique ;
- Les professionnels soignants, administrateurs de la thérapeutique ;
- Les professionnels de la pharmacie, fournisseurs de la thérapeutique ;
- Les professionnels du laboratoire d'analyses biologiques, participant à l'examen clinique du patient ;
- Les autres professionnels intervenant ponctuellement en fonction des besoins du patient et des sollicitations des médecins (psychologue, assistante sociale, diététicienne, etc.).

L'intervention de chaque acteur doit être coordonnée à celles des autres intervenants et s'inscrit dans une temporalité précise. Chaque étape nécessite que l'étape précédente soit finalisée. La figure 32 présente la succession d'étapes et d'acteurs et leurs interactions schématisées par des interfaces.

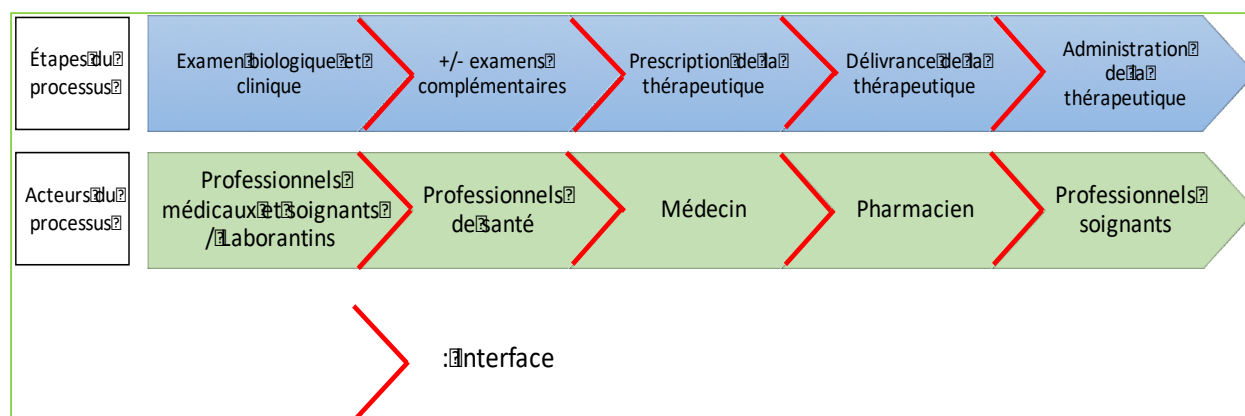


Figure 32. Les interfaces du processus de prise en charge

La capacité d'accueil du service induit une planification rigoureuse de la prise en charge des patients. Le retard au cours d'une prise en charge d'un patient impacte les prises en charge suivantes et provoque un retard s'amplifiant au fur et à mesure des patients accueillis.

Au cours de nos observations au sein du service, nous constatons d'importants délais d'attente quelquefois prolongés, pouvant aller jusqu'à plusieurs heures et générant une tension perceptible.

Les infirmiers évoquent des difficultés causées par les étapes précédant l'administration de la thérapeutique telles que l'attente de la réception de la thérapeutique ou des résultats d'analyses biologiques :

« J'ai commandé le traitement il y a quarante-cinq minutes et je ne l'ai toujours pas reçu » (Corinne, infirmière, UTC) ;

« On peut attendre jusqu'à une heure et demie, parfois deux heures avant d'avoir les résultats du laboratoire » (Alexandre, Infirmier, UTC).

Le fonctionnement et les activités de l'UTC s'insèrent dans le fonctionnement général de l'organisation. Les mécanismes de coordination et l'ajustement mutuel relatifs au processus de prise en charge en chimiothérapie ambulatoire doivent s'adapter à la diversité des acteurs intervenant au cours de la prise en charge. De plus, la pluralité des catégories professionnelles intervenant dans ce processus induit une supervision directe multiple des activités pouvant révéler des contradictions entre les catégories professionnelles.

Le bon fonctionnement de l'UTC requiert des ajustements mutuels efficaces coordonnés par une supervision collaborative intégrant les spécificités des différentes catégories professionnelles.

3.2. La validation de l'identification du problème par les acteurs de l'organisation

Notre raisonnement abductif nous amène à discuter ces premières pistes de réflexion sur les difficultés du service avec la direction, afin de :

- Valider ces connaissances ;
- Recueillir des informations complémentaires favorisant la compréhension du problème.

Nous présentons aux membres de la direction, les données recueillies suite à la période d'observation. Ils confirment les données relatives aux composantes structurelles et au fonctionnement de l'organisation. Ils reconnaissent le cloisonnement qu'ils souhaitent lever :

« C'est vrai que c'est un fonctionnement en silos, mais c'est le cas de nombreuses organisations. Nous essayons de mettre en avant une transversalité par la gouvernance et la collaboration médico-soignante mais ce n'est pas toujours facile » (Directeur médical).

Nous parvenons ainsi à l'identification d'une situation initiale partagée avec les acteurs de l'organisation.

La prise en charge du patient en chimiothérapie ambulatoire est caractérisée par :

- **La pluralité des acteurs intervenant ;**
- **La chronologie précise des étapes du processus.**

En s'inscrivant dans une bureaucratie professionnelle, cloisonnée, le processus de prise en charge révèle des dysfonctionnements au niveau de ses interfaces, notamment des difficultés de coordination des activités et des acteurs.

Son fonctionnement nécessite une maîtrise des mécanismes de coordination et une efficacité des ajustements mutuels.

Nous précisons ainsi avec le comité de direction les objectifs du travail de recherche mené visant une optimisation des mécanismes de coordination à partir d'une approche collaborative intégrant l'ensemble des acteurs du processus. Nous retrouvons ici les principes du *Lean Healthcare*.

Cette période de prise de connaissance permet également d'évaluer la capacité du manager de proximité à déployer la méthodologie et les principes du *Lean Healthcare*. Le manager de proximité de l'UTC déclare avoir participé à une formation lors de son exercice professionnel

précédant son activité au CHL. Il n'a cependant jamais mis en application ses connaissances théoriques.

Ces premières observations servent de support et de contextualisation lors de l'analyse des données recueillies au cours des investigations menées tout au long de notre immersion.

L'approche de la situation actuelle et l'appréhension du vécu des innovations antérieures permettent d'amorcer la dynamique relative à l'implantation du *Lean Healthcare*.

Chapitre 8. L'implantation du Lean Healthcare

INTRODUCTION DU CHAPITRE 8

Notre travail de recherche est marqué par son caractère longitudinal. Afin de répondre à notre question de recherche, nous traitons les résultats recueillis au cours des étapes successives de l'implantation de l'innovation managériale de manière à évaluer l'impact des leviers managériaux au cours de chacune des étapes. Pour cela, nous présentons de manière chronologique le matériau recueilli lors de nos investigations au regard de l'avancement de l'implantation du *Lean Healthcare* (cf. figure 33).



Figure 33. Un recueil de données longitudinal

Les données sont issues de nos observations, des entretiens menés, de notre journal de bord, ainsi que de tout document utilisé lors de notre recherche tels que les mails et les comptes rendus de réunion. A partir du logiciel NVivo, nous exécutons une requête permettant de détecter les termes les plus fréquents émanant des entretiens et des observations retranscrites. Nous contextualisons les termes les plus fréquemment utilisés afin d'identifier des sous-thèmes relatifs aux thématiques d'investigation.

La structure de ce chapitre fait référence au séquençement de cette implantation :

- La phase de décision de l'implantation du *Lean Healthcare* (section 1) ;
- La phase de mise en usage de l'innovation (section 2) ;
- La phase de poursuite de l'usage (section 3).

Section 1. La phase de décision

La décision d'innover fait suite à l'identification de difficultés organisationnelles rencontrées au sein de l'UTC. Les décisions portent sur les conditions et les modalités de déploiement de l'innovation managériale. Dans cette section, nous décrivons dans un premier temps le déroulement de cette étape de décision et les éléments discutés notamment le choix du *Lean Healthcare*. Nous précisons ensuite le rôle porté par le manager de proximité au cours de cette étape. Enfin, nous décrivons et analysons l'accueil de cette décision par les acteurs de l'organisation.

1.1. Description du processus de décision

Afin de décrire le processus de décision, nous présentons dans un premier temps les acteurs intervenant lors de ce processus, puis nous exposons les éléments discutés et décidés.

1.1.1. Les acteurs du processus de décision

L'implantation du *Lean Healthcare* est décidée par la direction en amont de notre immersion sur le terrain. Elle résulte d'une rencontre entre un chercheur souhaitant observer le rôle d'un manager de proximité au cours de l'implantation d'une innovation managériale et une organisation aspirant à comprendre et résoudre une situation difficile et présentant les conditions favorables à la recherche et à l'implantation de l'innovation managériale.

Lors de nos échanges concernant la décision d'implanter le *Lean Healthcare*, nos seuls interlocuteurs sont les membres de la direction. Ils apparaissent comme les uniques décideurs. Dès ces premiers échanges, la direction exprime la volonté de s'engager dans la mise en œuvre du *Lean Healthcare* :

« *Nous voulons implanter le Lean afin d'améliorer l'efficacité des processus* »
(Directrice des soins).

Cependant, nous convenons avec les dirigeants d'ouvrir une discussion relative aux modalités d'implantation de cette innovation managériale en associant différents acteurs. Elle consent alors à intégrer à la discussion les différentes strates hiérarchiques intervenant dans le processus de prise en charge à l'UTC. A partir de l'organigramme, nous identifions les personnes concernées (cf. figure 34).

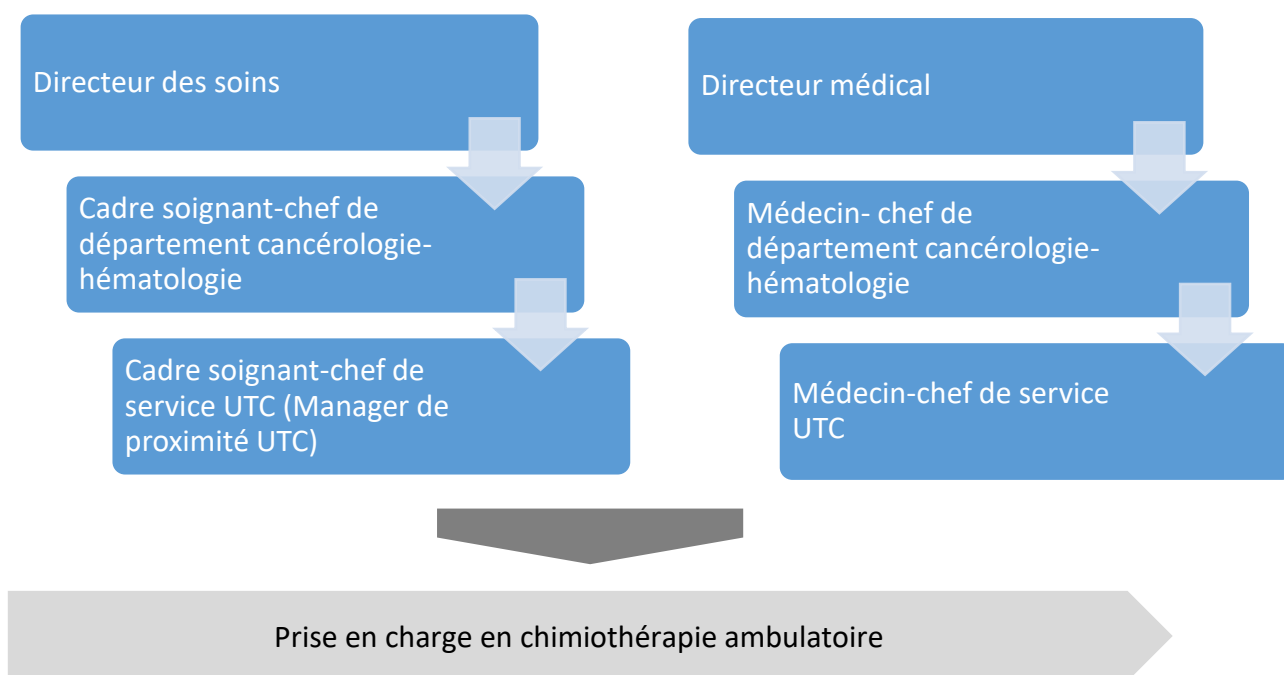


Figure 34. Les acteurs du processus de décision

Il est attendu de ces acteurs-décideurs qu'ils soutiennent l'implantation du *Lean Healthcare* par la mise à disposition des ressources nécessaires et l'instauration d'une communication nécessaire à la mobilisation des acteurs concernés et à leur adhésion.

Une réunion est organisée entre ces différents acteurs afin d'engager la discussion sur :

- La perception de la situation actuelle au sein de l'UTC et la nécessité d'intervenir ;
- Le choix du *Lean Healthcare* comme moyen de résolution des difficultés ;
- Les modalités d'implantation du *Lean Healthcare*.

Avant même ces échanges, nous convenons avec la direction du rôle investi par le manager de proximité au cours du déploiement de l'approche *Lean*. Nous insistons sur l'importance de son rôle, sa connaissance du terrain et des acteurs intervenant lors du processus de prise en charge faisant de lui un atout pour le succès de l'approche *Lean*.

Les dirigeants n'émettent pas de réserves et semblent suivre nos préconisations. Ils planifient une réunion avec les acteurs précédemment identifiés.

1.1.2. Les éléments discutés et décidés

1.1.2.1. La situation actuelle

Le vécu de la situation influence la volonté d'améliorer cette situation, de résoudre les problèmes existant et donc de changer. C'est à partir de ce vécu que l'intérêt de l'application de l'innovation managériale est construit. Nous nous intéressons dans un premier temps à la perception de cette situation initiale par les acteurs-décideurs.

Une réunion de travail est organisée par la directrice des soins rassemblant :

- Le directeur médical,
- La directrice des soins,
- Le médecin-chef du département oncologie-hématologie,
- Le médecin-chef du service UTC,
- Le cadre soignant-chef du département oncologie-hématologie,
- Le manager de proximité (cadre soignant–chef de service) du service UTC.

Dans un premier temps, il est à noter que les avis convergent vers une situation difficile, l'urgence d'intervenir et de trouver des solutions efficaces tenant compte des échecs précédents de tentatives de résolution. Cependant les raisons de ces difficultés sont perçues de manière différente selon la catégorie professionnelle d'appartenance :

- Le corps médical cible les ressources et une capacité d'accueil du service insuffisantes ;
- Les cadres soignants évoquent une collaboration difficile avec les autres services intervenant lors de la prise en charge et plus particulièrement la pharmacie et le laboratoire. D'après le manager de proximité, ce sont avant tout des difficultés organisationnelles qui entravent le bon fonctionnement du service ;
- La direction, quant à elle, explique difficilement cette situation. Elle dit avoir eu écho des délais d'attente inacceptables, à la fois de la part des patients, mais également des professionnels de santé. Elle défend des investissements récents et reste ferme sur le maintien de la capacité d'accueil actuelle en évoquant des raisons budgétaires. Elle souhaite privilégier une réflexion sur l'organisation des activités.

Le tableau 21 présente l'analyse des échanges retranscrits au cours de cette réunion.

Tableau 21. Analyse des échanges sur le thème de la situation actuelle

Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases-témoins / Verbatims
Un vécu divergent	Une organisation des activités défaillante	« <i>Il s'agit de problèmes organisationnels, il faut revoir notre organisation</i> » (Cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie).
	Des ressources insuffisantes	« <i>On manque de ressources, il faut revoir la capacité et ajuster le nombre de lits, c'est inévitable</i> » (Médecin-chef du département cancérologie-hématologie).
	Une collaboration interprofessionnelle difficile	« <i>Ce n'est pas notre gestion des patients qui provoque les délais d'attente. Nous subissons les retards de la pharmacie et du laboratoire</i> » (Manager de proximité, UTC).
Un besoin partagé d'intervenir	Des professionnels épuisés	« <i>La situation est compliquée, nous n'en pouvons plus. Tout le monde est à bout. Ce n'est plus possible de travailler dans ces conditions</i> » (Médecin-chef de service UTC).
	Des patients mécontents	« <i>On ne peut plus continuer ainsi. On va droit dans le mur si on continue comme ça</i> » (Cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie).
La nécessité d'envisager de nouvelles solutions	Des échecs répétés	« <i>Nous avons déjà beaucoup investi pour trouver des solutions mais les problèmes restent</i> » (Médecin - chef du département cancérologie-hématologie).

Nous retenons de ces échanges que, quel que soient le niveau hiérarchique et le domaine de compétence, les difficultés sont reconnues et la nécessité d'intervenir est clairement exprimée.

Cependant, les discussions sont animées et des tensions sont perceptibles entre cadres médicaux et cadres soignants, mais également entre les différentes strates hiérarchiques. La collaboration médico-soignante se révèle tendue et source de désaccords. Des reproches sont exprimés de part et d'autre :

- Les médecins évoquent une lourdeur administrative rendant de plus en plus difficile la prise en charge des patients. Ils reprochent également le manque de coopération des professionnels soignants qui les sollicitent quelquefois pour des raisons injustifiées provoquant ainsi des retards :

« *Il y a de plus en plus d'obligations administratives. On passe de plus en plus de temps à compléter des dossiers ou faire des papiers* » (Médecin-chef du département cancérologie-hématologie) ;

« *On est tout le temps interrompu dans notre travail, les patients se plaignent ou les infirmiers ont besoin de prescription* » (Médecin-chef de service UTC).

- Les cadres soignants reprochent aux médecins une délégation récurrente de leurs activités telles la prescription écrite des thérapeutiques :
« *Les infirmiers font beaucoup de choses à la place des médecins* » (Manager de proximité, UTC).

Au sommet hiérarchique, la direction médicale et la direction soignante font preuve de cohésion. Ils sont tous deux animés par des priorités financières et imposent leur décision de changer la situation actuelle qui n'est pas contestée.

Une fois la nécessité d'intervenir reconnue, la discussion s'engage sur le choix du *Lean Healthcare*.

1.1.2.2. Le choix du *Lean Healthcare*

Nous souhaitons convaincre les décideurs de l'intérêt du *Lean Healthcare*. Suite aux discussions aboutissant à la nécessité d'intervenir, le directeur médical évoque le *Lean Healthcare* et nous demande de le présenter.

Compte tenu de ses connaissances sur le *Lean Healthcare*, nous invitons le manager de proximité à justifier l'intérêt de cette méthode. Il choisit de présenter son adéquation vis-à-vis de la situation actuelle et la nécessité d'une participation pluridisciplinaire :

« *C'est adapté à la chimiothérapie ambulatoire, beaucoup de professionnels doivent travailler ensemble. Avec cette méthode, on cherche des solutions ensemble* » (Manager de proximité, UTC).

Nous l'accompagnons dans son argumentation en illustrant ses propos par des exemples réussis de son application dans d'autres hôpitaux, notamment au Canada. Nous soulignons le caractère collaboratif de l'approche s'appuyant sur l'expertise des acteurs intervenant au cours de la prise en charge. Nous précisons ensuite la méthodologie associée comprenant une analyse des causes des dysfonctionnements et la proposition de solutions qui sont ensuite testées. Nous insistons davantage sur la philosophie de la méthode que sur ses aspects techniques.

Cette méthode soulève des interrogations et des points de vue différents :

- Les médecins se montrent sceptiques et semblent d’emblée réfractaires à la méthode en considérant l’analyse des causes de dysfonctionnements comme inutile, celles-ci étant évidentes pour eux. D’après eux, les exemples présentés sont éloignés du contexte du CHL ;
- Les cadres soignants se montrent plus ouverts. Le chef de département oncologie-hématologie ne montre pas d’opposition mais interroge sur les acteurs du projet et plus précisément sur les personnes aptes à proposer des solutions ;
- La direction s’exprime en faveur de cette méthodologie en évoquant les échecs des projets d’amélioration précédents et la nécessité d’essayer de nouvelles approches répondant à la complexité de la situation actuelle.

Les échanges portant sur le thème du choix du *Lean* sont synthétisés et analysés au sein du tableau 22.

Tableau 22. Analyse des échanges portant sur le choix du *Lean Healthcare*

Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases-témoins /Verbatims
Des résistances	Des interrogations	« <i>Mais qu'est-ce que c'est encore que ça ? On les connaît les problèmes, on ne va pas les analyser, c'est de la théorie tout ça ! Et c'est une perte de temps surtout !</i> » (Médecin-chef de service UTC).
	Des craintes face à une remise en question du pouvoir de décision	« <i>Si je comprends bien, les soignants vont proposer des solutions ? (...) On ne peut pas non plus laisser décider n'importe quoi</i> » (Cadre soignant-chef du département oncologie-hématologie).
	Une application difficile	« <i>Oui, c'est bien beau vos exemples mais ici ce n'est pas le même fonctionnement qu'au Canada. ça me paraît plutôt inadapté à notre mode de fonctionnement. Les problèmes diffèrent qu'on soit pharmacien, médecin ou infirmier</i> » (Médecin-chef du département oncologie-hématologie).
	Le manque de temps	« <i>Comment pourrions-nous avoir le temps de participer à ce projet, alors que nous n'avons même pas le temps de faire notre travail</i> » (Médecin-chef du service UTC).
Un intérêt pour la méthode	Une direction convaincue	« <i>Nous avons déjà entendu parlé de cette méthode lors d'un congrès et sommes convaincus de son efficacité</i> » (Directeur médical) ; « <i>Nous devons impérativement trouver un moyen d'améliorer la prise en charge, ça ne peut plus continuer ainsi, alors pourquoi pas le Lean, puisque ailleurs cette méthode a fait des miracles</i> » (Directrice des soins).
		« <i>Nous sommes prêts à nous engager dans cette démarche si nous avons une garantie d'obtention de résultats</i> » (Directeur médical).

Les principes du *Lean* sont discutés et soulèvent des réticences, notamment :

- La démarche d'analyse des causes de dysfonctionnements perçue comme une perte de temps car inutile. Les causes des problèmes apparaissent comme évidentes pour le corps médical ;
- Le rôle des opérationnels lors de la proposition de solutions d'amélioration ;
- Le temps nécessaire à la démarche dont les acteurs ne semblent pas disposer.

Malgré ces résistances et face à la situation actuelle, la direction défend l'intérêt de la méthode et impose la décision d'implanter l'innovation managériale. Malgré leurs réserves concernant

l'efficacité de la méthode, les acteurs-décideurs paraissent contraints à s'investir dans la démarche.

Nous percevons ici un manque d'adhésion au regard de l'innovation managériale. Ce choix paraît comme subi face aux injonctions de la direction.

Une fois le choix de l'implantation de l'innovation managériale arrêté, il est nécessaire d'aborder les modalités de son déploiement.

1.1.2.3. Les modalités d'implantation du *Lean Healthcare*

Les modalités d'implantation du *Lean Healthcare* correspondent :

- Aux conditions d'application de la méthode ;
- A la constitution d'un groupe projet composé de professionnels issus du terrain et représentatifs de l'ensemble des acteurs intervenant dans le processus de prise en charge (médecins, infirmières, pharmaciens, laborantins, etc.).

Le manager de proximité ayant des connaissances sur la méthodologie, nous lui demandons de présenter la méthode.

La méthode

Le manager de proximité oriente ses explications sur les aspects méthodologiques du *Lean Healthcare* et les étapes d'analyse et de résolution de problèmes. Il nomme et décrit brièvement les cinq étapes :

- Définir : le processus actuel de prise en charge à l'UTC est décrit par l'ensemble des acteurs intervenant ;
- Mesurer : des mesures sont effectuées aux différentes étapes du processus (délais d'attente, etc.) afin d'objectiver les dysfonctionnements ;
- Analyser : les données mesurées sont analysées afin d'identifier les causes de leur variation ;
- Améliorer (*Improve*) : des propositions d'amélioration sont émises et appliquées ;
- Contrôler : une fois l'efficacité des solutions vérifiée, celles-ci sont généralisées et mises sous surveillance.

Lors de ses explications, le manager de proximité utilise des termes techniques et des acronymes renvoyant à la méthode et aux outils tels que « *DMAIC* » (Définir, Mesurer, Analyser, Innover, Contrôler) et « *SIPOC* » (*Supplier, Input, Process, Output, Customer*). Ses

propos sont perçus comme très théoriques par les personnes présentes. Nous l'accompagnons alors en adaptant ses propos et en les illustrant d'exemples afin de les rendre plus accessibles.

Ces échanges marquent la nécessité pour le manager de proximité d'adapter sa communication, par l'utilisation d'une terminologie accessible et compréhensible pour l'ensemble de ses interlocuteurs.

Si l'ensemble des étapes génèrent de vives discussions et des critiques sur la complexité de la méthode, la quatrième étape (Améliorer) portant sur la proposition de solutions soulève de vives discussions :

« *Il va falloir être vigilant sur la faisabilité des solutions* » (Cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie).

Elle laisse présager des résistances au regard du pouvoir de décision conféré aux opérationnels. Face à ces interrogations, les dirigeants posent la condition que chaque proposition d'amélioration leur soit dans un premier temps soumise avant toute application. Elle se montre ainsi plus prudente face à un éventuel pouvoir de décision émanant du terrain.

La mobilisation de cette démarche s'appuie sur la constitution d'un groupe de travail s'inscrivant dans la mise en œuvre du *Lean Healthcare*.

La constitution d'un groupe de travail

Suite à nos préconisations relatives à l'implantation du *Lean Healthcare*, le comité de direction décide de la constitution d'un groupe de travail et propose au manager de proximité d'être le chef de projet en justifiant ce choix par sa connaissance de la méthode. Cependant, ce choix rencontre le désaccord du supérieur hiérarchique direct du manager de proximité évoquant le manque de disponibilité du manager.

La directrice des soins maintient et confirme sa décision en avançant la mise en place d'aménagements permettant au manager de proximité d'être disponible au cours de la période du projet. Il lui sera alors possible de déléguer à des infirmiers de l'UTC certaines activités telles que les commandes de matériel ou la gestion des absences des soignants. Nous revenons avec lui sur cette nouvelle mission lors des entretiens.

Afin d'assurer la représentativité du groupe de travail et dans la lignée de la philosophie *Lean*, nous rassemblons les acteurs intervenant lors du processus de prise en charge. Les discussions aboutissent à la constitution d'un groupe de travail composé :

- Du médecin chef de service de l'UTC,
- Du pharmacien responsable de la préparation des chimiothérapies,
- Du chef d'unité du département de biologie clinique,
- De deux infirmiers du service UTC,
- D'une psychologue,
- D'une assistante sociale.

Le médecin chef de service semble partagé. Elle évoque une nouvelle fois son manque de disponibilité qui ne lui assure pas d'être présente à toutes les réunions de travail. Concernant les autres participants, le manager de proximité est missionné afin de solliciter chacun d'eux.

Synthèse sur les échanges portant sur modalités d'implantation du *Lean Healthcare*

Le tableau 23 présente l'analyse des échanges portant sur les modalités d'implantation du *Lean Healthcare*. Les sous-thèmes émergents correspondent à la nomination du manager de proximité en tant que chef de projet, la détermination des acteurs du projet, les résistances et les adaptations de l'innovation managériale.

Tableau 23. Analyse des propos recueillis lors des échanges portant sur les modalités d'implantation du *Lean Healthcare*

Sous-thèmes	Idées-clés	Phrases-témoins /Verbatims
Le manager de proximité en tant que chef de projet	Un soutien du sommet hiérarchique	« <i>Il connaît le terrain et ses problèmes</i> » (Directrice des soins) ; « <i>Cela fait partie de ses missions</i> » (Directeur médical).
	Une contestation de sa hiérarchie directe	« <i>Il a d'autres priorités à gérer</i> » (Cadre soignant- chef du département cancérologie-hématologie).
Les acteurs du projet	Un groupe pluridisciplinaire issu du terrain	« <i>Les acteurs de la prise en charge doivent intégrer le groupe</i> » (Directrice des soins).
	Une participation volontaire	« <i>Ils doivent être d'accord</i> » (Directeur médical).
Les résistances	Une acceptation difficile du pouvoir conféré aux opérationnels	« <i>Il ne faut pas laisser décider tout et n'importe quoi, nous avons une responsabilité face aux changements décidés</i> » (Cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie).
	Un manque de temps et de disponibilité	« <i>Je n'ai pas beaucoup de temps à consacrer à ce projet. Je n'arrive déjà pas à m'occuper de mes patients</i> » (Médecin-chef du service UTC).
Des adaptations de la méthode (leviers)	Des solutions soumises à validation	« <i>Il faudra que les propositions soient présentées et argumentées avant toute mise en œuvre</i> » (Directrice des soins).

Si l'adhésion n'est pas unanime et si des désaccords sont exprimés au regard des modalités d'implantation de la méthode, la direction impose de manière ferme sa décision.

A la fin de cette réunion, nous nous entretenons avec les membres de la direction. Nous évoquons notre impression de fermeté lors de leurs prises de décision qui sont peu discutées. Ils reconnaissent cette fermeté mais ne souhaitent pas la remettre en question en évoquant les responsabilités associées aux prises de décisions :

« *Ce n'est pas facile de prendre des décisions, les gens n'aiment généralement pas prendre des décisions. Alors si nous n'en prenons pas, personne n'en prend, et rien n'avance* » (Directrice des soins).

Nous les encourageons malgré tout à discuter les décisions concernant l'innovation managériale afin de favoriser l'adhésion.

Nous revenons également sur le comportement du manager de proximité lors de la réunion et sur son statut de chef de projet. Pour la directrice des soins, il est important de « *surveiller ce qu'il fait* » et de le soutenir. Elle reconnaît lui avoir volontairement demandé de prendre contact avec les autres participants du groupe afin de préparer son statut de chef de projet. Nous percevons alors une légitimité fragile du manager de proximité qu'il doit construire avec le soutien de sa hiérarchie.

Le processus de décision se poursuit suite à cette réunion. Le manager de proximité constitue le groupe projet et informe les acteurs du processus de prise en charge du patient en chimiothérapie ambulatoire du projet à venir.

Comme nous le permet notre expertise en *Lean Management*, nous accompagnons le manager de proximité à l'acquisition des compétences nécessaires à la conduite du projet. Nous assurons un rôle de référent tout en valorisant son rôle au cours du projet et son autonomie afin de mener nos investigations.

1.2. Le manager de proximité et l'étape de décision

L'étape de décision marque l'attribution d'une nouvelle mission au manager de proximité de l'UTC.

1.2.1. Un nouveau statut, une nouvelle mission

Lors du premier mois de notre immersion, nous observons un manager de proximité en retrait et en situation de difficultés (cf. chapitre 7, paragraphe 1.2.1.2.). Il est absorbé par ses tâches quotidiennes de gestion du service. De nombreuses critiques sont émises par les professionnels soignants du service qui lui reprochent principalement son absence sur le terrain et son manque d'écoute des difficultés vécues par ces acteurs.

Suite à sa nomination en tant que chef de projet de l'implantation de l'innovation managériale, son statut évolue. Il devient un porte-parole de l'innovation managériale et a la responsabilité de défendre son intérêt.

Lors de nos échanges, il avoue ressentir une certaine pression face à ce nouveau rôle :

« *C'est un gros challenge pour moi. Je suis content mais ça me met une grosse pression quand même. C'est la direction qui me demande de mener le projet, elle attend de moi que ça marche* » (Manager de proximité, UTC).

Il communique de manière générale auprès de l'ensemble des acteurs intervenant au cours de la prise en charge en chimiothérapie ambulatoire : il évoque principalement les missions attribuées au groupe de travail pluridisciplinaire dont la proposition de solutions d'amélioration aux difficultés organisationnelles.

Il ne semble pas d'emblée à l'aise dans ce nouveau rôle et dans son approche des futurs participants. Concernant le choix des infirmiers, il consulte le cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie. Ce choix s'oriente vers des soignants considérés comme engagés dans l'amélioration des activités :

« Nous savons qu'il y a des soignants revendicateurs qui s'opposent à tout et peuvent faire échouer ce genre de projet. Je préfère éviter de les intégrer au groupe sinon ils sont capables de tirer tout le groupe vers le bas » (Cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie).

Il demande à s'entretenir avec chacun d'eux afin de leur présenter le projet, les objectifs et obtenir leur engagement dans le projet :

« Je sais qu'il y en a qui ne vont pas dire oui tout de suite, il y a quand même une déception par rapport aux groupes de travail qu'on a déjà mis en place et qui n'ont rien apporté. C'est à moi de les convaincre » (Manager de proximité, UTC).

Nous assistons aux échanges entre lui et les futurs participants au groupe projet. Il insiste sur l'approche pluridisciplinaire du projet et l'objectif de mettre en place des solutions d'amélioration. Il n'emploie pas le terme *Lean* et n'évoque pas de manière précise la méthodologie. Les participants sollicités acceptent d'intégrer le groupe de travail attirés par le caractère pluridisciplinaire de la démarche et la possibilité de proposer des solutions.

Si les infirmiers sollicités acceptent de participer au groupe de travail, ce choix soulève des tensions parmi les autres soignants :

« Ce sont toujours les mêmes qui participent aux projets. Et quelquefois, ils n'osent pas parler des vrais problèmes ou ils acceptent des trucs avec lesquels on n'est pas d'accord » (Muriel, Infirmière, UTC).

Au cours de l'entretien mené auprès du manager de proximité, nous recueillons des données relatives à sa perception de l'étape de décision et son vécu (cf. tableau 24). Nous abordons de manière générale les innovations à l'hôpital puis plus précisément le *Lean Healthcare*. Cet entretien porte également sur son rôle dans cette phase de décision, ses difficultés et les leviers mobilisés.

Tableau 24. Entretien mené auprès du manager de proximité lors de la phase de décision

Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
Le Lean Healthcare	Les facteurs de succès	Une adhésion à la méthode	« Il faut que les gens soient intéressés par ce qu'on leur propose, qu'ils y gagnent quelque chose à la fin ».
		Une compréhension de la méthode	« Si les gens ne comprennent pas la méthode ils ne pourront pas l'appliquer, ils ne comprendront pas ce qu'on attend d'eux et seront frustrés ».
	Les obstacles	Le manque de temps	« Le plus grand obstacle c'est le temps, il faut qu'on nous laisse le temps de travailler sur le projet et JJ ³⁴ doit comprendre qu'il faut du temps pour obtenir des résultats parce que lui, il a l'habitude de demander des résultats immédiats ».
		La difficulté d'obtenir des consensus	« Ils devront se mettre d'accord et ça ce n'est pas gagné, ils ont chacun leurs priorités et ils ne cèderont pas facilement si on leur demande de faire des efforts et de revoir leur façon de travailler ».
Le rôle du manager de proximité	Les contraintes	Le temps	« J'espère qu'on me laissera vraiment le temps de travailler sur le projet, je suis déjà surchargé par mon travail de tous les jours ».
		Faible pouvoir de décision	« Je ne peux décider de rien et si j'ai le malheur de prendre des initiatives on me tombe dessus, surtout JJ ».
	Les facteurs facilitant son rôle	Adhésion aux principes	« J'ai eu une formation dans mon ancien établissement sur le Lean, on n'a pas pu l'appliquer mais j'ai vraiment accroché. Je serai très content de pouvoir le mettre en place ».
		Capacité de communication interpersonnelle	« Je sais ce qu'il faut dire pour convaincre les gens ».
		Mobilisation des acteurs	« Il faut les faire participer ».
		Présence sur le terrain	« Je dois être présent pour vraiment voir et comprendre ce qu'il se passe et pouvoir rebondir sur ce qu'ils disent en réunion ».
	L'accompagnement souhaité	Soutien lors des prises de décision	« J'attends que la direction me fasse confiance, qu'elle respecte mes décisions ».
		Permettre l'acquisition des compétences	« Si je dois être le chef de projet alors je veux connaître la méthode à fond, si je suis hésitant, ils ne me suivront pas ».

³⁴ JJ est utilisé pour nommer le cadre soignant, chef du département cancérologie-hématologie

Nous percevons une forte motivation du manager de proximité à s'investir dans l'implantation du *Lean Healthcare*. Il reconnaît l'urgence de résoudre les problèmes actuels du service et la nécessité de s'orienter vers de nouveaux moyens de résolution et d'innover. Il exprime une adhésion aux principes du *Lean* mais exprime des doutes sur les capacités d'application au CHL principalement en raison du manque de temps de chacun et des fortes exigences portant sur l'obtention rapide de résultats. Il souligne également les nombreuses divergences compliquant les consensus.

Afin de porter cette nouvelle mission et les responsabilités associées, le manager de proximité identifie des ressources.

1.2.2. Les ressources du manager de proximité

Afin de favoriser l'acceptation de l'innovation managériale au cours de l'étape de décision, le manager de proximité s'appuie sur :

- Sa connaissance du *Lean Healthcare* et une adhésion aux principes,
- Sa connaissance de l'organisation et de ses acteurs,
- Sa communication,
- L'accompagnement managérial dont il bénéficie.

Sa connaissance du *Lean Healthcare* et une adhésion aux principes

Le manager de proximité exprime un intérêt marqué pour la méthode qui d'après lui, est capable d'apporter des solutions efficaces aux problèmes rencontrés à l'UTC :

« Pour moi, c'est une méthode efficace. Je pense qu'elle peut vraiment permettre de régler les problèmes » (Manager de proximité, UTC).

Il apparaît comme convaincu par la méthode et son efficacité. Sa connaissance de la méthode et son adhésion lui permettent de mettre en avant ses avantages et l'intérêt de son application :

« C'est une approche différente, on va travailler avec la pharmacie, le laboratoire, les médecins et pouvoir chercher des solutions efficaces avec eux » (Manager de proximité, UTC).

Une connaissance de l'organisation et de ses acteurs

Le manager de proximité connaît le terrain et ses acteurs. Lors des échanges avec sa hiérarchie, il se montre capable de répondre aux questions soulevées et d'y apporter des précisions. Il se révèle une source d'informations concernant :

- L'organisation des activités au sein de l'UTC,
- Les acteurs du processus de prise en charge et le rôle de chacun,
- Les difficultés rencontrées.

Cette double connaissance, à la fois de l'innovation et du terrain, donne la capacité au manager de proximité de défendre l'adéquation de l'innovation au terrain et aux difficultés rencontrées. Il mobilise alors une communication soutenant son argumentation.

La communication

Le manager de proximité prend progressivement conscience de l'influence de son discours sur l'engagement des acteurs. Lors des premiers échanges portant sur le *Lean Healthcare*, il se montre très technique dans ses propos en utilisant des acronymes, soulevant ainsi des interrogations et une confusion. Il réajuste ensuite son discours et s'assure de s'exprimer en utilisant un langage précis tout en l'adaptant à ses interlocuteurs, que ce soit le contenu ou la forme. Lorsqu'il s'adresse aux médecins, il évoque les difficultés rencontrées par cette profession et précise l'intérêt de l'innovation au regard de ces difficultés. De la même façon, lorsqu'il explique l'intérêt de la méthode aux professionnels soignants, il fait référence à leurs difficultés.

Nos observations lors de ses échanges avec les différents professionnels marquent une adaptation permanente du manager de proximité à son interlocuteur :

« C'est une approche pluridisciplinaire (...) on va travailler ensemble sur le meilleur moyen d'améliorer la collaboration entre l'UTC et la pharmacie » (Manager de proximité UTC s'adressant au pharmacien) ;

« On dépend de la pharmacie et du laboratoire dans la prise en charge, alors il faut travailler avec eux pour améliorer les choses. On ne peut plus travailler seuls de notre côté » (Manager de proximité UTC s'adressant à un infirmier).

Le manager de proximité présente une volonté affichée de porter le projet d'implantation de l'innovation managériale. A ce stade du processus, il essaie de mobiliser les différents acteurs grâce à une communication adaptée à chacun s'appuyant sur sa connaissance du contexte.

Il reconnaît cependant la nécessité d'un accompagnement de la part de ses supérieurs hiérarchiques.

L'accompagnement managérial

S'il est conscient des efforts à réaliser en amont et tout au long du projet, il reconnaît son besoin de soutien de la part de la direction, et soulève la nécessité d'un accompagnement permettant d'assurer sa mission de chef de projet. Il demande de la confiance, la capacité de prendre des décisions et les moyens d'acquérir les compétences nécessaires grâce aux formations adéquates.

S'il reconnaît disposer des ressources nécessaires à la conduite du projet, il identifie des contraintes entravant ces ressources comme son faible pouvoir de décision et le manque de temps dont il dispose.

1.2.3. Les contraintes identifiées

Au cours du processus de décision, nos investigations révèlent des contraintes limitant le manager de proximité :

- Sa faible latitude décisionnelle ;
- Le manque de temps lié à de nombreuses activités administratives chronophages.

Une faible latitude décisionnelle

Le discours du manager de proximité met en exergue sa difficulté à pouvoir prendre des décisions. Il évoque son manque d'autonomie et son incapacité à prendre des initiatives. Cette faible latitude décisionnelle est davantage associée à son supérieur hiérarchique direct qu'à la direction :

« Avec JJ³⁵ c'est compliqué, il vaut avoir la main sur tout » (Manager de proximité, UTC).

Le manager de proximité soulève des difficultés à s'affirmer en tant que leader :

« Pour pouvoir être un leader, on doit nous laisser prendre des décisions et faire les choses à notre façon » (Manager de proximité, UTC) ;

« J'aimerais qu'on me fasse confiance, pouvoir décider et prendre des initiatives » (Manager de proximité, UTC).

³⁵ JJ est utilisé en référence du prénom du cadre soignant, Chef du département cancérologie-hématologie

Le manque de temps

Nos observations révèlent un manque de disponibilité du manager de proximité. Peu présent sur le terrain, il évoque d'importantes activités administratives :

« *Je suis débordé. Mes journées commencent à 6h30 et terminent à 19h* » (Manager de proximité, UTC).

Malgré la possibilité de déléguer certaines tâches, le manager de proximité continue à gérer des tâches quotidiennes indispensables au fonctionnement du service.

Cette analyse des données recueillies portant sur le rôle du manager de proximité lors de l'étape de décision est confrontée à la perception des acteurs.

1.3. Les professionnels de terrain et l'étape de décision

Nos investigations portent sur la perception générale des acteurs d'une part du rôle du manager de proximité lors de l'étape de décision et d'autre part sur l'innovation managériale.

1.3.1. Perceptions relatives au rôle du manager de proximité

De la même façon que nous avons observé une évolution de la posture du manager de proximité au cours de cette étape de décision, la perception des acteurs au regard de son rôle a évolué.

Au commencement de notre immersion, le rôle du manager apparaît comme source d'interrogations et de critiques auprès des professionnels soignants :

« *On ne sait pas ce qu'il fait, il n'est jamais là, il est tout le temps dans son bureau et passe quelquefois en coup de vent dans le service* » (Muriel, infirmière, UTC).

Les interactions entre le manager de proximité et les opérationnels sont limitées et concernent principalement le planning de travail ou des problèmes logistiques du service. Nous recueillons de nombreuses critiques émanant des soignants portant sur le manque d'engagement du manager de proximité envers son équipe :

« *Il ne nous connaît pas, il ne s'intéresse pas à nous. Tout ce qui l'intéresse c'est d'être bien vu par la direction* » (Corinne, infirmière, UTC) ;

« *Il ne nous soutient pas. Il fait semblant de nous écouter quand on lui parle des problèmes* » (Claudine, infirmière, UTC) ;

« Il va toujours dans le sens de la direction, c'est une marionnette » (Médecin-chef du service UTC).

L'analyse des entretiens menés auprès des soignants révèle les attentes des acteurs vis-à-vis du manager de proximité. Ils attendent de lui :

- Qu'il soit honnête :

« Il nous dit qu'il fait remonter nos problèmes, mais ce n'est pas vrai. On ne le croit plus maintenant » (Alexandre, infirmier, UTC) ;

- Qu'il affronte la direction :

« Il a peur de la direction, il n'ose rien dire » (Claudine, infirmière, UTC).

Les autres professionnels décrivent un manager en difficulté, étouffé par sa hiérarchie incapable de mettre en application ses compétences :

« Il souffre, c'est difficile pour lui, il ne peut rien faire, il a les mains liées » (Chef d'unité de département de biologie clinique).

Ces observations sont appuyées par l'analyse du matériau recueilli lors des entretiens (cf. tableau 25).

Tableau 25. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs lors de l'étape de décision portant sur le rôle du manager de proximité

Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
Des critiques	Un manque d'engagement envers l'équipe	« Il doit nous écouter » (Infirmier 4) ; « Il n'a pas le courage d'affronter la direction » (Médecin-chef du service UTC) ; « Il va toujours dans le sens de la direction » (Infirmier 3) ; « Il doit davantage s'affirmer, ça lui créé du tort de toujours s'aligner sur la direction » (Chef d'unité du département de biologie clinique).
	Un manque d'honnêteté	« Il fait semblant de nous écouter et de nous soutenir » (Infirmier 3) ; « On a dû mal à lui faire confiance » (Infirmier 1) ; « Il est malhonnête, il veut toujours sauver ses intérêts » (Infirmier 1).
Une reconnaissance	Des compétences reconnues	« Il a l'air de maîtriser son sujet » (Pharmacien) ; « Je ne savais pas qu'il était compétent » (Chef d'unité du département de biologie clinique).
	Une mobilisation efficace	« Il m'a convaincu de participer » (Infirmier 1) ; « J'ai envie de faire partie du projet » (Infirmier 4).

L'analyse des entretiens marque une ambivalence de la perception du rôle du manager de proximité. Il est à la fois critiqué pour son manque d'engagement pour les intérêts de l'équipe, et reconnu pour ses compétences portant sur le *Lean Healthcare* et sa capacité à mobiliser.

Les entretiens révèlent également que ce sont principalement les infirmiers de l'UTC, subordonnés du manager de proximité, qui expriment des critiques. Les autres professionnels se montrent plus tolérants et reconnaissent davantage ses compétences en lien avec le *Lean Healthcare*.

Nous souhaitons alors identifier le vécu de la décision d'implanter le *Lean Healthcare* par ces acteurs.

1.3.2. Perception de l'innovation managériale

Au début du processus de décision, les acteurs sont à la fois en attente d'une solution à leurs difficultés et fortement sceptiques sur la démarche proposée :

« *On n'en peut plus, on n'arrive pas à suivre. On est débordé et c'est de pire en pire* »
(Joé, infirmier, UTC).

Les professionnels soignants font part de leur exaspération face à l'immobilisme de la direction et aux solutions incohérentes et inappropriées précédemment appliquées. C'est une équipe qui se sent livrée à elle-même et à ses difficultés et qui ne se sent pas soutenue :

« *Personne ne se préoccupe de ce qu'on vit. Tout ce qui les intéresse, c'est si les patients sont contents. Et si ce n'est pas le cas, alors c'est de notre faute. Ça veut dire qu'on ne travaille pas assez vite* » (Corinne, infirmière, UTC).

Malgré cette situation difficile, l'équipe exprime une grande méfiance vis-à-vis des solutions proposées par la direction qui selon elle, sont « *déconnectées des réalités du terrain* » (Alexandre, infirmier, UTC). La décision de mettre en œuvre l'innovation managériale est perçue de manière plutôt partagée par les professionnels du service. Certains expriment leur satisfaction et perçoivent une réelle opportunité d'améliorer leur organisation, tandis que pour d'autres les changements sont déjà décidés par la direction :

« *La direction sait déjà ce qu'elle veut changer, le projet c'est juste un moyen de faire passer les choses* » (Médecin-chef du service UTC).

Le *Lean Healthcare* n'est pas connu des opérationnels. Ils remettent en question l'intérêt de la méthodologie axée sur une recherche des causes des problèmes qui leur semble inutile. D'après eux, elles sont connues mais ils n'ont jamais pu les exprimer en raison du manque d'écoute à leur égard.

Seul un infirmier, issu du secteur automobile et ayant effectué une reconversion professionnelle, connaît la méthodologie *Lean*. Il a pu observer des chantiers *Lean* au sein de son ancien lieu d'exercice et est convaincu de l'efficacité de la méthode en soulignant l'approche pluridisciplinaire.

Les entretiens menés auprès des acteurs de terrain participant au projet (cf. tableau 26) permettent de recueillir les perceptions relatives au *Lean Healthcare*.

Tableau 26. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs lors de l'étape de décision portant sur l'innovation managériale

Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
La perception du changement	<ul style="list-style-type: none"> • La nécessité de changer • L'acceptation d'essayer une nouvelle approche 	<p>« Depuis le temps qu'on dit qu'il faut changer » (Infirmier 4) ;</p> <p>« Nous on attend que ça, que ça change » (Infirmier 1) ;</p> <p>« Je pense qu'il faut essayer de nouvelles choses » (Médecin-chef du service UTC).</p>
Des doutes sur la faisabilité technique de l'innovation managériale	<ul style="list-style-type: none"> • Une méthodologie jugée complexe 	<p>« Je trouve ça très technique comme méthode » (Pharmacien) ;</p> <p>« On nous a déjà proposé de participer à des projets pour changer les choses mais au final rien ne change » (Infirmier 1).</p>
Un intérêt pour les principes	<ul style="list-style-type: none"> • Un intérêt pour l'approche pluridisciplinaire • Un intérêt pour la capacité à proposer des solutions 	<p>« Je suis content de travailler avec le labo et la pharma » (Infirmier 2) ;</p> <p>« Je pense que ça va être positif, il y a beaucoup d'incompréhension entre nous » (Chef d'unité du département de biologie clinique) ;</p> <p>« C'est un peu nouveau tout ça, d'habitude il faut se battre pour être entendu » (Chef d'unité du département de biologie clinique) ;</p> <p>« Il y a beaucoup de malentendus entre nous et les soignants, ce sera l'occasion de les lever » (Pharmacien).</p>

Face aux difficultés rencontrées lors de leurs pratiques professionnelles, les acteurs interviewés se déclarent ouverts aux changements. Cependant, ils se montrent partagés concernant l'intérêt du *Lean Healthcare*. Si ses aspects techniques sont perçus comme complexes et difficilement applicables, ses principes rencontrent un écho positif. Un réel intérêt est exprimé au regard de la pluridisciplinarité.

A partir du logiciel NVivo, nous utilisons le diagramme hiérarchique des sentiments (cf. tableau 27) afin d'identifier les sentiments révélés par les acteurs au cours des entretiens.

Tableau 27. Résultats de sentiment de l'encodage automatique des entretiens phase de décision (Source : NVivo)

	A : Très négatif	B : Modérément négatif	C : Modérément positif	D : Très positif
1 : Nœuds\\Entretiens décision acteurs\\	5	26	18	1

Cet outil révèle des sentiments à prédominance négative au cours des entretiens révélant une faible reconnaissance du rôle du manager de proximité et une faible adhésion des acteurs au *Lean Healthcare*.

À l'issue de cette phase de décision d'une durée d'un mois, s'ouvre la phase de mise en usage de l'innovation managériale.

Section 2. La mise en usage

Au cours de l'implantation du *Lean Healthcare*, nous nous sommes positionné à la fois comme chercheur et soutien de l'application de la méthode. Pour cela, nous avons veillé à l'acquisition de compétences associées au déploiement de l'innovation par la participation à une formation nous attribuant un niveau d'expertise confirmé (*Black Belt*). Les outils appliqués au cours de la phase de mise en usage sont issus de cette formation³⁶.

La mise en usage du *Lean Healthcare* suit une méthodologie rigoureuse et structurée, suivant une démarche d'analyse des dysfonctionnements et de résolution *DMAIC* (*Define, Measure, Analyse, Improve, Control*) associée à une application de ses principes (cf. chapitre 2, paragraphe 2.1.2.).

2.1. Le déroulement de la mise en usage

La mise en usage correspond au déploiement du projet portant sur l'application de la méthodologie *Lean*. Ce projet est porté par le manager de proximité, nommé chef de projet, et rassemble un groupe de travail composé de professionnels représentatifs de la pluridisciplinarité de la prise en charge en chimiothérapie.

2.1.1. Le pilotage du projet

Tout au long de la phase de mise en usage, nous accompagnons le manager de proximité lors de l'application des outils et des principes *Lean*. Nous intervenons principalement lors de la préparation des réunions où nous lui rappelons la structuration de la démarche et les modalités d'application des différents outils. Nous sommes ensuite présent en tant que support au cours

³⁶XL Formation

de chacune des réunions et intervenons de manière ponctuelle afin de soutenir les missions du manager de proximité.

En tant que chef de projet, le manager de proximité a la responsabilité d'établir le calendrier des réunions de travail et de les conduire. L'élaboration du calendrier des réunions de travail s'avère très laborieuse en raison du manque de disponibilité des participants. Par courrier électronique, il propose différentes dates et horaires pour chacune des réunions et définit difficilement des créneaux convenant à tous. Cependant, il doit, à plusieurs reprises, revoir les dates fixées afin de s'adapter aux indisponibilités de chacun.

Cinq réunions de travail sont ainsi planifiées sur une période de cinq mois (cf. tableau 29).

Tableau 28. Planification des réunions de travail

Date de la réunion	Thème de la réunion
6/10/2017	étape « Définir »
10/11/2017	étape « Mesurer »
13/12/2017	étape « Analyser »
17/01/2018	étape « Améliorer/Improve »
05/02/2018	étape « Contrôler »

Le délai entre chaque réunion permet l'application technique des outils *Lean*, mais également de relayer les points abordés au cours de la réunion avec les collaborateurs.

Le projet est initié par une réunion de présentation (réunion « *Kick off* ») afin de présenter la méthodologie aux différents membres.

2.1.2. Les réunions de travail

La première réunion considérée comme le début de la mise en usage est une réunion de présentation de l'innovation managériale appelée réunion « *Kick off* ».

Réunion « *Kick off* »

Au cours de cette première réunion se tenant le 29 septembre 2017, le manager de proximité présente la méthodologie et les principes *Lean* aux participants du groupe de travail :

« L'objectif est d'améliorer le fonctionnement de l'UTC (...) réfléchir ensemble à des solutions » (Manager de proximité, UTC) ;

« Chaque réunion correspond à une étape de la méthode (...) Avant de pouvoir proposer des solutions, on doit d'abord comprendre à quoi sont dus les problèmes » (Manager de proximité, UTC).

Il communique également les règles de fonctionnement du groupe de travail. Chaque membre du groupe est mandaté pour exercer un rôle de recenseur, mais également de démultiplicateur en partageant les éléments discutés à ses collègues qui peuvent émettre des retours et remarques qui sont ensuite rapportés en réunion. Tout en restant très mesuré dans ses propos et en mettant en avant la plus-value apportée par chacun, le manager de proximité insiste sur le caractère obligatoire de participation aux réunions de travail.

Les participants expriment une incompréhension face à la nécessité de mener une analyse approfondie des causes de dysfonctionnement :

« Mais on les connaît les causes, il faut prendre des décisions maintenant et arrêter de perdre notre temps ! » (Médecin-chef du service UTC) ;

« Ça a l'air très technique tout ça » (Infirmier 2) ;

« Tu es sûr qu'il y a besoin de faire tout ça ? » (Psychologue).

Cependant, une réelle satisfaction est exprimée sur l'approche pluridisciplinaire :

« C'est la première fois que nous nous retrouvons tous pour discuter ! » (Chef d'unité de département de biologie clinique) ;

« Je suis contente de participer au projet, il y a souvent des malentendus entre nous. Vous nous reprochez souvent de ne pas aller assez vite mais nous avons aussi des contraintes à gérer de notre côté » (Pharmacienne).

Au cours de cette première réunion, nous observons une forte exaspération de la part du médecin présent :

« On a assez réfléchi aux problèmes, on les a assez subis, il faut prendre des décisions maintenant » (Médecin-chef du service UTC) ;

« On participe aux réunions si on peut. S'il y a des urgences, on s'occupera d'abord des urgences ! » (Médecin-chef du service UTC).

Elle quitte la réunion avant son terme évoquant des urgences en attente.

Cette première réunion se révèle tendue. Les participants se montrent impatients de pouvoir proposer des solutions à leur difficulté et évoquent un immobilisme difficilement supportable :

« *On a assez attendu* » (infirmier 4).

Réunion « **Étape définir** »

Cette seconde réunion se tient une semaine après la date planifiée, soit le 13 octobre 2017, suite à une indisponibilité de la pharmacienne et du chef d'unité de département de biologie clinique.

Le manager de proximité présente l'objectif de cette première réunion :

« *décrire le processus de prise en charge du patient en chimiothérapie ambulatoire tel qu'il est réellement vécu* » (Manager de proximité, UTC).

Le manager de proximité anime la réunion et invite chacun des participants à décrire ses activités liées à la prise en charge du patient en chimiothérapie ambulatoire et à préciser ce qu'il attend de ses collaborateurs. Sur un tableau, il schématise les différentes étapes de processus à l'aide d'un outil nommé « *SIPOC* » (*Supplier, Input, Process, Output, Customer*) (cf. annexe 4).

Dès cette réunion, le manager de proximité évoque la notion de valeur en distinguant les activités à valeur ajoutée et les activités sources de gaspillage. Il demande à chacun de repérer d'éventuels gaspillages tels que les pertes de temps. Celles-ci se révèlent nombreuses, les infirmiers évoquent le temps perdu à chercher des dossiers ou du matériel et les multiples déplacements dans le service.

Le manager invite les participants à identifier la valeur des activités réalisées en plaçant le patient au centre des échanges :

« *Il faut répondre aux besoins du patient* » (Manager de proximité, UTC) ;

« *Qu'est-ce qui est le plus important pour le patient ?* » (Manager de proximité, UTC).

Les discussions dérivent régulièrement vers d'autres sujets nécessitant au manager de proximité d'intervenir afin de recentrer les échanges et respecter la durée prévue de la réunion.

Il oriente le groupe vers un objectif partagé : les intérêts du patient :

« *Il faut penser au patient* » (Manager de proximité, UTC) ;

« *La priorité c'est le patient* » (Manager de proximité, UTC).

Lors de cette réunion, chacun rapporte sa situation personnelle et ses propres difficultés en ignorant le vécu de ses collègues. Chacun prend conscience de la manière dont ses propres tâches impactent le travail des autres professionnels et *in fine* la prise en charge du patient. Si les professionnels soignants et médicaux perçoivent aisément le vécu du patient lors de la prise en charge, celui-ci est moins perceptible pour les professionnels du laboratoire et de la pharmacie :

« Nous, on est en direct avec le patient, quand il n'est pas content, c'est à nous qu'il le dit, c'est nous qui recevons les plaintes » (Infirmier 3).

Au terme de la réunion et malgré les contraintes de temps limitant les échanges, le manager de proximité recueille suffisamment d'informations lui permettant de décrire le processus de prise en charge. Cette réunion instaure l'approche collaborative où la collectivité prime sur l'individualité.

Il achève la réunion en remerciant les participants et en rappelant la date de la réunion suivante.

Réunion « étape mesurer »

La tenue de cette réunion est reportée deux fois suite à l'indisponibilité du médecin et se tient le 17 novembre 2017. Lors de cette réunion, le manager de proximité expose la nécessité de s'appuyer sur des données factuelles, des mesures au cours des différentes étapes du processus. L'objectif est d'identifier les facteurs de variation de ces délais :

« Il faut mesurer les délais pour être objectif et avoir une idée précise des étapes qui posent le plus de problème » (Manager de proximité, UTC).

Il revient alors sur le schéma du processus actuel réalisé lors de la réunion précédente. Il propose aux participants d'effectuer des mesures afin d'évaluer la part d'activités à valeur ajoutée et à valeur non ajoutée.

Cette étape est vivement contestée par les participants qui perçoivent difficilement la notion de valeur :

« Je peux vous le dire moi où ça pêche, je n'ai pas besoin d'effectuer des mesures » (Infirmier 2) ;

« On n'a pas le temps de prendre un chronomètre et de faire des mesures » (Infirmier 4) ;

« On ne va quand même pas faire des mesures » (Médecin-chef du service UTC).

Le manager de proximité propose alors d'utiliser les données disponibles afin d'éviter des campagnes de mesure. En effet, de nombreuses données peuvent être extraites à partir des outils informatiques. Nous constatons ainsi une adaptation de la méthode aux résistances rencontrées.

Au cours de la réunion, les participants précisent les étapes du processus pour lesquelles ils rencontrent le plus de difficultés.

Suite à cette réunion, le manager de proximité contacte les contrôleurs de gestion de l'établissement afin d'obtenir les données relatives aux activités du service :

- Les motifs d'accueil à l'UTC ;
- La variation du flux en fonction des jours et des heures ;
- Le temps de séjour au sein du service ;
- Les délais d'attente entre les différentes étapes du processus.

Une fois les mesures recueillies, une troisième réunion est organisée.

Réunion « étape analyser »

Cette réunion est reportée en raison du temps nécessaire à l'obtention des données transmises par les contrôleurs de gestion et se tient le 8 janvier 2018. Afin de préparer cette réunion, nous accompagnons le manager lors de la synthèse des mesures effectuées afin de mettre en évidence les variations des délais d'attente et de la durée de séjour à l'UTC. Par exemple, les retards sont plus importants à certaines heures de la journée.

Le manager de proximité accompagne les participants du groupe dans l'analyse de ces variations par l'application d'outils *Lean*. Il s'agit de catégoriser les facteurs pouvant influencer sur le processus. Le manager doit une nouvelle fois convaincre les participants de réaliser une analyse. Pour cela, il adapte les outils appliqués en les simplifiant. Nous citons l'exemple du diagramme de causes à effets qui permet de catégoriser les causes (cf. figure 35).

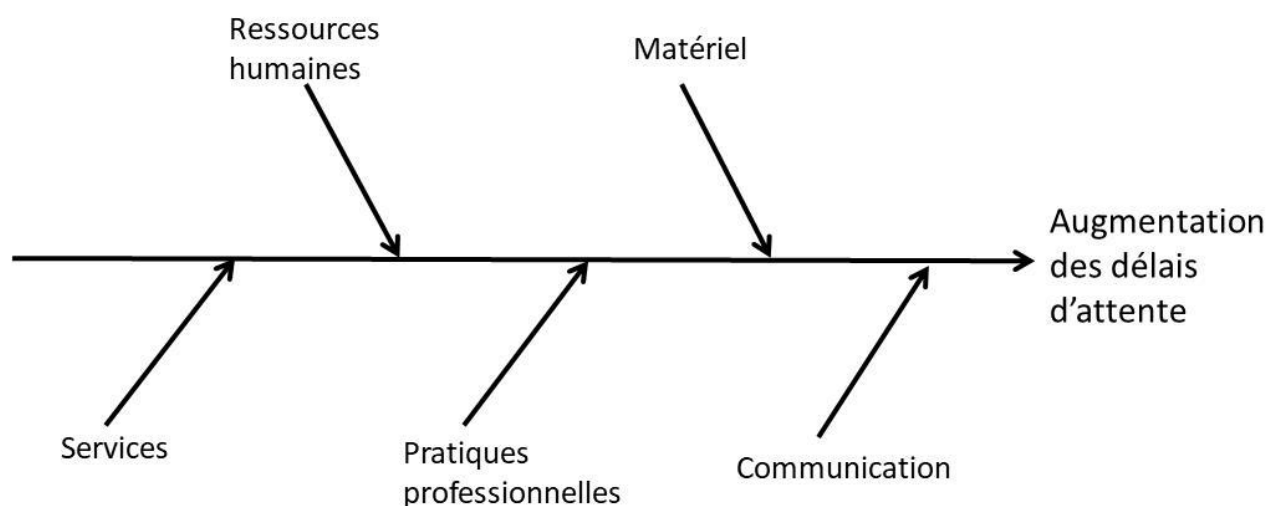


Figure 35. Diagramme de causes à effets

Les membres du groupe de travail identifient des causes responsables des variations et les priorisent en fonction de leur gravité et de leur fréquence.

Au cours de cette réunion, le manager mobilise ses compétences techniques afin de guider les participants dans l'application des outils techniques. Il essaie d'amener les participants à trouver des consensus en les interrogeant de manière régulière :

« *Qu'est-ce qu'on retient ?* » (Manager de proximité, UTC) ;

« *Si on doit en retenir qu'un ?* » (Manager de proximité, UTC).

Chaque point soulève des discussions prolongées que le manager tente difficilement de recentrer.

Divers facteurs sont identifiés telles que :

« *Le manque de personnel* » (Infirmier 1) ;

« *Le manque de matériel* » (Infirmier 2) ;

« *Le manque de lit* » (Médecin-chef du service UTC) ;

« *L'absence de prescriptions médicales* » (infirmier 4) ;

« *Des prélèvements sanguins non-conformes* » (Chef d'unité du département de biologie clinique) ;

« *Les urgences à traiter en priorité* » (Médecin).

Parmi les facteurs à l'origine des difficultés rencontrées lors de la prise en charge, les membres du groupe de travail se rejoignent sur l'impact des nombreuses situations d'urgence s'insérant au sein des activités de l'établissement, et de ses différents services. Elles doivent être traitées en priorité au détriment des soins programmés et perturbent les mécanismes de coordination.

Suite à une analyse approfondie des causes évoquées, des solutions d'améliorations sont émises au cours de la réunion suivante.

Réunion « étape améliorer »

Cette réunion se tient le 31 janvier 2018. Le manager de proximité invite les participants à réfléchir à des solutions d'amélioration à partir des causes identifiées lors de la réunion précédente. Il insiste sur le fait que ces solutions devront être soumises à la direction pour validation. C'est l'intérêt de chacun qui ressort de ces échanges, chacun évoque des solutions liées à son service. Les infirmiers évoquent une réorganisation des horaires de travail du service, le médecin souhaite revoir la capacité d'accueil du service.

Le manager essaie de proposer des solutions axées sur les mécanismes de coordination et la réflexion s'oriente vers une anticipation des examens précédant l'administration de la thérapeutique.

Le manager recense une première série de solutions proposées et retenues par l'ensemble du groupe :

- Anticiper la validation des traitements et permettre une réception des traitements la veille de l'administration ;
- Programmer l'examen biologique la veille de l'administration de la thérapeutique ;
- Encourager chaque médecin à vérifier la conformité des prescriptions pour ses patients la veille de l'administration de la thérapeutique ;
- Revoir les horaires d'accueil de l'UTC ;
- Adapter les horaires de travail des professionnels soignants de l'UTC ;
- Revoir la planification des rendez-vous à l'UTC ;
- Planifier les rendez-vous en collaboration avec le médecin afin de s'assurer de sa disponibilité pour l'examen médical.

Après cette quatrième réunion, le manager de proximité rencontre la directrice des soins et le cadre soignant-chef de département afin de présenter les solutions retenues par le groupe de travail. Ceux-ci se montrent très exigeants face au manager de proximité et soulignent l'aspect financier des changements proposés :

« On doit avoir un retour sur investissement » (directrice des soins).

Nous accompagnons le manager de proximité lors de son argumentation et insistons sur l'impératif de tester ces solutions. Ce principe est discuté par la directrice des soins qui soutient

que l'efficacité doit être étudiée avant une éventuelle application. Elle approuve finalement la mise en œuvre des solutions mise à part une, portant sur les horaires d'ouverture du service qui constitue, d'après elle, une offre de soins et d'accès aux soins qu'il n'est pas possible de remettre en question. Nous percevons des exigences allant à l'encontre des principes du *Lean* avec le droit à l'erreur et la possibilité de tester les solutions. Nous la convainquons difficilement de respecter ce principe en évoquant les intérêts liés à notre recherche.

Réunion « étape contrôler »

Cette réunion se tient le 28 février 2018. Initialement, cette réunion devait porter sur une évaluation des changements appliqués suite aux solutions proposées. Cependant, la validation nécessaire par la direction repousse cette application.

Le manager de proximité communique la validation des solutions. Elles doivent alors être formalisées et appliquées. Le groupe de travail a alors la mission de définir les modalités d'application des solutions proposées et d'élaborer des plans d'actions.

Nous retrouvons ici le manque de disponibilité des acteurs qui déclarent ne pas avoir le temps de travailler sur la mise en application des solutions proposées.

Un travail important de déploiement des solutions d'amélioration se dessine sous la conduite du manager de proximité qui souligne l'impératif de mettre le processus sous surveillance afin de vérifier l'efficacité des mesures mises en place :

« On doit vérifier que ça fonctionne, sinon les problèmes reviennent toujours »
(Manager de proximité, UTC).

Cette dernière réunion est l'occasion de faire un bilan. Des satisfactions sont exprimées sur :

- La possibilité d'avoir pu proposer des solutions :
« Je suis content d'avoir pu parler de nos difficultés et d'avoir proposé des solutions. On voit déjà des améliorations dans le service rien qu'en ayant pu discuter avec les autres » (Infirmier 3) ;
- Le travail pluridisciplinaire :
« On avait besoin de se mettre tous autour de la table et de discuter »
(Pharmacien).

Au cours de cette mise en usage, nous avons veillé à accompagner le manager de proximité dans le déploiement de la méthodologie *Lean* par une formation aux outils. Nous avons pu alors observer son rôle dans la mise en usage de l'innovation managériale.

2.2. Le rôle du manager de proximité

En tant que chef de projet, le manager de proximité tient un rôle central lors de la mise en usage du *Lean Healthcare*.

Lors de la phase de mise en usage, le manager de proximité prend conscience de l'importance de son rôle et assume les responsabilités investies :

« *J'ai vraiment envie que ça fonctionne. C'est un peu un challenge pour moi, une manière de montrer ce que je suis capable de faire* » (Manager de proximité UTC).

Son rôle se situe à différents niveaux :

- Lors des réunions de travail au cours desquelles il accompagne les participants dans l'utilisation de la méthodologie et transmet les principes du *Lean Healthcare*. Il valorise la pluridisciplinarité et les compétences des opérationnels ;
- Entre les réunions de travail, il applique les principes du *Lean* en se rendant de manière prolongée sur le terrain, où il observe, écoute et participe aux activités cliniques. Il partage les avancées du groupe et communique sur la méthodologie et les principes.

Entre les réunions, nous accompagnons le manager de proximité dans l'utilisation des outils techniques. Ayant déjà été formé à la méthodologie, il s'approprie aisément chacun d'eux, tout en percevant leur intérêt. Nous lui rappelons régulièrement les principes du *Lean* et l'encourageons à les appliquer. Ses activités de gestion de son service l'éloignent aisément de ses missions liées à l'innovation managériale.

Lors des réunions, nous nous positionnons en tant que support et n'intervenons que ponctuellement, principalement pour apporter des précisions sur l'application des outils. Nous mettons en avant notre statut de chercheur afin de mettre en place une distance nécessaire à l'observation et au recueil du matériau.

Nos investigations permettent l'identification de leviers managériaux au cours de la phase de mise en usage :

- Le leadership s'inscrit à travers son rôle de chef de projet et l'augmentation de la latitude décisionnelle associée, notamment lors de la tenue des réunions lorsque le poids de la hiérarchie s'efface. Il prend des décisions et assume son rôle. Lorsqu'il se présente à la direction afin de discuter des potentielles solutions, il argumente chacune d'elle et défend leur intérêt ;
- L'agilité, par une adaptation permanente de la méthode au contexte, aux résistances des acteurs, à leur manque de disponibilité. Pour cela, il détecte les réactions et les

informations importantes. Lorsque la méthodologie est remise en question, il se montre capable de l'adapter. Ainsi, face aux réactions négatives vis-à-vis de l'étape de mesure, il réagit en proposant de privilégier les données existantes ;

- La création collective de sens : le manager recentre régulièrement les échanges en rappelant l'objectif du projet et en renvoyant la réflexion vers des intérêts communs, les besoins et les attentes du patient. Cette étape marque le dépassement des intérêts individuels vers les intérêts collectifs et la nécessité d'obtenir des consensus ;
- La diffusion des connaissances : il transmet et partage sa connaissance de la méthode et des principes.

Nous confrontons ces observations aux données recueillies lors des entretiens menés auprès du manager de proximité (cf. tableau 29).

Tableau 29. Analyse des entretiens auprès du manager de proximité lors la mise en usage de l'innovation

Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
Les facteurs facilitant	Un statut soutenant la légitimité	« C'est vrai qu'être chef de projet ça donne un certain pouvoir et ça aide pour dire les choses ».
	La connaissance du terrain et des acteurs	« Je connais les participants du groupe, je travaille avec eux, je sais comment ils fonctionnent ».
	Une adhésion au Lean	« Je peux dire que je connais le Lean » ; « Pour moi, c'est vraiment une méthode qui peut être efficace » ; « C'est plus facile de défendre une méthode à laquelle on croit ».
	L'accompagnement de la direction	« Je me sens plus autonome » ; « Le fait d'être seul à conduire la réunion, c'est plus facile de parler ».
	Une capacité à rassembler et à convaincre	« J'ai vraiment essayé de parler à chacun et à tous en même temps » ; « J'ai fait preuve de persuasion pour qu'ils utilisent les outils » ; « J'ai insisté pour qu'ils essaient » ; « Il a fallu les mettre d'accord, ça n'a pas été facile. Quand ça déviait, je leur rappelais qu'il fallait penser au patient »..
Les contraintes	Un nouveau statut à intégrer	« C'est une nouvelle fonction pour moi, je dois m'habituer ».
	Le manque de temps	« J'ai toujours autant de choses à gérer au quotidien à côté du projet ».
	La gestion des indisponibilités	« Les membres du groupe de travail ont souvent des imprévus ou des priorités les empêchant d'être présent. C'est pas facile à gérer ».

Lors de ces entretiens, le manager évoque régulièrement son statut de chef de projet à partir duquel il est en capacité de mettre en usage l'innovation managériale. Il exprime cependant des difficultés liées à l'autonomie et les responsabilités nouvellement acquises qui ne sont pas évidentes à porter.

Il déclare appliquer les principes du *Lean* en étant davantage présent sur le terrain, en participant aux activités du service, en écoutant les patients et les professionnels, afin de

favoriser leur adhésion. Il soulève néanmoins des contraintes dues au manque de temps et à la gestion des indisponibilités.

Il est également à noter une faible disponibilité du supérieur hiérarchique direct et de la directrice des soins lors de la mise en usage en raison d'une démarche de certification les empêchant de s'ingérer dans le projet et favorisant ainsi l'autonomie du manager de proximité.

Ces investigations portant sur le manager de proximité sont complétées par une identification du vécu de la mise en usage par les acteurs de l'organisation.

2.3. Le vécu de la mise en usage par les acteurs

Lors de notre immersion au sein du service, nous échangeons avec les acteurs sur leur vécu de la mise en usage de l'innovation managériale.

Ce vécu évolue tout au long de l'implantation du *Lean Healthcare*. La réunion de présentation du projet laisse émerger des interrogations sur l'utilité et l'intérêt de la méthodologie. Puis la première réunion de travail portant sur l'« étape définir » rencontre l'intérêt des participants principalement sur le caractère pluridisciplinaire du groupe de travail. Cependant, l'implication du début du projet laisse ensuite place à une forme de lassitude et d'impatience une nouvelle fois source d'interrogations sur la nécessité des étapes successives de la méthode et la technicité associée :

« C'est quand même long, plusieurs mois pour décider des solutions à apporter ce n'est peut-être pas utile » (Infirmier 4).

La réflexion sur les causes des difficultés et la proposition de solutions adaptées permet de retrouver un intérêt du groupe perceptible par une forte participation au cours des réunions et une satisfaction exprimée.

Les entretiens menés auprès des acteurs lors de la phase de mise en usage visent à explorer ce vécu (cf. tableau 30).

Tableau 30. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs de terrain lors la mise en usage de l'innovation

Thèmes	Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
Une adhésion au <i>Lean</i>	L'application des principes du <i>Lean Healthcare</i>	Des intérêts communs partagés	« <i>Nous devons trouver une meilleure façon de travailler ensemble</i> » (Pharmacien) ; « <i>Le patient est notre priorité</i> » (Médecin 1).
		Une prise de conscience des gaspillages	« <i>On se rend compte de tout le temps qu'on perd</i> » (Infirmier 4).
		Un sentiment de reconnaissance	« <i>On peut s'exprimer et on se sent écouté</i> » (Infirmier 2) ; « <i>Ça fait bizarre de proposer des changements, on n'a pas l'habitude !</i> » (Infirmier 3).
Les critiques du <i>Lean</i>	Une technicité remise en question	Des étapes considérées comme inutiles	« <i>La démarche est longue. C'est un long investissement</i> » (Pharmacien) « <i>Pourquoi devoir faire tout ça ?</i> » (Médecin)
Le rôle du manager de proximité	Une reconnaissance du chef de projet	Une appréciation de son pilotage du projet	« <i>Il nous écoute</i> » (Infirmier 2) ; « <i>Il est compétent</i> » (Chef d'unité du département de biologie clinique) ; « <i>Il maîtrise le sujet</i> » (Médecin).

Nos échanges mettent en exergue la création d'un collectif. Les acteurs interviewés prononcent fréquemment le pronom personnel « *nous* », l'identité du groupe devient collective au fur et à mesure des réunions. Ils intègrent progressivement les principes du *Lean* en évoquant régulièrement les besoins et les attentes du patient. Les acteurs reconnaissent les compétences du manager de proximité et notent les efforts qu'il réalise. Ils déclarent se sentir écoutés et remarquent un gain d'assurance dans son discours.

Au cours des réunions, nous observons une forte participation des membres du groupe, qui se révèlent être forces de proposition. Ils se montrent également critiques au regard de l'innovation managériale en remettant en question la méthode et en évoquant l'inutilité de certaines étapes. Ils soulignent l'urgence de changer leur organisation et le manque de temps à consacrer au projet.

Au cours de cette phase de mise en usage, les participants du groupe appliquent le versant technique de l'innovation managériale ainsi que sa philosophie. Ils déclarent adhérer à la philosophie mais se montrent plus réservés sur la méthode.

Ils partagent l'avancée du projet auprès de leurs collègues qui peuvent se montrer très critiques ou au contraire, forces de propositions. Un mécanisme de diffusion s'instaure progressivement porté par les membres du groupe projet et par le manager de proximité qui est davantage présent sur le terrain.

Au terme de cette phase de mise en usage, nous mettons un terme à notre période d'immersion continue et prolongée. Afin de suivre la phase de poursuite de l'usage, nous retournons de manière ponctuelle et régulière sur le terrain pendant une période de six mois.

Section 3. La poursuite de l'usage

Les réunions de travail s'achèvent avec la définition de modifications organisationnelles décidées et initiées. Nous retournons ensuite ponctuellement et régulièrement sur le terrain pendant une période de six mois afin de recueillir les données relatives à la poursuite de l'usage de l'innovation managériale. Toutes les deux semaines, nous passons une journée sur le terrain afin de recenser les données nécessaires à nos investigations.

3.1. Le devenir de l'innovation managériale

Le terme de la mise en usage est marqué par une rencontre avec le comité de direction afin de présenter le bilan de notre travail de recherche.

Nous revenons ainsi sur l'application du *Lean Healthcare* et le déroulement des réunions du groupe projet et les résultats obtenus. Nous insistons sur la méthodologie ayant conduit à ces résultats, le *Lean Healthcare*. L'approche pluridisciplinaire et l'analyse menée par les professionnels de terrain ont conduit à une identification des causes à l'origine des dysfonctionnements. L'implication des professionnels de terrain a été forte lors de propositions de solutions d'amélioration. De plus, ayant contribué à ces solutions, les modifications organisationnelles et de pratiques s'en trouvent facilitées. Nous insistons sur la nécessité de suivre ses résultats afin de prévenir tout nouveau dysfonctionnement.

Nous revenons également sur les difficultés rencontrées, principalement liées au manque de disponibilité des participants et ayant induit un retard dans le déroulement du projet.

Le comité de direction se déclare satisfait :

« *Nous sommes satisfaits des conclusions du groupe de travail et des décisions prises* » (Directrice des soins).

Face aux résultats obtenus, les dirigeants décident d'une implantation progressive au sein de l'ensemble de l'établissement :

« *Nous allons poursuivre la mise en œuvre du Lean dans l'établissement, d'autres services rencontrent des difficultés* » (Directeur général).

Cependant, suite à notre départ, les dirigeants s'interrogent sur l'expertise requise afin de poursuivre l'implantation du *Lean*. Nous leur proposons de s'appuyer les compétences acquises par le manager de proximité de l'UTC. La directrice des soins approuve cette idée mais soulève les activités quotidiennes du manager de proximité qui ne lui permettent pas d'accompagner la généralisation de l'approche *Lean*. Elle concède un rôle de référent au manager de proximité et évoque un plan de formation en lien avec *le Lean Healthcare* :

« *Il faut former nos personnels au Lean* » (Directrice des soins)

Le comité de direction s'engage alors à soutenir la poursuite de l'usage et demande au manager de proximité de formaliser la méthodologie appliquée et les résultats obtenus afin de communiquer vers l'extérieur sur l'implantation du *Lean Healthcare* (cf. annexe 4).

La directrice des soins nous annonce sa volonté de déployer le *Lean Healthcare* au sein du service d'endoscopie. Le processus de prise en charge des patients en endoscopie présente des caractéristiques identiques à celui de prise en charge en chimiothérapie ambulatoire. Des dysfonctionnements sont signalés par les professionnels soignants qui évoquent des difficultés de coordination avec les autres professionnels provoquant des délais d'attente importants.

La poursuite de l'innovation managériale se déroule sur deux plans :

- D'une part, au sein du service UTC par le maintien de l'application des outils et des principes *Lean* ;
- D'autre part, au sein des autres services cliniques du CHL.

3.2. Le rôle du manager de proximité

Lors de nos retours au sein de l'établissement, nous investiguons sur les modalités de poursuite de l'usage au sein de l'UTC et évaluons la diffusion du *Lean Healthcare* au sein des autres services.

A l'UTC, le manager de proximité nous informe qu'il pilote la mise en œuvre des plans d'action décidés suite aux réunions de travail :

- Un ajustement de la planification des rendez-vous de prise en charge des patients ;
- L'anticipation des validations des traitements ;
- L'externalisation des analyses biologiques ;
- La réorganisation interne du service afin de limiter les gaspillages tels que les déplacements inutiles et les pertes de temps dues à la recherche de matériel, de documents.

La majorité des mesures visent une optimisation des mécanismes de coordination avec les autres acteurs de la prise en charge, plus spécifiquement le laboratoire et la pharmacie.

La mise en œuvre de l'anticipation de la validation des traitements et d'externalisation des analyses biologiques correspond à des changements de pratiques auxquels le manager consacre une partie importante de son temps. De plus, nous constatons une présence plus régulière du manager de proximité sur le terrain. Il participe aux activités cliniques et semble davantage à l'écoute de son équipe, les problèmes sont discutés avec les professionnels soignants qui expriment leurs difficultés et recherchent des solutions. Le manager évoque une amélioration de ses relations interpersonnelles, notamment des relations apaisées avec son équipe.

Nous retrouvons également les principes du *Lean* axés sur une approche collaborative et une valorisation des professionnels soignants notamment lors de la recherche de solutions. Diverses techniques favorisant l'approche collaborative telle que la tenue régulière de réunions avec les acteurs du processus sont instaurées.

Malgré ces éléments mettant en exergue une poursuite de l'usage au sein de l'UTC nous percevons une résurgence des tensions entre le manager de proximité et le cadre soignant-chef de département qui se montre critique sur les mesures d'amélioration appliquées.

Les entretiens menés auprès du manager de proximité permettent d'analyser son vécu lors de la poursuite de l'usage de l'innovation managériale (cf. tableau 31).

Tableau 31. Analyse des entretiens menés auprès du manager de proximité lors de la poursuite de l'usage

Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
Les facteurs facilitant la poursuite de l'usage	Le maintien des principes	« J'essaie d'être sur le terrain » ; « On essaie de régler les petits problèmes rapidement, je demande à l'équipe de réfléchir aux problèmes et on essaie de trouver des solutions faciles à mettre en place » ; « Je travaille plus souvent avec les autres services, c'est plus facile » ;
	Une formalisation de l'expérience et un partage du vécu	« J'ai repris la méthode sur un support pour la direction » ; « J'essaie de partager mon expérience avec mes collègues chefs de service » ; « On me pose souvent des questions sur la méthode ».
	Des relations interpersonnelles améliorées	« Ça va mieux avec l'équipe » ; « Ça se passe mieux depuis que je suis plus souvent dans le service ».
	Un soutien de la direction	« M. ³⁷ m'encourage, j'ai l'impression qu'elle est satisfaite du projet ».
Les contraintes à la poursuite de l'usage	Le manque de temps	« Ça me prend du temps quand même, on me demande mon avis pour le projet mis en place en endoscopie » ; « J'ai peur de ne plus avoir le temps ».
	La ligne hiérarchique	« J'ai l'impression que JJ. ³⁸ me met des bâtons dans les roues ».

Il admet avoir dû faire beaucoup d'efforts afin d'être à l'aise dans son nouveau rôle. Si les relations avec son supérieur hiérarchique direct demeurent difficiles, il insiste sur le soutien et

³⁷ M. fait référence à la directrice des soins

³⁸ JJ. fait référence au cadre soignant, chef du département cancérologie-hématologie

l'appui de la directrice des soins qui lui permettent de poursuivre son investissement dans l'implantation de l'innovation managériale.

Le déploiement du *Lean* au sein du service d'endoscopie nécessite des mesures en amont telle que la formation du manager de proximité du service. La directrice des soins l'encourage à se référer au manager de proximité de l'UTC. Nous suggérons à celui-ci de formaliser la méthode afin de soutenir la démarche de diffusion des connaissances et capitaliser sur son retour d'expérience. Il déclare élaborer des supports reprenant la méthodologie et les outils appliqués. Trois mois après la fin de la mise en usage à l'UTC, le déploiement du *Lean Healthcare* est initié au sein du service d'endoscopie. Un groupe de travail pluridisciplinaire est constitué reprenant le même fonctionnement que le groupe de travail instauré à l'UTC. Le manager de proximité de l'UTC est invité aux réunions de travail afin de soutenir méthodologiquement le groupe de travail. Au terme de nos investigations portant sur la poursuite de l'usage, la démarche progresse de manière régulière avec des réunions de travail planifiées chaque mois.

Cette analyse du rôle du manager de proximité est confrontée au vécu des acteurs lors de la poursuite de l'usage.

3.3. La perception des acteurs

Lors de nos visites au sein de l'UTC, nous échangeons avec les acteurs ayant participé au groupe de travail. Ils expriment des améliorations concernant l'organisation des activités, mais également leurs conditions de travail :

« *Ça va beaucoup mieux, même les patients nous le disent* » (Infirmier 4) ;

« *On a l'impression d'être un peu plus écoutés maintenant* » (Infirmier 2).

Les entretiens menés auprès des acteurs concernés par l'implantation de l'innovation managériale permettent d'évaluer son adoption (cf. tableau 32).

Tableau 32. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs sur le vécu de la poursuite de l'usage

Sous-thèmes	Idées-clés	Verbatims/Phrases-témoins
Une adhésion à l'innovation managériale	L'application des principes	« Dès qu'on a un souci avec la pharmacie ou le labo on les appelle ou on va les voir. On se dit les choses et on essaie de comprendre ensemble ce qui ne va pas » (Infirmier 3) ; « On essaie de résoudre nos problèmes tout de suite, de trouver des solutions faciles à mettre en place » (Infirmier 1).
	Une méthode reconnue efficace	« Ça a permis de réfléchir aux vraies causes de nos problèmes et de trouver des solutions qui conviennent à tous » (Médecin).
	Le souhait de poursuivre l'application de l'innovation managériale	« Maintenant il faut continuer à travailler comme ça » (Pharmacien).
Des critiques	Le manque de temps	« Il faut quand même avoir du temps si on veut faire ça correctement » (Médecin) ; « On ne peut pas consacrer trop de temps à des réunions, ça doit se faire autrement, par des échanges réguliers » (Pharmacien) ; « C'est vrai que c'est une méthode qui demande du temps. En plus je ne maîtrise pas tout donc je mets plus de temps » (Manager de proximité endoscopie).
Le rôle du manager de proximité	Un engagement	« Il est investi, il fait beaucoup d'efforts » (Pharmacien).
	La diffusion des connaissances	« Il passe beaucoup de temps à m'expliquer les outils et la méthode » (Manager de proximité endoscopie).
	La légitimité	« Après le projet réussi à l'UTC, il peut nous conseiller pour la méthode » (Manager de proximité endoscopie).

Ces entretiens mettent en exergue une adhésion des acteurs aux principes du *Lean Healthcare* ainsi qu'une reconnaissance de son efficacité. Parmi les principes mis en avant par les acteurs de terrain, émergent une plus grande capacité à résoudre les problèmes rencontrés et la réflexion pluridisciplinaire au regard des difficultés.

Les critiques relatives à la poursuite de l'usage du *Lean Healthcare* portent essentiellement sur le temps nécessaire à l'application des principes, notamment la participation aux réunions pluridisciplinaires.

De même, nos échanges avec le manager de proximité de l'endoscopie mettent en exergue le rôle du manager de proximité de l'UTC lors de la poursuite de l'usage. Il accompagne ses pairs dans le déploiement de l'innovation managériale. Grâce à la légitimité acquise suite au succès de l'application du *Lean* à l'UTC, il se présente comme un référent de l'innovation managériale.

CONCLUSION DU CHAPITRE 8

Ce chapitre a pour objet la présentation des résultats des investigations menées lors de notre immersion. Au cours de chacune des étapes du processus d'innovation managériale, nous investiguons afin d'identifier les leviers mobilisés par le manager de proximité afin de favoriser l'adhésion des acteurs. Nous combinons observation, conduite d'entretiens auprès des acteurs concernés et analyse des documents institutionnels. Le manager de proximité, nommé chef de projet, conduit l'implantation de l'innovation managériale. Nos investigations révèlent une capacité de mobilisation des leviers managériaux évoluant tout au long des étapes successives de l'innovation en fonction des ressources organisationnelles et des contraintes associées.

Afin de nous rapprocher de la question de recherche, nous synthétisons les données recueillies et les discutons avec les acteurs de l'organisation afin de soutenir nos analyses.

Chapitre 9. Synthèse et validation des résultats

INTRODUCTION DU CHAPITRE 9

Ce neuvième chapitre s'inscrit dans l'application du principe d'intersubjectivité contradictoire présenté dans la deuxième partie de ce travail. La pratique de la réflexivité nous amène à discuter avec les acteurs les données recueillies lors de nos investigations afin de les valider. Ces discussions permettent également l'obtention d'informations complémentaires et de précisions au regard de l'analyse réalisée. Cette démarche soutient la validité de l'analyse réalisée et de la recherche menée.

Nous abordons successivement chacune des étapes de l'innovation managériale en soumettant l'analyse des données recueillies aux acteurs de l'établissement.

Section 1. La phase de décision du Lean Healthcare

Tout au long de notre analyse portant sur le rôle et l'influence du manager de proximité, nous discutons les résultats avec les acteurs de l'organisation, à la fois sa hiérarchie, ses pairs et ses subordonnés. Nous abordons les leviers mobilisés au cours de chacune des étapes ainsi que l'adhésion à l'innovation managériale.

1.1. Les leviers managériaux mobilisés

Nous reprenons ici les leviers managériaux identifiés lors de la présentation du cadre théorique tout en laissant émerger d'autres leviers afin de limiter le risque de circularité.

Suite aux investigations menées, nous évaluons la mobilisation de chacun des leviers managériaux, ainsi que les ressources favorisant cette mobilisation, les obstacles et leur impact sur l'adhésion à l'innovation managériale (cf. tableau 33).

Tableau 33. Les leviers managériaux lors de la phase de décision

Les leviers managériaux	Niveau de mobilisation	Les facteurs favorisant la mobilisation des leviers	Les obstacles à la mobilisation des leviers	Impact sur l'adhésion à l'innovation managériale
Le leadership	+	<ul style="list-style-type: none"> Le statut de chef de projet 	<ul style="list-style-type: none"> Une légitimité fragile à construire La faible latitude décisionnelle 	+
L'agilité	+	<ul style="list-style-type: none"> Sa connaissance du contexte et des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Les incertitudes liées au projet et le manque d'accès aux informations 	+
La création de sens	+++ (individuelle)	<ul style="list-style-type: none"> Une connaissance des intérêts et des priorités des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> Une communication trop technique 	++
La diffusion des connaissances	++	<ul style="list-style-type: none"> Sa connaissance de la méthode 	<ul style="list-style-type: none"> Une communication trop technique 	++

Légende : + = faible, ++ = moyen, +++ = fort

Au cours de cette phase de décision, la mobilisation des leviers managériaux reste limitée en raison du fort rôle de décideur joué par la direction. Cela renforce le sentiment de méfiance des subordonnées envers le manager de proximité, qui lui reprochent son manque d'engagement envers l'équipe. La faible latitude décisionnelle du manager de proximité limite son leadership. De même, à ce stade, il n'a pas accès aux informations stratégiques qui sont discutées au sein du comité de direction. Il est ainsi peu apte à gérer les incertitudes et à faire preuve d'agilité.

Seules la création de sens, même si elle reste individuelle à ce stade de l'innovation managériale, et la diffusion de connaissances sont mobilisées. Cette mobilisation est facilitée par sa connaissance de l'innovation managériale et son adhésion aux principes. L'influence des leviers est cependant entravée par un discours jugé trop technique.

Cette capacité à créer du sens est reconnue par le manager de proximité :

« C'est plus facile de créer du sens quand on croit à quelque chose » (Manager de proximité, UTC).

La directrice des soins rejoint ce constat :

« Il est en première ligne pour créer du sens, il est le mieux placé pour savoir ce qui fait sens aux yeux des collaborateurs » (Directrice des soins).

Pour les acteurs du terrain, les efforts du manager de proximité pour créer du sens autour du *Lean Healthcare* sont remarquables :

« Il réussit à nous convaincre de participer au projet. On a l'impression que la méthode peut vraiment fonctionner, que ça va régler tous nos problèmes »
(Infirmière 1, UTC).

Notre travail de recherche portant sur le manager de proximité, nous avons encouragé le comité de direction à le nommer chef de projet lors de la mise en œuvre du *Lean Healthcare*. Il a ainsi été soutenu dans ses prises de décision et a bénéficié d'une confiance tout au long de sa mission :

« J'ai vraiment eu le sentiment qu'on me faisait confiance » (Manager de proximité, UTC).

Nous revenons également sur les contraintes identifiées lors de cette étape. La ligne hiérarchique, limitant la latitude décisionnelle du manager, apparaît comme un obstacle à sa capacité à devenir un leader. Le cadre soignant-chef de département souligne les activités de gestion du manager de proximité l'empêchant d'assumer la responsabilité de l'implantation de l'innovation managériale. Cette analyse est partagée par le manager de proximité mais discutée par la direction :

« C'est vrai qu'il ne me laisse pas beaucoup de marge de manœuvre » (Manager de proximité, UTC) ;

« Je l'accompagne dans ses missions, je ne suis pas là pour lui mettre des bâtons dans les roues » (cadre soignant-chef du département cancérologie-hématologie) ;

« Ils travaillent en partenariat (...) il est soutenu par JJ.³⁹ » (Directrice des soins).

L'évaluation de l'efficacité des leviers mobilisés s'appuie sur leur influence sur l'adhésion des acteurs.

³⁹ JJ. fait référence au cadre soignant, chef de département

1.2. L'adhésion à l'innovation managériale au cours de la phase de décision

Les résultats marquent une adhésion limitée à l'innovation managériale au cours de cette étape. Les acteurs reconnaissent un certain scepticisme justifié par les expériences antérieures de changement peu constructives :

« *On a tellement été déçu, que maintenant on attend de voir* » (Infirmier 2, UTC) ;
« *On a déjà participé à des groupes de travail pour revoir l'organisation du travail, on fait des heures de réunion et au final il n'y a rien qui change* » (Infirmier 4, UTC).

Au cours de la phase de décision, la mobilisation des leviers est lentement initiée, provoquant une adhésion limitée des acteurs. Cette situation évolue lors de la mise en usage.

Section 2. La mise en usage du Lean Healthcare

2.1. Les leviers managériaux mobilisés

L'étape de mise en usage, d'une durée prolongée, se révèle riche au niveau des données recueillies.

Cette étape marque une évolution de l'autonomie du manager de proximité, sa latitude décisionnelle progresse de la même manière que les exigences attendues. En tant que chef de projet, il est garant de l'atteinte des objectifs fixés.

Les analyses effectuées au cours de la phase de mise en usage permettent l'identification des leviers managériaux mobilisés (cf. tableau 34).

Tableau 34. Les leviers managériaux lors de la phase de mise en usage

Les leviers managériaux	Niveau de mobilisation	Les facteurs favorisant la mobilisation des leviers	Les obstacles à la mobilisation des leviers	Impact sur l'adhésion à l'innovation managériale
Le leadership	++	<ul style="list-style-type: none"> Le statut de chef de projet et le pouvoir décisionnel associé 	<ul style="list-style-type: none"> Les activités de gestion quotidiennes du manager 	++
L'agilité	+++	<ul style="list-style-type: none"> Un accès aux informations Une capacité à adapter la méthodologie 	<ul style="list-style-type: none"> Le manque de temps 	++
La création de sens	+++ (collective)	<ul style="list-style-type: none"> L'identification d'un intérêt commun : les attentes et besoins du patient 	<ul style="list-style-type: none"> Des priorités divergentes 	+++
La diffusion des connaissances	+++	<ul style="list-style-type: none"> Sa connaissance de la méthode 	<ul style="list-style-type: none"> Une influence limitée à l'UTC 	+++

Légende : + = faible, ++ = moyen, +++ = fort

En tant que chef de projet, le manager de proximité mobilise différents leviers :

- La diffusion des connaissances : il transmet la méthodologie et les principes du *Lean Healthcare* aux acteurs du processus de prise en charge ;
- La création collective de sens : sa connaissance à la fois de l'innovation et des intérêts des acteurs soutient la création de sens qui devient collective en définissant des intérêts partagés ;
- L'agilité : en étant au cœur de l'implantation de l'innovation managériale, le manager accède aux informations clés à partir desquelles il ajuste la méthodologie ;
- Le leadership : son statut de chef de projet et le pouvoir décisionnel associé conditionnent son leadership. Il conduit les participants du groupe de travail vers les objectifs définis.

Si la mobilisation de l'agilité s'appuie sur une capacité du manager de proximité à adapter la méthode grâce à un accès aux informations clés, la construction du leadership est, quant à elle, liée à son pouvoir décisionnel et à l'autonomie dont il dispose au cours du projet.

La création collective de sens est soutenue par l'identification d'un intérêt partagé pas l'ensemble des participants : le patient, à partir duquel il recentre les échanges et tente d'atténuer les divergences. La diffusion des connaissances, quant à elle, s'effectue essentiellement au sein du groupe de travail et des professionnels exerçant à l'UTC.

Malgré ses connaissances portant sur l'innovation managériale, le manager de proximité nécessite un accompagnement par un expert afin de l'orienter dans l'application de la méthode et le choix des outils adaptés.

Ces résultats sont reconnus par l'ensemble des acteurs :

- Le manager de proximité :
 - « *Je suis d'accord avec vos conclusions sur mon rôle. Même si ça n'a pas été toujours facile, j'ai le sentiment d'avoir été un leader. C'est surtout parce que la direction m'a demandé de gérer le projet et m'a laissé prendre des décisions. J'ai eu les moyens de faire tout ça.* » (Manager de proximité, UTC) ;
 - « *J'ai toujours été persuadé de l'efficacité du Lean et j'ai essayé de montrer que ça pouvait fonctionner et qu'on pouvait vraiment améliorer notre organisation* » (Manager de proximité, UTC).
- Sa hiérarchie :
 - « *Il a été un leader et a convaincu ses collègues de s'investir. Il a été un ambassadeur du Lean. Il a su rassembler autour d'un projet commun (...) on l'a soutenu pour ça aussi* » (Directrice des soins).
- Les professionnels de terrain :
 - « *Je pense qu'il a été un leader. Il a motivé le groupe, il nous demandait à chaque fois de nous positionner et a écouté nos remarques* » (Chef d'unité-département de biologie clinique).

La directrice des soins confirme l'importance du rôle porté par le manager de proximité et reconnaît la nécessité de la mise en place du soutien nécessaire :

- « *Nous insistons sur la formation continue de nos cadres* » (Directrice des soins) ;
- « *On est là pour les écouter et les aider dans leur quotidien* » (Directrice des soins).

Le manager de proximité est reconnu par la direction comme un acteur clé connaissant les réalités du terrain. Elle exprime cependant de fortes attentes vis-à-vis de lui, il doit être capable de prendre des initiatives et de développer son leadership :

- « *On attend de lui qu'il s'investisse pour l'établissement, qu'il prenne des initiatives et qu'il porte les projets* » (Directrice des soins).

Ces résultats portant sur les leviers managériaux sont associés à l'analyse de l'adhésion à l'innovation managériale.

2.2. L'adhésion à l'innovation managériale au cours de la phase de mise en usage

Tout au long de la mise en usage, nous percevons une adhésion fluctuante des acteurs, marquée par des critiques portant sur la méthodologie et les outils appliqués.

Cependant, au terme de la mise en usage, les acteurs et la direction reviennent sur leurs premières déclarations et s'expriment en faveur de la méthodologie *Lean* :

« *Nous sommes satisfaits par les résultats du projet. C.⁴⁰ a su rassembler, il a permis d'apporter des solutions efficaces* » (Directrice des soins) ;

« *Je suis content d'avoir participé à ce projet, d'avoir pu parler des problèmes et d'avoir pu proposer des solutions. J'approuve la méthode* » (Infirmier 3) ;

« *Il a réussi à mettre tout le monde d'accord* » (Pharmacien parlant du manager de proximité).

Les opérationnels accueillent de manière positive les principes du *Lean Healthcare* soutenant une approche pluridisciplinaire et une présence du manager sur le terrain. Il est cependant à noter qu'au cours de la mise en usage, la diffusion de l'innovation reste limitée aux participants du projet, à la direction et aux professionnels de l'UTC. D'autres acteurs rencontrés ont été informés de l'implantation du *Lean Healthcare* au sein de l'UTC mais n'ont pas eu connaissance de la méthodologie et des principes.

La confrontation de nos analyses avec les acteurs permet de valider les résultats portant sur les leviers managériaux mobilisés et l'adhésion au *Lean Healthcare* au cours de la mise en usage.

Section 3. La poursuite de l'usage du *Lean Healthcare*

3.1. Les leviers managériaux mobilisés

Le terme du projet, soit de la mise en usage, marque la fin du statut de chef de projet du manager de proximité qui renoue avec ses activités de gestion du service telles que l'élaboration du planning de travail ou la gestion du matériel, et avec les exigences émanant de son supérieur hiérarchique direct.

Nous constatons cependant l'acquisition d'une certaine légitimité relative au *Lean Healthcare* grâce aux résultats positifs obtenus suite aux réunions de travail et aux améliorations décidées.

⁴⁰ C. fait référence au manager de proximité

Il est sollicité par ses pairs ou par des chefs de département souhaitant appliquer l'innovation managériale au sein de leur service. Cela lui permet de poursuivre la diffusion de ses connaissances au-delà des frontières de son service.

Les investigations menées permettent d'identifier les leviers managériaux mobilisés lors de la poursuite de l'usage et d'évaluer leur influence sur l'adhésion à l'innovation managériale (cf. tableau 35).

Tableau 35. Les leviers managériaux lors de la poursuite de l'usage

Les leviers managériaux	Niveau de mobilisation	Les facteurs favorisant la mobilisation des leviers	Les obstacles à la mobilisation des leviers	Impact sur l'adhésion à l'innovation managériale
Le leadership	++	<ul style="list-style-type: none"> Le soutien de la direction Une légitimité acquise lors de la mise en usage 	<ul style="list-style-type: none"> La ligne hiérarchique La résurgence des exigences 	++
L'agilité	+	<ul style="list-style-type: none"> Pour l'UTC : l'accès aux informations clés 	<ul style="list-style-type: none"> Le manque d'informations portant sur les autres services du CHL 	+
La création de sens	+++ (Individuelle)	<ul style="list-style-type: none"> Les améliorations observées à l'UTC renforcent l'intérêt pour l'innovation 	<ul style="list-style-type: none"> Le manque de temps pour les échanges 	++
La diffusion des connaissances	+++	<ul style="list-style-type: none"> Une application des principes Une communication sur l'efficacité constatée de la méthode 	<ul style="list-style-type: none"> Une formalisation insuffisante 	+++

Légende : + = faible, ++ = moyen, +++ = fort

Le manager de proximité poursuit la transmission des principes et de la méthodologie par un mécanisme de diffusion de connaissances, sur demande de la direction ou lorsqu'il est sollicité par ses collègues. Ce partage est appuyé par une création de sens axée sur les intérêts de l'application du *Lean Healthcare*, notamment l'approche pluridisciplinaire de la méthode. Le manager de proximité cible les intérêts individuels, la création de sens redevient individuelle.

Cette analyse est approuvée par le manager de proximité :

« Je réponds aux questions sur le Lean mais je ne vais pas spontanément aller voir les gens pour leur en parler » (Manager de proximité, UTC) ;

« J'essaie de les convaincre de l'utilité de la méthode en ciblant les avantages qu'ils peuvent en tirer » (Manager de proximité, UTC).

La directrice des soins rejoint cette analyse et souhaiterait davantage d'initiatives de la part du manager de proximité afin de partager ses connaissances :

« Il doit partager son expérience et convaincre les autres services de mettre en place le Lean en proposant de les accompagner » (Directrice des soins).

L'influence des leviers mobilisés est évaluée au regard de l'adhésion des acteurs.

3.2. L'adhésion à l'innovation managériale lors de la poursuite de l'usage

Les investigations menées mettent en exergue une diffusion de l'innovation au sein de l'UTC et une adhésion des acteurs y exerçant. Les acteurs ayant approché l'innovation managériale reconnaissent ses intérêts :

« On a enfin pu travailler ensemble et ça a été productif » (Pharmacien) ;

« On doit vraiment continuer dans ce sens, c'est comme ça qu'on doit fonctionner » (Médecin, UTC).

Nos échanges avec la direction confortent nos analyses. Elle souligne les efforts à maintenir afin de poursuivre la diffusion du *Lean Healthcare* à l'ensemble de l'établissement :

« Les collaborateurs semblent convaincus par la méthode » (Directrice des soins) ;

« Nous devons encore faire des efforts pour déployer le Lean au niveau de l'établissement » (Directrice des soins).

CONCLUSION DU CHAPITRE 9

Ce chapitre a pour objet la validation des données recueillies lors de nos investigations en confrontant le matériau recueilli à la perception des acteurs de l'établissement.

Au cours de la phase de décision, la faible latitude décisionnelle du manager de proximité et sa faible légitimité entravent sa capacité de mobilisation des leviers. Cette capacité se révèle lors de la phase de mise en usage suite au statut de chef de projet en lien avec l'implantation de l'innovation managériale. Le pouvoir décisionnel associé à cette fonction soutient sa légitimité et son leadership. Sa position centrale au cours de l'innovation managériale lui permet de mobiliser son leadership, son agilité, la création collective de sens et la diffusion des connaissances, influençant l'adhésion au *Lean Healthcare*. Au cours de la poursuite de l'usage, la capacité de mobilisation des leviers managériaux se retrouve une nouvelle fois limitée par des contraintes telles que la ligne hiérarchique. Le succès de la mise en usage parvient tout de même à susciter l'intérêt des acteurs ayant perçu les changements induits par la mise en usage du *Lean Healthcare*.

Si le comité de direction reconnaît le rôle clé du manager de proximité et la mobilisation des leviers favorisant l'implantation du *Lean Healthcare*, il se montre plus réservé face aux contraintes structurelles pouvant entraver la mobilisation des leviers managériaux, notamment sur le frein constitué par la ligne hiérarchique. Selon lui, la pyramide hiérarchique vise une complémentarité ne pouvant générer des obstacles.

CONCLUSION DE LA PARTIE III

Cette deuxième partie a pour objet la restitution des résultats des investigations menées au cours de notre immersion sur le terrain de recherche.

Nous consacrons la première période de notre immersion à la prise de connaissance du contexte, à la compréhension de la structure de l'établissement et de son fonctionnement. Cette période permet également d'approcher et de préciser les difficultés rencontrées par l'organisation et à l'origine de notre intervention. Nous retrouvons ainsi une organisation cloisonnée présentant les caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle. La pluralité des acteurs et le fort niveau d'expertise génèrent des intérêts divergents et des jeux de pouvoir.

Nous centrons ensuite nos investigations sur les modalités d'implantation de l'innovation managériale et les leviers mobilisés par le manager de proximité au cours des différentes étapes. Nos observations complétées par les entretiens menés auprès du manager de proximité et des acteurs concernés par l'innovation révèlent l'influence des leviers managériaux sur l'adoption de l'innovation managériale. Le manager de proximité se révèle un acteur clé de l'implantation du *Lean Healthcare*. Ce sont avant principalement son pouvoir décisionnel, sa connaissance du terrain et des acteurs et son appropriation de l'innovation qui soutiennent sa capacité de mobilisation des leviers managériaux. Il se retrouve ainsi en capacité de créer du sens en amenant les acteurs à percevoir ses intérêts. De même la capacité de mobilisation de ces leviers est soutenue par l'accompagnement managérial instauré, plus précisément le soutien du top management.

Nous achevons cette partie par l'application du principe d'intersubjectivité contradictoire en revenant sur les analyses menées afin de les valider par consensus avec les acteurs de l'organisation.

Suite aux résultats présentés, la quatrième et dernière partie de notre travail ouvre sur une discussion permettant de revenir au cadre théorique de notre recherche et d'y confronter les résultats obtenus.

Partie IV : Discussion

INTRODUCTION DE LA PARTIE IV

Tout au long du travail présenté, nous avons veillé à maintenir une cohérence entre la question de recherche énoncée, notre positionnement épistémologique et la méthodologie appliquée. Cette rigueur soutient la validité scientifique de la recherche menée.

Ce cheminement conduit à la production de connaissances ambitionnant de répondre à la problématique énoncée dans la première partie de ce travail. Grâce à une immersion prolongée au sein du terrain, nous avons pu identifier les leviers managériaux mobilisés lors des phases successives d'implantation de l'innovation managériale ainsi que leur influence sur son mécanisme d'adhésion. En effet, si l'innovation est centrée sur son adoption et sa diffusion (Rogers, 1962), au terme de notre recherche, il semble illusoire de parler d'adoption de l'innovation. Nous avons davantage évoqué le mécanisme d'adhésion, assimilée à une acceptation⁴¹, plus proche de la réalité observée. Les routines ne sont pas encore établies, c'est un nouveau mode de pensée qui a été initié qui doit maintenant vivre, se développer et être diffusé.

Au cours de cette dernière partie, nous revenons sur les résultats de nos investigations en les confrontant au cadre conceptuel exposé dans la première de ce travail et à l'origine de la problématique formulée. Cette démarche vise la proposition d'un modèle théorique répondant à la question de recherche et représentant la mobilisation des leviers managériaux favorisant le succès de l'innovation managériale (chapitre 10). Nous présentons ensuite un bilan du travail de recherche mené en évoquant ses apports, ses limites et ses perspectives ouvrant vers d'autres questionnements (chapitre 11).

⁴¹ Le Dictionnaire Larousse définit le terme adhérer comme « partager une idée, une opinion, les faire siennes ».

Chapitre 10. Discussion des résultats

INTRODUCTION DU CHAPITRE 10

Si la question de recherche et la proposition d'un cadre théorique ont émergé de la revue de littérature, nous nous sommes progressivement éloigné de la littérature afin de répondre à la problématique.

L'application du principe de contingence générique, spécifique à la recherche-intervention nous amène à revenir maintenant à la littérature afin d'appuyer le caractère générique des données recueillies et de favoriser ainsi la généralisation de la connaissance produite.

Au cours de ce chapitre, nous confrontons dans un premier temps les résultats de notre recherche au cadre conceptuel exposé dans la première partie de ce travail (cf. chapitre 4, section. 3) afin de proposer un modèle théorique contribuant à répondre à notre question de recherche (section 1). Nous abordons, dans un second temps, les facteurs modérant la mobilisation des leviers managériaux lors de l'implantation de l'innovation managériale (section 2).

Section 1. Des résultats confrontés au modèle conceptuel proposé

L'objet de cette section est de revenir au cadre conceptuel, exposé suite à la revue de littérature, et de le vérifier tout en le précisant suite aux investigations menées.

1.1. Revue du modèle théorique proposé

Suite à l'énoncé de la question de recherche, nous proposons un cadre conceptuel représentant l'influence des leviers managériaux au cours des étapes successives de l'innovation managériale que nous souhaitons vérifier (cf. chapitre 4, section 3).

Les résultats de notre recherche permettent de revenir à ce cadre conceptuel et de le préciser afin de proposer un modèle théorique répondant à la problématique énoncée. Pour cela, nous abordons successivement chacune des étapes du processus d'innovation managériale.

1.1.1. Les leviers managériaux de l'étape de décision

Au cours de la phase de décision, les investigations menées mettent en exergue la mobilisation de deux leviers managériaux par le manager de proximité (cf. figure 36) :

- La création de sens,
- La diffusion des connaissances.

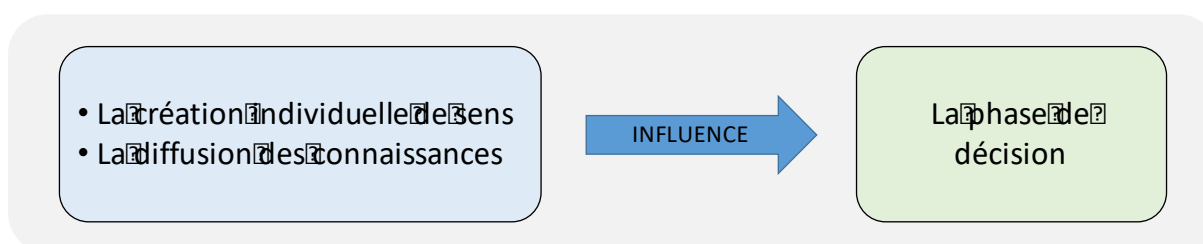


Figure 36. Les leviers managériaux et la phase de décision

Le manager de proximité défend l'intérêt de l'innovation managériale au regard des difficultés rencontrées par les professionnels. Ces leviers lui permettent de convaincre à la fois les acteurs-décideurs de l'intérêt de l'application du *Lean Healthcare*, mais également les professionnels d'appliquer la méthodologie *Lean* en intégrant le groupe de travail. Le leadership et l'agilité sont, quant à eux, peu mobilisés au cours de cette phase de décision.

Nous précisons les modalités de mobilisation de ces leviers en nous référant à la littérature.

La création de sens

Comme le souligne Alter (2015), le passage de l'invention à l'innovation réside dans son aptitude à trouver un sens au contexte. Au cours de nos investigations, nous identifions le processus de création de sens combinant une démarche de *sensemaking* puis de *sensegiving* tel que nous l'avons abordé au cours de la présentation du cadre théorique en référence aux travaux de Desmarais et Abord de Chatillon (2010).

Dans un premier temps, le manager de proximité construit le sens de l'innovation managériale, notamment lorsqu'il convainc de son intérêt. Nous retrouvons le *sensemaking* qui est « la manière dont les individus comprennent, interprètent et créent du sens à partir de l'information qu'ils reçoivent de l'extérieur. C'est le processus par lequel les individus construisent des explications qui permettent de donner du sens aux situations nouvelles » (Rouleau et Balogun, 2007, p. 143). Cette construction s'appuie sur une identification des difficultés rencontrées par les professionnels et la nécessité d'intervenir. Cette démarche soutient les travaux de Weick (1995) présentant l'identification d'une situation difficile comme porteuse de sens pour la remise en question de l'organisation actuelle. De plus, sa connaissance et son adhésion au *Lean* apparaissent comme essentiels lors de cette création de sens. Elles lui permettent de présenter les principes et les techniques de l'innovation se révélant comme des moyens de résoudre les difficultés.

Dans un second temps, il transmet ce sens et l'intérêt du *Lean* en s'adaptant au système de représentation de ses interlocuteurs, identifiable grâce à sa proximité du terrain et sa connaissance des acteurs. Nous retrouvons ici le *sensegiving*. À ce stade du processus d'innovation managériale, la création de sens reste individuelle en se conformant aux intérêts et systèmes de représentation de chacun.

Notre recherche soutient également les travaux de Weick (1995) relatifs à l'influence des expériences antérieures sur la création de sens. Face au discours du manager de proximité, les acteurs font régulièrement référence aux échecs des projets précédents n'ayant pas permis de résoudre les difficultés rencontrées. Ces expériences renforcent le scepticisme des acteurs et freinent leur adhésion à l'innovation managériale. Le manager tente de marquer une rupture avec les expériences antérieures en mettant en exergue les principes du *Lean Healthcare*.

La diffusion des connaissances

Au cours de l'étape de décision, la création de connaissances est initiée par le manager de proximité, à partir de son expérience, puis diffusée par son discours. A ce stade, elle reste tacite et correspond à un partage de son expérience et de ses compétences relatives à l'innovation. Comme le soulignent les travaux de Ring et Van de Ven (1994), la connaissance subit un changement cognitif et est modifiée suite à une interprétation par les récepteurs de l'information. Ainsi, les connaissances partagées par le manager de proximité peuvent soulever des incompréhensions et des critiques de la part des acteurs du fait d'une interprétation erronée suite à un discours très technique. Nous retrouvons l'importance de la pratique discursive abordée au cours de la revue de littérature.

Au terme de la phase de décision, malgré les réticences exprimées par les acteurs-décideurs et les professionnels de terrain, le manager de proximité parvient à les convaincre à s'engager dans l'application du *Lean Healthcare*. Il est à noter que l'adhésion à l'innovation managériale est partielle, portant principalement sur ses principes : l'approche pluridisciplinaire et l'opportunité de proposer des solutions.

Suite à la décision de déployer l'innovation, l'étape de mise en usage marque une évolution de la capacité de mobilisation des leviers managériaux.

1.1.2. Les leviers managériaux de l'étape de mise en usage

L'étape de mise en usage met en exergue la complétude du rôle du manager de proximité au cours de l'implantation de l'innovation managériale qui combine ses compétences managériales : son leadership et son agilité, à des pratiques managériales : la création de sens et la diffusion des connaissances (cf. figure 37).

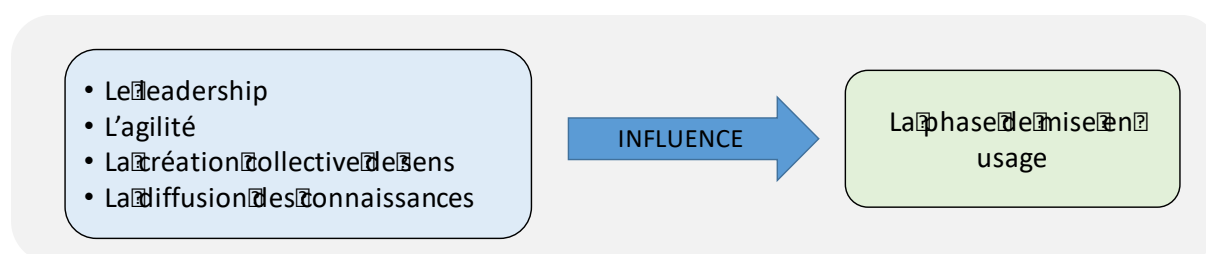


Figure 37. Les leviers managériaux et la phase de mise en usage

Au cours cette étape, grâce à son statut de chef de projet et à sa connaissance du terrain, le manager de proximité devient un leader capable d'anticiper et d'adapter l'innovation au contexte et aux acteurs. Son leadership et son agilité soutiennent sa capacité de mobilisation de la création de sens et de diffusion des connaissances. En effet, sa légitimité renforce la portée de son discours. Il est alors capable de transmettre l'intérêt de l'innovation et la connaissance associée. La création de sens est ici collective et permet une mobilisation des acteurs autour d'objectifs partagés.

Le leadership

Au cours de la phase de mise en usage, nous observons une évolution de la posture du manager de proximité qui devient progressivement un leader grâce à l'acquisition d'une légitimité et d'un pouvoir décisionnel. Il amène les participants du groupe de travail à appliquer les outils *Lean* en évoquant un objectif de résolution des difficultés organisationnelles tout au long du projet.

Concernant son style de leadership, nous retrouvons les caractéristiques du leadership intégré associé au secteur public présenté dans la revue de littérature. Il gère le projet dans sa planification, sa mise en œuvre et son évaluation, tout en favorisant ses relations avec le groupe de travail. Il sait reconnaître chacun des participants qu'il associe aux prises de décision et fait preuve d'équité en considérant de manière égale professionnels médicaux et professionnels soignants et en tenant compte des propositions de chacun. Il parvient ainsi à mettre en place une action collective.

En référence aux travaux de Foropon et Landry (2014), nous retrouvons l'importance de l'adhésion à l'innovation managériale du manager de proximité dans la construction d'un leadership associé à son déploiement. Dès la décision d'appliquer le *Lean Healthcare*, il se montre convaincu par son efficacité. De plus, lors de la revue de littérature, nous reprenons les travaux de ces auteurs soulignant le positionnement ambigu du manager de proximité lors de l'implantation d'une innovation managériale portée par la direction et appliquée par les opérationnels. Notre recherche permet ainsi de préciser cette position du manager de proximité qui représente le maillon intermédiaire traduisant l'intérêt de l'innovation au regard du système de représentation des acteurs et encourageant la mobilisation des opérationnels grâce à sa proximité. En effet, nos échanges avec le top management mettent en exergue une connaissance limitée, voire biaisée, des réalités du terrain et des intérêts des opérationnels. Sa capacité de mobilisation des acteurs se révèle limitée.

L'agilité

Au cours de la mise en usage, le manager de proximité réagit rapidement aux résistances des collaborateurs et peut même aller jusqu'à les anticiper lors de la préparation des réunions de travail, il prévoit les réactions identifiées à partir de ses relations interpersonnelles avec les professionnels. Il adapte ainsi le contenu des réunions et les outils prévus en tenant compte des éventuelles résistances. Tout au long de l'implantation du *Lean Healthcare*, il devient un interlocuteur privilégié au regard des interrogations portant sur l'innovation. Ces échanges lui permettent de percevoir le vécu des acteurs, mais également de capter les informations nécessaires à l'adaptation des activités en lien avec l'innovation. Ces résultats rejoignent les travaux de Houle *et al.* (2015) présentant l'agilité relative au *Lean* comme une ouverture aux idées nouvelles soutenant une adaptation permanente.

La création de sens

Au cours de la mise en usage, le *sensemaking* et le *sensegiving* deviennent collectifs. Le manager de proximité identifie un intérêt partagé à partir duquel il construit un sens commun. Malgré les intérêts divergents, les professionnels de santé s'accordent pour des intérêts en faveur du patient. C'est ainsi que se met en place une mobilisation collective dépassant le service d'appartenance et le domaine de compétences.

Notre recherche soutient les travaux de Lewin (1973) et Barrand (2017) abordés au cours de la revue de littérature relatifs à l'impact d'une définition d'objectifs partagés sur la performance. En effet, les réflexions du groupe de travail s'orientent en permanence sur les bénéfices de leurs propositions pour le patient. Cet objectif commun favorise l'action collective et les avancées du groupe de travail dans la recherche de solutions.

La diffusion des connaissances

Au cours de l'étape de mise en usage, le processus de création de connaissance, en référence au modèle SECI (Nonaka, 1991), est initié par le manager de proximité. Nous rejoignons les travaux de Houle *et al.* (2015) relatifs au processus de création de connaissances et de transfert des savoirs lors du déploiement de la démarche *Lean*. Le manager de proximité transmet et partage ses connaissances, mais contribue également à une co-construction des connaissances lors de l'adaptation de la méthode au contexte (e.g. lors de l'adaptation des outils). En s'appuyant sur ses interactions, le manager de proximité partage ses connaissances et son expérience qui sont ensuite combinées aux savoirs des autres acteurs. Ils construisent ainsi de nouvelles connaissances qui peuvent être progressivement

appropriées par les acteurs. Nous retrouvons ici les quatre étapes du modèle de création de connaissances, le SECI présenté par Nonaka (1991) : la socialisation, l'externalisation, la combinaison et l'internalisation.

Cependant, notre recherche met en exergue le périmètre limité d'influence du manager de proximité qui ne peut contribuer au processus de création de connaissance qu'à un niveau micro de l'organisation, son service d'activité. Des insuffisances relatives au modèle SECI émergent telles qu'elles sont soulevées par Tsoukas (2003) et Lièvre *et al.* (2016) qui évoquent l'insuffisance d'une relation directe entre l'individuel et le collectif. L'intervention d'autres acteurs, appartenant à d'autres services ou départements lors de la diffusion de l'innovation managériale à un niveau macro, souligne la nécessité de mettre en place des interactions complexes, s'appuyant sur des acteurs ou des étapes intermédiaires, et soutenant la transmission et le partage de connaissances.

La structure organisationnelle de l'hôpital, son cloisonnement et les relations interpersonnelles limitées freinent la transmission de la connaissance et la capacité d'apprentissage organisationnel. Nous retrouvons l'influence de la structure organisationnelle sur le processus de transfert de connaissance telle que le soulignent les travaux de Beaulieu et Kalika (2015).

Il est également à noter que la diffusion du *Lean Healthcare* s'appuie sur son adaptation au cours de la phase de mise en usage. L'innovation devient spécifique à son contexte et se définit au regard de cette adaptation (Alänge *et al.*, 1998).

1.1.3. Les leviers managériaux de l'étape de poursuite de l'usage

Lors de la poursuite de l'usage, la capacité de mobilisation des compétences managériales s'appuie sur la légitimité acquise lors de la mise en usage. Les améliorations consécutives à la mise en usage renforcent la légitimité du manager de proximité qui peut contribuer à la création de sens et à la diffusion des connaissances (cf. figure 38).

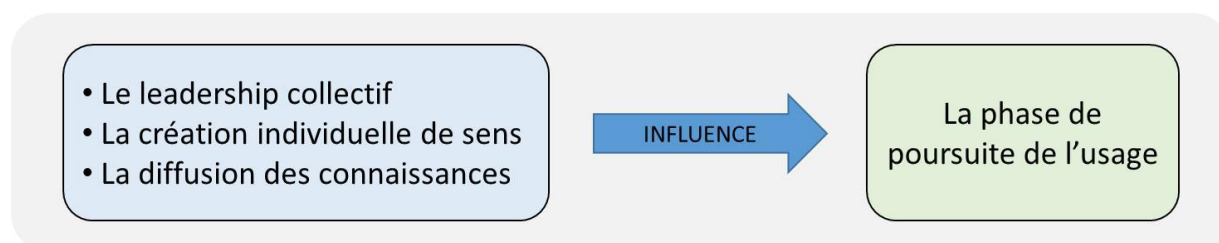


Figure 38. Les leviers managériaux et la phase de poursuite de l'usage

Le leadership

Lors de la poursuite de l'usage, le leadership du manager proximité est reconnu au sein de son service où il a su mettre en place une dynamique de changement vers des améliorations organisationnelles en tant que chef de projet. Cependant, son leadership dépasse difficilement les frontières de son service, de même que sa légitimité et son pouvoir décisionnel. Au regard de la structure de l'établissement hospitalier et de son cloisonnement, il semble nécessaire de mettre en place un leadership collectif (Tremblay, 2008) combinant l'expertise du manager de proximité à celle d'autres leaders issus d'autres catégories professionnelles tels que les médecins ou les managers de proximité d'autres services.

L'agilité

Lors de la poursuite de l'usage au niveau macro de l'organisation, l'agilité du manager de proximité est entravée par la structure organisationnelle de l'hôpital, son cloisonnement, son fonctionnement orienté service plutôt que client et une forte spécialisation. Barrant (2017) souligne la dépendance entre les relations interpersonnelles et l'agilité. Celle-ci est ainsi limitée par la faiblesse de ses relations interpersonnelles au sein d'une structure organisationnelle cloisonnée. De même, sa faible accessibilité aux informations clés relatives aux activités des autres services entrave sa capacité à anticiper et adapter les modalités de mise en usage de l'innovation au sein de ces services. L'agilité du manager de proximité est difficilement mobilisable au-delà de son service d'exercice.

La création de sens

Lors de la poursuite de l'usage, le manager de proximité poursuit le *sensemaking* et le *sensegiving* en construisant le sens et l'intérêt de l'innovation managériale en fonction du système de représentation de chacun de ses interlocuteurs et en communiquant ce sens. Au cours de cette phase, la création de sens redevient individuelle. Elle peut devenir collective si des mesures soutenant une communication collective conduites par le manager de proximité sont instaurées. Cependant, de telles mesures soulèvent une nouvelle fois la réflexion autour de l'existence de plusieurs sens à l'hôpital (Gheorghiu et Moatty, 2013) et la capacité à identifier un sens commun reconnu par l'ensemble des acteurs nécessaire à une communication collective.

La diffusion des connaissances

Notre recherche met en exergue l'impact de la réussite du déploiement du *Lean* à l'échelle d'un service comme facteur favorisant sa diffusion au niveau de l'organisation. Les améliorations organisationnelles obtenues encouragent les acteurs exerçant dans d'autres services à appliquer l'innovation managériale. La connaissance de l'innovation acquise par les acteurs du premier service doit être diffusée aux acteurs d'autres services. Une nouvelle fois, afin de dépasser le cloisonnement, des interactions intermédiaires doivent se mettre en place entre les acteurs du service ayant réussi l'implantation de l'innovation managériale et les autres professionnels de l'organisation.

De même, le déploiement du *Lean Healthcare* au sein d'un service de l'établissement a permis d'expérimenter l'innovation managériale et de l'adapter au contexte pour favoriser son adoption. Nous rejoignons ainsi les travaux de Tremblay (2008) sur la nécessaire expérimentation de l'innovation managériale. Le top management doit cependant soutenir l'approche expérimentale et accepter les éventuelles erreurs, ce qui ne fut pas toujours le cas lors de notre recherche. Si les dirigeants reconnaissaient l'importance de tester la démarche avant un déploiement général, ils exprimaient de fortes attentes amplifiant les exigences et l'obligation de résultats.

De plus, au terme de la mise en usage, le manager de proximité formalise le déroulement de l'implantation de l'innovation managériale en décrivant les étapes et les outils associés. Cette démarche contribue à une capitalisation de son expérience et favorise le processus de création de connaissances à l'ensemble de l'organisation. La connaissance tacite devient progressivement explicite. Elle est combinée aux savoirs des acteurs et pourra ensuite devenir une routine suite à l'appropriation de la méthode et des principes par les acteurs. Au terme de notre recherche, le processus de création de connaissance s'achève sur une interrogation sur le devenir de l'innovation managériale au sein de l'organisation et son adoption en tant que routine.

Enfin, suite à notre immersion prolongée, nous reconnaissons l'influence du temps sur le processus de transmission des savoirs et des connaissances et le rythme de diffusion de la connaissance, en référence au modèle de prédictibilité de Rogers (2003). L'initiation de l'innovation managériale est lente et ponctuée de discussions lors de la phase de décision. Puis, la mise en place du projet provoque une accélération de l'adhésion à l'innovation managériale. Enfin, au terme de la mise en usage, cette diffusion décélère avant une nouvelle progression supposée lors de son déploiement dans d'autres services.

Si nos investigations mettent en exergue les leviers managériaux mobilisés au cours des étapes successives du processus d'innovation, elle souligne également l'accompagnement managérial soutenant cette mobilisation.

1.1.4. L'accompagnement managérial

Au cours de notre recherche, l'accompagnement managérial apparaît comme déterminant pour la capacité de mobilisation des leviers managériaux.

Les investigations menées soulignent l'impact du statut de chef de projet du manager de proximité sur le succès de ses missions et son autonomie. En référence aux travaux de Dumas *et al.* (2012) présentés lors de la revue de littérature, notre recherche soutient la nécessité de mettre en place des mesures visant l'autonomie du manager de proximité et encourageant sa prise d'initiatives. L'autonomie émerge des modifications structurelles soutenant ses missions et des compétences relatives à l'innovation managériale. Ses compétences favorisent la création d'une relation de confiance marquée par une délégation du pouvoir de décision et l'instauration d'une collaboration entre la direction et le manager. Cette reconnaissance doit cependant s'inscrire dans une culture du droit à l'erreur afin de ne pas renforcer le niveau d'exigences lié à cette fonction.

L'accompagnement doit également considérer la mise à disposition des ressources nécessaires, qui sont principalement du temps. La direction du CHL reconnaît cette nécessité en permettant au manager de proximité de déléguer certaines activités de gestion de son service au profit d'un engagement dans le déploiement de l'innovation managériale.

Parmi les mesures d'accompagnement identifiées lors de la revue de littérature, notre recherche met en exergue la nécessité des mesures d'accompagnement suivantes :

- Au cours de la phase de décision : la formation du manager de proximité ;
- Lors de la mise en usage : le soutien et l'octroi d'un pouvoir décisionnel ;
- Lors de la poursuite de l'usage : des mesures soutenant les interactions du manager de proximité avec les professionnels exerçant au sein d'autres services (e.g. des interventions du manager de proximité au sein d'autres services afin de promouvoir l'intérêt de l'innovation managériale et d'accompagner sa mise en application).

La recherche menée conduit à la proposition d'un modèle théorique répondant à la problématique énoncée.

1.2. Proposition d'un modèle théorique

Suite aux résultats présentés, il est possible de proposer un modèle théorique présentant les leviers managériaux influençant chaque étape du processus d'innovation managériale.

Afin de construire ce modèle théorique, nous reprenons le cadre conceptuel élaboré suite à la revue de littérature et l'enrichissons suite aux investigations menées (cf. figure 39).

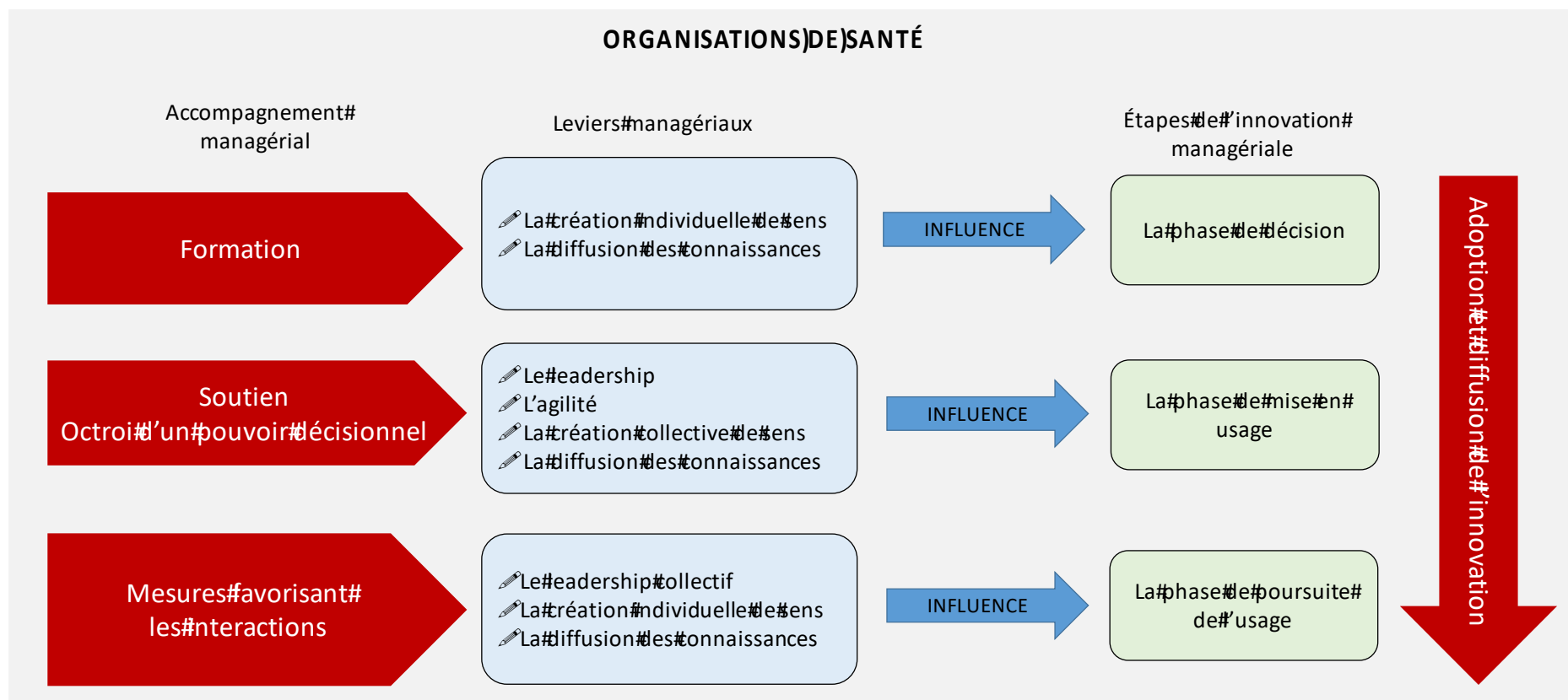


Figure 39. Modèle théorique proposé

Au cours de la phase de décision, ce sont essentiellement les pratiques managériales qui peuvent être mobilisées, soient la diffusion des connaissances et la création de sens. Le manager de proximité doit donc acquérir cette connaissance en amont, puis construire un sens se rapportant à l'innovation en adéquation avec le contexte.

Lors de la mise en usage de l'innovation, l'appui du top management et les mesures de soutien associées, telles que l'octroi d'un pouvoir décisionnel, permettent au manager de proximité de construire et mobiliser son leadership et son agilité et ainsi favoriser l'adhésion des acteurs au *Lean Healthcare*.

Au cours de la poursuite de l'usage, l'influence du manager de proximité est conditionnée par les résultats de la mise en usage de l'innovation. Un succès renforce la légitimité et la reconnaissance du manager de proximité en tant qu'expert ou référent de l'innovation managériale, et ainsi son leadership. Il est alors capable de diffuser les connaissances et de créer du sens.

Au cours de notre recherche, nous identifions le triple rôle du manager de proximité tel que décrit par Colin *et al.* (2011) et associé à l'implantation de l'innovation managériale : il conceptualise la méthodologie *Lean Healthcare* en l'adaptant au contexte, transmet les outils et applique les principes. De même, tout au long de la mise en œuvre du *Lean Healthcare*, le changement est accompagné par le travail de traduction et le leadership des managers (Pettigrew, 1990).

Au-delà de l'identification des leviers managériaux mobilisés, les investigations menées révèlent des facteurs modérant cette mobilisation.

Section 2. Les facteurs modérant la mobilisation des leviers managériaux

La validité externe de notre recherche implique une capacité de réplique de celle-ci. Cependant afin de reproduire notre démarche, il semble essentiel d'identifier les facteurs soutenant les résultats de notre recherche.

Nous proposons dans cette section de revenir sur les facteurs modérant les capacités de mobilisation des leviers managériaux identifiés au cours de notre recherche. Nous envisageons une approche multiniveaux en distinguant :

- Les facteurs environnementaux,
- Les facteurs organisationnels,
- Les facteurs intrinsèques au manager de proximité.

Nous pouvons ainsi déterminer les facteurs conditionnant l'habilitation du manager de proximité (cf. figure 40).

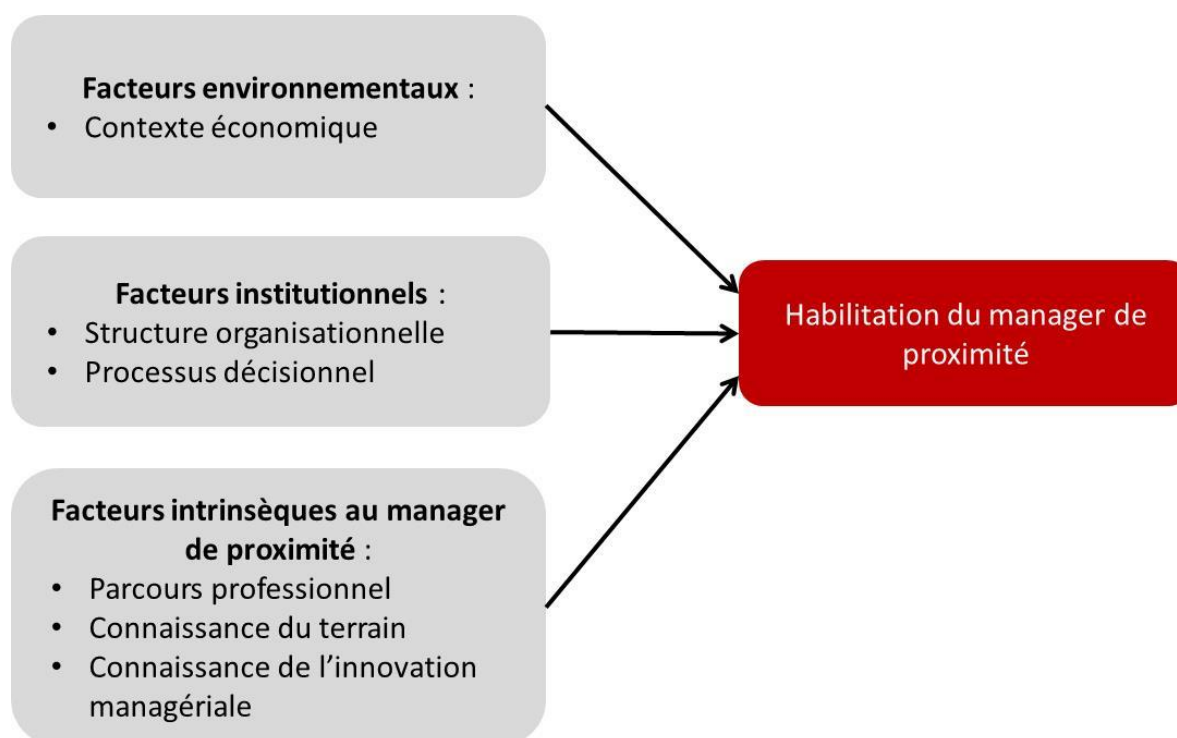


Figure 40. Les facteurs modérant l'habilitation du manager de proximité

2.1 Les facteurs environnementaux

Nous considérons ici les caractéristiques de l'environnement soutenant les résultats de notre recherche, soient le système de santé luxembourgeois et la situation économique favorable⁴² du Grand-Duché de Luxembourg. Le Grand-Duché de Luxembourg présente une attractivité professionnelle liée aux conditions de travail⁴³ et au niveau des salaires. Les salaires

⁴² <https://data.oecd.org/fr/gdp/produit-interieur-brut-pib.htm>

⁴³ <https://ec.europa.eu/eures/main.jsp>

luxembourgeois, largement supérieurs aux salaires français, belges et allemands⁴⁴, attirent une main d'œuvre originaire des pays limitrophes. A titre d'exemple, le salaire annuel moyen brut d'un infirmier s'élève à environ 65450 euros au Grand-Duché de Luxembourg contre 44500 euros en France⁴⁵.

Ces conditions peuvent-elles modifier le comportement des acteurs de l'organisation et limiter les phénomènes de résistance en lien avec le processus d'innovation ?

Les professionnels rencontrés évoquent régulièrement leurs conditions salariales avantageuses et se reconnaissent comme des privilégiés. Les travaux de Forest et Mageau (2008) portant sur la motivation et se référant à la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985) soulignent le caractère complexe et multidimensionnel de la motivation combinant une motivation autonome, laissant l'individu libre de ses choix, et une motivation contrôlée faisant intervenir des facteurs extérieurs. Parmi ceux-ci, nous retrouvons le salaire et les avantages sociaux comme des facteurs pouvant influencer le comportement des salariés agissant par recherche d'une récompense.

Si d'autres chercheurs (Gillet *et al.*, 2008) soulignent l'importance de la motivation autonome au regard de la motivation contrôlée, le salaire attractif luxembourgeois intervient dans la satisfaction et l'implication des salariés. Cet environnement favorable peut ainsi limiter les phénomènes de résistances et faciliter le rôle du manager de proximité.

Parallèlement à l'influence des facteurs environnementaux, il est nécessaire de considérer les facteurs organisationnels pouvant influencer le rôle managérial au cours du processus d'innovation.

2.2. Les facteurs organisationnels

Dès le début du processus d'innovation managériale et la phase de décision, une évolution structurelle de l'établissement hospitalier et une modification du mode de gouvernance se mettent en place, agissant sur la capacité de mobilisation des leviers managériaux du manager de proximité.

⁴⁴ https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2017-58-fr.

⁴⁵ <https://data.oecd.org/fr/earnwage/salaires-moyens.htm>

2.2.1 Une évolution structurelle

2.2.1.1. La réduction des strates hiérarchiques

Le cadre théorique de notre travail soulève les difficultés générées par la position intermédiaire du manager de proximité qui apparaît principalement comme un représentant de la direction ayant peu de pouvoir au regard des préoccupations des opérationnels. Au cours de notre immersion, nous retrouvons cette situation source de difficultés et de tensions entre le manager de proximité et ses subordonnés, lui reprochant son manque de prise de position en faveur de leurs intérêts.

Le manager de proximité reconnaît ces difficultés en les justifiant par les fortes contraintes et exigences imposées par son supérieur hiérarchique direct. La ligne hiérarchique réduit les zones d'incertitude entourant le manager de proximité et entrave sa capacité à mettre en place un mode de régulation, tel que le présente Reynaud (1988) (cf. chapitre 3, partie 1.2.2). Ses tentatives d'adaptation aux contraintes sont rapidement détectées par son supérieur hiérarchique direct, ce qui limite ses marges de manœuvre et renforce les tensions subies.

La décision d'implantation de l'innovation managériale et la nomination du manager en tant que chef de projet provoquent ensuite une redistribution des rôles et une modification de ses relations interpersonnelles. Ses interactions avec son supérieur hiérarchique direct s'effacent au profit d'une interaction directe avec la directrice des soins, modifiant ainsi la ligne hiérarchique et la structure initiale de l'organisation (cf. figure 41).

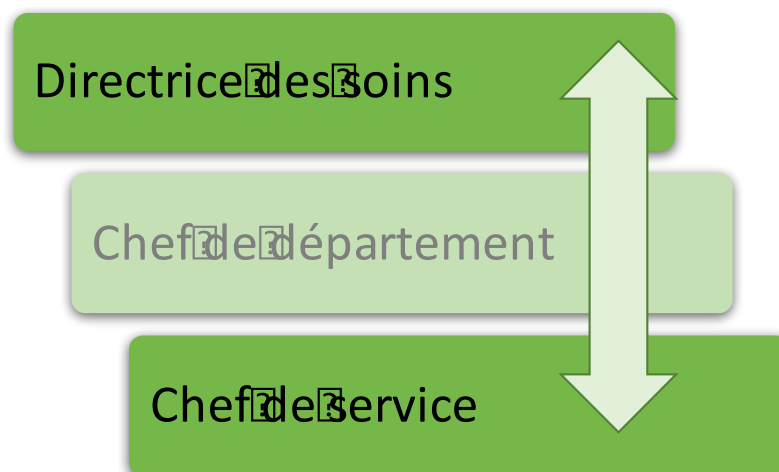


Figure 41. Une évolution de la ligne hiérarchique

Dès la diminution des strates hiérarchiques, le manager de proximité apparaît comme un réel intermédiaire entre le terrain et la direction, capable d'interagir directement avec le top

management. Il communique plus facilement les préoccupations du terrain et devient capable de faire un retour à son équipe. Cette position révèle un pouvoir décisionnel soutenant la mobilisation de son leadership et de son agilité.

Il est cependant à noter que cette évolution hiérarchique provoque des résistances de la part du supérieur hiérarchique direct qui, malgré des réticences exprimées, ne peut que s'incliner devant les injonctions du top management. De plus, ces résistances sont levées par des priorités internes et la préparation d'une certification JCI, éloignant le supérieur hiérarchique direct du déroulement du projet.

2.2.1.2. Une évolution du mode de gouvernance

Lors de la prise de connaissance du terrain, nous saisissons les difficultés liées à l'application d'un mode de gouvernance axé sur une collaboration médico-soignante qui se heurte aux intérêts divergents. La littérature présente l'application de cette collaboration comme un moyen de limiter le phénomène de communautés de pratiques en soutenant une logique médico-soignante plaçant le patient au centre des préoccupations (Grenier et Bernardini-Perinciolo, 2015).

Au cœur de cette logique, Grenier et Bernardini-Perinciolo (2015) soulignent le rôle central joué par les managers intermédiaires capables de comprendre et traduire les intérêts de chacun pour l'instauration d'une logique médico-économique. Cependant, lors de nos investigations, les managers intermédiaires perçoivent difficilement cette collaboration qui se résume à une formalisation d'objectifs partagés sans réelle mise en œuvre d'actions communes. Elle se révèle alors comme génératrice de contraintes amplifiant les exigences attenantes au manager de proximité. De plus, malgré la formalisation d'objectifs communs, les logiques professionnelles restent prévalentes générant des priorités et des intérêts divergents.

L'implantation de l'innovation managériale modifie les interactions entre les acteurs et favorise la collaboration médicale, soignante et administrative centrée sur des questions organisationnelles dépassant les divergences et partagées par l'ensemble des catégories professionnelles. Le manager de proximité se présente alors comme un expert de l'innovation managériale se positionnant aux frontières institutionnelles. Son expertise favorise ses interactions avec les acteurs intervenant au cours du processus de chimiothérapie ambulatoire et provoque une évolution structurelle avec l'émergence d'une nouvelle gouvernance relative à l'organisation de la prise en charge des patients en chimiothérapie ambulatoire. Cette nouvelle gouvernance soutient la mobilisation des leviers managériaux.

Le manager de proximité reconnaît les améliorations relationnelles induites par cette évolution structurelle. Il devient un interlocuteur privilégié de la direction mais également de l'ensemble des acteurs sur toutes les questions relatives à l'innovation managériale. Son nouveau statut lui permet ainsi d'accéder à une légitimité soutenant la crédibilité de son discours et sa capacité à mobiliser les acteurs.

Le rôle du manager de proximité est soutenu par une évolution du pouvoir décisionnel.

2.2.2. Le pouvoir décisionnel du manager de proximité

Raelin (2016) souligne l'incohérence entre le manque de pouvoir et de légitimité du manager de proximité et ses missions relatives à la conduite du changement de manière collective et collaborative. Au cours de leurs travaux, Vallejo *et al.* (2015) soulignent les résistances induites par le gap entre un pouvoir décisionnel attribué au sommet de la pyramide hiérarchique et une délégation des activités (Vallejo *et al.*, 2015). Les auteurs reprennent les travaux de Cohen *et al.* (1972) portant sur le concept d'anarchies organisées soulignant l'irrationalité des décisions éloignées du terrain et des solutions inappropriées aux problèmes.

Nos investigations mettent en exergue l'impact sur les résistances d'une délégation du pouvoir décisionnel qui se rapproche du terrain et des activités. Cette évolution du pouvoir permet la mobilisation des compétences du manager de proximité et renforce son leadership et son agilité.

Ces conditions appuyant le rôle du manager sont à mettre en relation avec ses caractéristiques personnelles.

2.3. Les facteurs intrinsèques au manager de proximité

Lors de notre choix du terrain de recherche, nous nous sommes orienté vers un établissement présentant des conditions favorables à l'application du *Lean Healthcare* et engagé dans une démarche de résolution de ses dysfonctionnements.

Cependant, le choix de notre objet d'étude, le manager de proximité, s'est imposé à nous. Nous n'avons pas considéré en amont ses caractéristiques intrinsèques qui sont apparues au fur et à mesure de nos investigations comme un facteur pouvant influencer sa capacité de mobilisation des leviers managériaux.

Nous explorons ici des caractéristiques relatives au manager, observées lors de notre recherche :

- Son parcours professionnel,
- Sa connaissance du terrain et des acteurs,
- Sa connaissance et son adhésion à l'innovation managériale.

2.3.1. Son parcours professionnel

Le manager de notre recherche présente un parcours professionnel qui en fait sa singularité. Son expérience professionnelle en oncologie lui confère une expertise relative au processus de prise en charge du patient en chimiothérapie ambulatoire. De plus, avant sa prise de fonction en tant que manager de proximité, il exerçait pendant huit ans la fonction de manager de proximité au sein d'un établissement hospitalier du Grand-Duché de Luxembourg, de plus petite taille (200 lits d'hospitalisation) promouvant la transversalité de ses activités. Cet établissement a ensuite été inclus dans la fusion de plusieurs établissements induisant une restructuration et des changements organisationnels provoquant le départ du manager de proximité de notre recherche. Celui-ci a ensuite intégré le CHL, imprégné de la culture de son établissement d'origine présentant une « *ambiance familiale où tout le monde se connaît* » (Manager de proximité, UTC).

Au cours de cette expérience antérieure, il a acquis des connaissances en *Lean* en participant à une formation dispensée à l'ensemble des managers de son établissement d'origine. S'il n'a pas eu l'occasion de mettre à profit ses compétences, il se montre convaincu de son efficacité et aborde de manière positive son application au CHL. Cette connaissance de la méthodologie :

- Renforce sa légitimité et son potentiel à devenir un leader ;
- Soutient son agilité par sa capacité à adapter les modalités d'implantation de l'innovation managériale par une anticipation des réactions et une gestion des incertitudes ;
- Supporte la création de sens par une identification des intérêts de l'innovation managériale ;
- Favorise la diffusion des connaissances par un partage et une transmission de son expérience.

Le parcours professionnel du manager de proximité a contribué à son héritage culturel axé sur la collaboration et lui a permis l'acquisition de compétences en lien avec l'innovation

managériale. Ce parcours conditionne ainsi sa capacité de mobilisation des leviers managériaux.

En complément de son expérience professionnelle antérieure, la connaissance du terrain et des acteurs se révèle comme un facteur modérant son influence sur l'adhésion à l'innovation.

2.3.2. Une connaissance du terrain et des acteurs

Malgré une présence limitée sur le terrain, le manager de proximité est régulièrement sollicité par les professionnels, exerçant au sein de l'UTC, l'informant des réalités et des préoccupations du terrain. Les travaux de Balogun (2004) relatifs à l'influence du manager de proximité sur le *sensemaking* sont retrouvés dans la lecture des résultats de notre recherche. En effet, la connaissance du terrain soutient la création de sens et permet d'adapter le discours au système de représentation des acteurs en associant les intérêts de l'innovation managériale à leurs préoccupations pragmatiques et prioritaires. De même, grâce à cette connaissance, le manager peut mobiliser une agilité par une anticipation des réactions des acteurs et une adaptation des modalités de déploiement du *Lean Healthcare*.

Les évolutions structurelles et les facteurs intrinsèques du manager de proximité soutiennent sa capacité à agir.

2.4. L'habilitation du manager de proximité

Au regard de l'évolution de la fonction managériale associée aux modifications structurelles, nous constatons une émergence de la capacité à agir du manager de proximité. Le Bossé (2003) décrit le concept d'habilitation à partir de son origine étymologique latine *abilitare* qui signifie rendre apte. L'auteur souligne le lien entre l'habilitation et les évolutions contextuelles associées.

Notre recherche met en exergue ce lien. Nous assistons à une habilitation du manager qui est alors en capacité à agir, fait nouveau pour cet acteur. Nous reconnaissons les évolutions contextuelles comme un facteur indispensable de sa capacité à agir et à conduire l'implantation de l'innovation managériale. Ces évolutions ont ainsi soutenu la capacité de mobilisation des leviers managériaux.

L'habilitation du manager de proximité est favorisée par les évolutions contextuelles et les mesures d'accompagnement managérial instaurées, notamment le soutien et l'octroi d'un

pouvoir décisionnel. Le manager de proximité reconnaît l'influence de ces mesures et des encouragements de la direction sur l'accession à une légitimité et la capacité à déployer son leadership. Il est à noter qu'une période de transition est nécessaire au manager afin de s'approprier ce nouveau rôle et d'intégrer cette légitimité. De la même façon, les acteurs doivent reconnaître les nouvelles missions du manager avant de le percevoir comme un leader.

Cette habilitation permet ainsi au manager de proximité de devenir un représentant de l'innovation managériale capable d'influencer son adoption.

CONCLUSION CHAPITRE 10

Ce chapitre permet de revenir sur les résultats de notre recherche en les confrontant à la revue de littérature pour proposer un modèle théorique répondant à la question de recherche énoncée. La capacité de mobilisation des leviers managériaux et leur influence sur l'adhésion à l'innovation managériale évoluent au cours des étapes successives du processus d'innovation. Cependant, le rôle managérial s'inscrit dans la présence de facteurs environnementaux, organisationnels et intrinsèques au manager conditionnant son habilitation et ainsi son influence. De plus, les mesures de soutien appliquées par le top management se révèlent fortement contributives de la capacité de mobilisation des leviers managériaux.

Afin de clôturer notre recherche, nous dressons, dans un dernier chapitre, le bilan du travail mené.

Chapitre 11. Apports, limites et perspectives

INTRODUCTION DU CHAPITRE 11

Tout au long de notre recherche, nous avons veillé à maintenir une cohérence entre la problématique et nos choix méthodologiques dans un objectif précis : répondre à la question de recherche énoncée. Notre ambition était d'enrichir l'état de l'art actuel portant sur le rôle managérial lors de l'implantation d'une innovation managériale par une précision des leviers managériaux associés. Nous souhaitons dès lors poser un regard critique sur ces travaux et leurs résultats.

Pour cela, nous exposons dans ce dernier chapitre, les apports de la recherche menée en précisant ses apports théoriques, managériaux et méthodologiques (section 1). Nous présentons ensuite ses limites (section 2) puis les perspectives de recherche (section 3).

Section 1. Les apports de la recherche

Au terme du travail réalisé, nous souhaitons mettre en exergue :

- Les apports théoriques issus de notre recherche,
- Les apports managériaux,
- Les apports méthodologiques.

1.1. Les apports théoriques

1.1.1. Contributions sur le rôle managérial dans un contexte d'innovation managériale au sein des organisations de santé

Une des contributions principales de notre recherche porte sur l'influence du manager de proximité, sur le processus d'innovation managériale, qui se positionne comme un acteur intermédiaire facilitant la perception d'un intérêt par les acteurs et encourageant leur adhésion. Notre recherche rejoint et précise les travaux de Dubouloz (2013) identifiant le manager de proximité comme l'un des acteurs clés de l'implantation de l'innovation managériale. Le manager de proximité construit le sens de l'innovation managériale à partir de son adaptation au contexte et aux acteurs. Par sa connaissance du contexte et des acteurs, il représente l'acteur le plus à même d'adapter l'innovation. Il intervient dans la conception et la transmission de l'innovation. C'est ainsi qu'il devient un acteur clé de la création de sens tel que le présente Dubouloz (2013).

De même, par la diversité de ses relations interpersonnelles au sein de la bureaucratie professionnelle constituée par l'hôpital, il se positionne à la fois comme un intermédiaire vertical mais également un intermédiaire transversal (cf. figure 42).

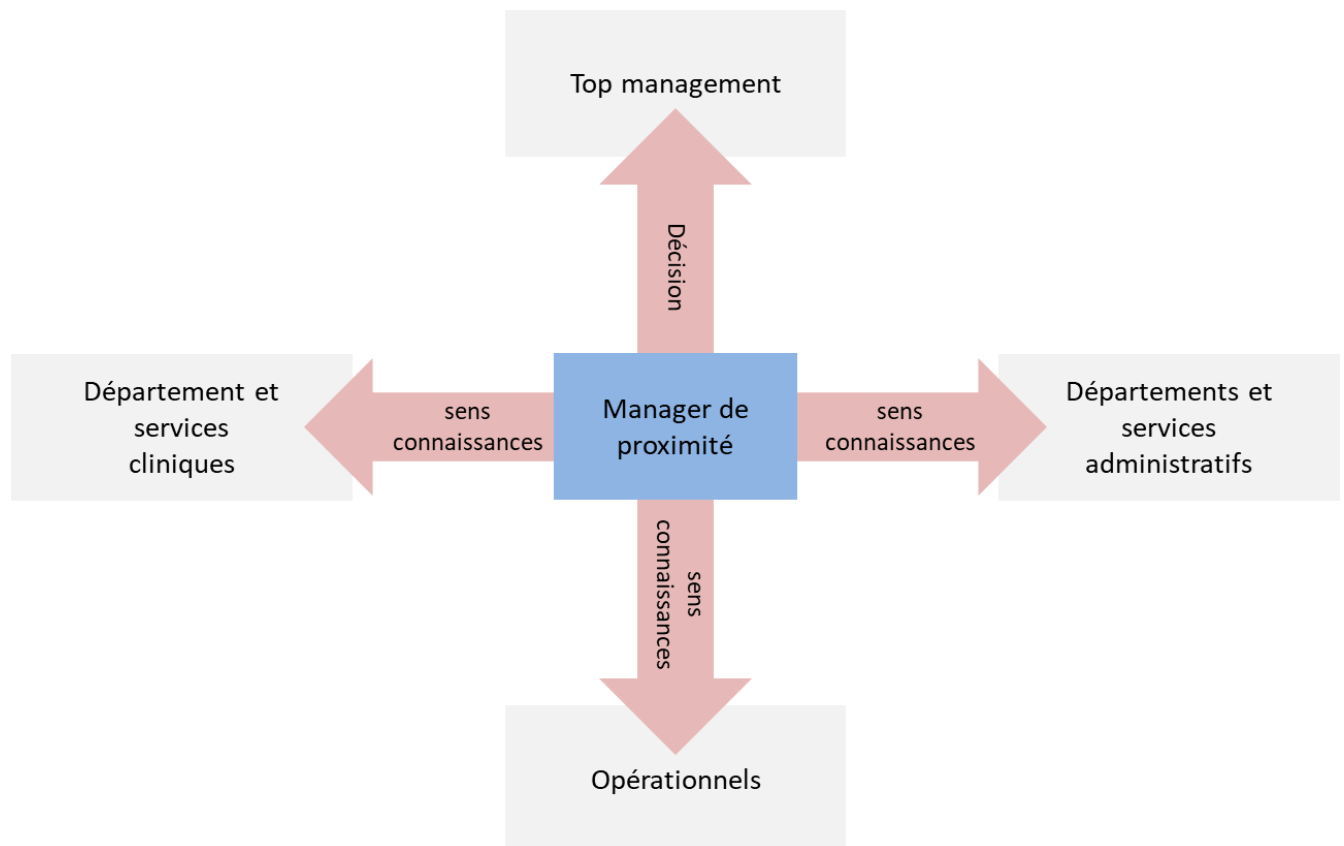


Figure 42. La position intermédiaire du manager de proximité au sein des hôpitaux dans un contexte d'innovation managériale

Il représente ainsi un vecteur du sens et des connaissances associés à l'innovation managériale.

Nous revenons ainsi aux barrières internes de l'innovation managériale présentées par Dubouloz (2013). Des missions, portant sur l'implantation de l'innovation managériale, attribuées au manager de proximité associées à un pouvoir décisionnel permettent de lever :

- Les résistances au changement : le manager de proximité représente un acteur clé dans l'accompagnement du changement associé à l'innovation grâce à sa connaissance du terrain. En référence aux travaux de Merdinger-Rumpler et Nobre, (2011) portant sur l'apprentissage associé au processus de changement, le manager intervient dans la déconstruction puis la reconstruction d'un sens en lien avec les étapes successives de l'innovation. Lors de la phase de décision, il peut amener les

acteurs à reconnaître la nécessité de changer. Puis lors de la mise en usage, il favorise l'adhésion des acteurs en adaptant l'innovation ;

- Le manque de temps : le top management doit allouer les ressources nécessaires au manager de proximité, notamment par une délégation des activités de gestion aux opérationnels par une démarche de responsabilisation des professionnels soignants au cours de la mise en usage et de la poursuite de l'usage ;
- Le management : par sa proximité avec le terrain, le manager de proximité peut lever les barrières induites par un manque de proximité du management ;
- Le manque de qualification : par une acquisition des compétences en lien avec l'innovation managériale, le manager peut devenir un référent de l'innovation et transmettre son savoir ;
- La centralisation des décisions : si un pouvoir décisionnel relatif à l'implantation de l'innovation est octroyé au manager de proximité.

La mise en exergue de l'importance du rôle du manager de proximité sur le processus d'innovation managériale soulève une réflexion sur la gestion des ressources humaines et le choix du manager.

D'après Hohmann (2012, p. 70), « les pratiques occidentales sont plutôt d'importer les dirigeants et les managers », de rechercher et d'attirer des talents. Alors que les pratiques japonaises privilégient la « progression à l'ancienneté en passant par de nombreux services de l'entreprise ou entités du groupe et leurs différents niveaux hiérarchiques » permettant la connaissance de l'ensemble des métiers et de comprendre les réalités du terrain. Le manager de proximité de notre recherche se situe à la jonction de ces deux pratiques. En effet, il a acquis une expertise clinique et organisationnelle du processus de chimiothérapie ambulatoire lors de son parcours professionnel qu'il est capable de transposer au sein d'une nouvelle organisation. En effet, il se montre capable de construire des relations interpersonnelles avec les acteurs appartenant à d'autres catégories professionnelles. Notre recherche souligne l'intérêt de considérer à la fois les talents externes à l'organisation pouvant apporter une richesse culturelle et des compétences techniques, mais également les talents internes possédant des connaissances du terrain, des acteurs et des activités.

1.1.2. Contributions sur la capacité d'innovation des organisations de santé

La revue de littérature révèle la capacité d'innovation d'une organisation à partir de l'aptitude du processus de création et de circulation de la connaissance au sein de cette organisation (Nonaka, 1991).

En référence aux travaux de Koenig (2015) et Garvin (1993) portant sur les organisations apprenantes, nous ne pouvons qualifier l'hôpital d'organisation apprenante. En effet, le faible niveau d'interactions sociales limite le transfert de connaissances et la modification des comportements.

L'influence du manager de proximité se révèle limitée au regard de la structure et le cloisonnement des hôpitaux. La relation entre l'individuel et le collectif devient insuffisante face à la complexité des hôpitaux. Afin de soutenir le processus d'apprentissage organisationnel qui agit de manière rétroactive sur le processus d'innovation (Nonaka, 1991), notre recherche souligne la nécessité d'instaurer une architecture cognitive de la connaissance au sein des hôpitaux comprenant :

- Une co-construction de la connaissance intégrant la pluralité des sens dans la démarche de *sensemaking* et *sensegiving* ;
- L'enregistrement de la connaissance,
- La transmission par la mise en place d'interactions complexes comprenant des étapes et des acteurs intermédiaires
- La reconstitution de la connaissance à partir de son appropriation.

En nous référant aux travaux de Helfer *et al.* (2006), il nous semble indispensable de privilégier les activités liées à la gestion des ressources humaines favorisant la transmission des savoirs et compétences telles que l'organisation de formations conduites par les experts de l'innovation managériale.

1.1.3. Contributions sur l'adaptation d'une innovation managériale

L'innovation doit être traduite pour s'adapter à un contexte (Akrich *et al.*, 1988). Nous abordons ici l'adaptation du *Lean Healthcare* tout au long de son déploiement et précisons ses adaptations en lien avec les contraintes identifiées.

1.1.3.1. Une adaptation en vue d'une adoption

La diffusion de l'innovation managériale telle que nous l'avons observée repose sur son adaptation lui permettant :

- De s'insérer au sein d'une structure organisationnelle,
- D'être acceptée par les acteurs.

Sur initiative de différents acteurs tels que la directrice des soins ou le manager de proximité, le *Lean Healthcare* a été ajusté afin de favoriser sa compréhension, son acceptation et son adhésion. Comme nous l'avons abordé lors de la présentation du cadre théorique de la recherche, le *Lean* combine des dimensions techniques, humaines et managériales.

Face à cette nécessité d'adapter l'innovation, notre recherche souligne l'importance de définir des limites à l'adaptation. Dans le cas de notre recherche, nous avons abordé l'innovation managériale avant tout comme l'application de nouveaux principes et de nouveaux modes de collaboration (Liker, 2004). Si la composante technique, la méthodologie et les outils ont été adaptés afin de favoriser leur compréhension et leur acceptation, nous avons veillé à préserver les composantes humaines et managériales, ainsi que la philosophie du *Lean Healthcare*. Cette adaptation technique est apparue comme indispensable pour obtenir l'adhésion et la participation des acteurs.

Le *Lean Healthcare* s'est principalement orienté vers une valorisation des compétences de terrain et l'application d'une approche pluridisciplinaire de résolution de problèmes. Nous avons porté une attention au respect de ses principes tout au long de son implantation s'inscrivant comme les moyens de développer la dynamique collaborative dans la recherche de solutions et l'amélioration organisationnelle.

1.1.3.2. Une adaptation pour une construction de sens

L'objectif de l'adaptation de l'innovation est d'accompagner le mécanisme d'appropriation de l'innovation par les acteurs afin qu'elle puisse progressivement devenir une routine. Son appropriation s'appuie sur la reconnaissance d'un intérêt construit à partir de la nécessité de changer, et ainsi sur le sens de l'innovation.

La question du sens a émergé en amont de notre immersion pour se préciser tout au long du processus d'innovation. En effet, notre intervention, et plus précisément l'implantation du *Lean Healthcare*, est justifiée par une volonté des dirigeants de résoudre des difficultés organisationnelles. Dès le début de notre immersion, nous amenons les acteurs de l'organisation à reconnaître ces difficultés et à construire un sens en lien avec la nécessité de mettre en œuvre l'innovation managériale.

Cependant, nos investigations révèlent les difficultés liées à la création collective de sens. En effet, comme le soulignent Gheorghiu et Moatty (2013), la diversité des acteurs au sein des hôpitaux conduit à l'existence de plusieurs sens. Face à la pluralité d'acteurs et afin de lever

le cloisonnement, il convient d'identifier un intérêt fédérant les professionnels concernés par l'innovation managériale et contribuant à la création collective de sens. Au sein des organisations de santé, la considération pour les intérêts du patient et son mieux-être permet de fédérer l'ensemble des acteurs. Ce sens collectif contribue à la définition d'objectifs partagés soutenant l'obtention de consensus. Cet objectif doit constamment être rappelé afin de recentrer les échanges et de maintenir une dynamique d'avancement.

Si ce sens commun a supporté une dynamique collective, une création individuelle de sens tenant compte des priorités de chacun, s'est également révélée indispensable tout au long du processus d'innovation.

L'adaptation d'une innovation managériale au sein des organisations de santé doit intégrer la construction d'une création de sens et l'alternance entre création collective de sens et création individuelle de sens.

1.1.3.3. Une adaptation pour lever les obstacles

L'implantation de l'innovation managériale se heurte à des obstacles nécessitant une adaptation continue. Au cours de notre recherche, l'un des principaux obstacles rencontrés fut la participation fluctuante des acteurs traduite par un manque de disponibilité et nécessitant un ajustement régulier du calendrier des réunions de travail. Cette observation renvoie à la théorie de l'anarchie organisée (Vallejo *et al.*, 2015, p. 3) et à ses trois caractéristiques :

- L'incertitude des préférences correspondant à un fonctionnement guidé par les préférences de chaque catégorie d'acteurs et la difficulté d'émergence d'objectifs partagés pour l'organisation ;
- Une technologie floue, soit des procédures peu appliquées rendant difficile l'évaluation des résultats ;
- Une participation fluctuante des membres du processus de décision.

Vallejo *et al.* (2015) justifient la participation fluctuante, par la priorité des activités cliniques et le manque d'impact et de résultats d'un engagement et d'une implication dans les activités de gouvernance et de coordination.

Ces priorités restent difficilement discutables, il est alors nécessaire d'intégrer ce manque de disponibilité au mécanisme de diffusion de l'innovation et de valoriser l'impact d'une participation au projet et aux réunions de travail.

Au cours de notre recherche, l'impact est clairement établi dans la capacité à proposer des solutions d'amélioration qui sont ensuite discutées avec la direction. Le pouvoir décisionnel

conféré aux acteurs lors de l'implantation du *Lean Healthcare* favorise l'implication et la participation tout au long du projet.

Ce chapitre portant sur les discussions soulevées suite aux résultats de notre recherche permet également de revenir sur les spécificités de l'innovation managériale appliquée lors de notre recherche.

1.1.4. Contributions sur le *Lean Healthcare*

Notre recherche met en exergue les effets du *Lean* sur la santé, mais également sur l'organisation. Ils doivent être mis en regard des objectifs assignés à la volonté de l'implanter. Ainsi des objectifs de réduction des coûts ou des objectifs de résolution des difficultés organisationnelles par une approche collaborative n'auront pas les mêmes effets.

1.1.4.1. Les effets du *Lean* sur la santé

Au cours de leurs travaux, Bouville et Schmidt (2014, p. 21) mettent en exergue le lien entre les pratiques organisationnelles associées au *Lean* (« forte contrainte temporelle, faible autonomie procédurale restreinte, management de la qualité ») et une dégradation de la satisfaction au travail. De même, « la forte contrainte temporelle ainsi que l'autonomie procédurale restreinte dégradent la santé au travail des salariés ». Les auteurs présentent la convergence de leurs résultats avec de précédents travaux (Jackson et Martin, 1996 ; Jackson et Mullarkey, 2000 ; Lewchuk et Robertson, 1996) et recommandent de poursuivre ces travaux face à un déploiement du *Lean* dans le secteur des services.

Pour Montreuil (2014), ce sont davantage les conditions de déploiement du *Lean* et son application en tant que moyen d'augmenter la productivité qui sont à l'origine des risques psychosociaux. Le *Lean* peut viser à une intensification du travail associée à une perte de sens. Afin de limiter ces risques, elle préconise la mise en place d'un accompagnement au changement visant une transposition de la méthode au contexte.

Dans le cadre de notre recherche, ces effets du *Lean* sur la santé n'ont pas été retrouvés. L'application du *Lean* n'a pas visé une intensification du travail mais une meilleure utilisation et une redistribution des ressources, et non leur suppression. Le rôle du manager de proximité et des professionnels de terrain a évolué, ils sont devenus des acteurs responsables de l'organisation des activités.

1.1.4.2. Les effets du *Lean* sur l'organisation

Le *Lean* impacte l'ensemble de l'organisation, il modifie son fonctionnement, ses relations interpersonnelles et le processus de décision, s'orientant ainsi vers une approche collaborative soutenant une culture de résolution de problème immédiate s'opposant au cloisonnement des organisations de santé. Une organisation *Lean* favorise les pratiques collaboratives et décloisonne (Hohmann, 2012). Une coopération se constitue sous l'angle de la coordination cherchant à dépasser les intérêts divergents des exécutants. C'est un nouveau mode de pensée insufflé par la direction qui doit intégrer le *Lean* à la stratégie définie sur le long terme afin de pouvoir le déployer à tous les niveaux de l'organisation en diffusant cette nouvelle culture.

Dans le cadre de notre recherche, les ajustements portant sur le processus de prise en charge en chimiothérapie ambulatoire ont soulevé une réflexion sur la délégation des tâches entre médecins et infirmiers dans l'objectif d'un ajustement mutuel. Le *Lean Healthcare* favorise ainsi les relations de confiance. En effet, « la délégation est fondée sur des relations de confiance, établies dans le temps, et rendue possible par des relations de coopération antérieures » (Gheorghiu et Moatty, 2012, p. 152). Les tensions perceptibles lors de notre prise de connaissance du contexte s'effacent progressivement.

Le *Lean Healthcare* favorise l'instauration d'une organisation apprenante (Hohmann (2012). Il favorise les pratiques permettant de lever les obstacles à l'apprentissage organisationnel telles que la création d'une vision partagée et l'apprentissage en équipe (Senge, 2006). Le *Lean* favorise une connaissance émergente du terrain qui devient une source d'informations influençant la prise de décision.

1.2. Les apports managériaux

Si le rôle du manager de proximité ne peut expliquer, à lui seul, le succès d'une innovation managériale, il apparaît comme un contributeur à l'identification d'un intérêt pour les professionnels du terrain, à sa diffusion et à son adoption. Dans ce sens, notre recherche met en exergue :

- Les modalités de mobilisation des leviers managériaux par le manager de proximité ;
- Les mesures d'accompagnement du manager de proximité requises.

1.2.1. Les modalités de mobilisation des leviers managériaux par le manager de proximité

Afin de mobiliser efficacement les leviers managériaux favorisant le succès de l'innovation managériale, le manager de proximité doit :

- Identifier les leviers managériaux influençant l'adhésion des acteurs ;
- Comprendre les modalités de construction de ces leviers ;
- Adapter les leviers aux étapes successives du processus d'innovation managériale.

Les modalités de construction des leviers managériaux

Notre recherche souligne la nécessité d'une période de construction des leviers managériaux en amont du processus d'innovation managériale. Il est recommandé au manager d'acquérir les compétences techniques et sociales en lien avec l'innovation managériale afin de devenir un référent et un vecteur de l'innovation. Il est indispensable qu'il adhère à cette innovation afin de se l'approprier. En se positionnant en tant qu'expert, il devient crédible et légitime face aux acteurs de l'organisation. L'acquisition des compétences liées à l'innovation managériale lui permet ensuite de transmettre son intérêt aux acteurs.

Hohmann (2012, p. 50) présente la méthode d'observation sur le terrain comme un des principes du *Lean* qui doit être structuré et conduire à une réflexion sur l'organisation des tâches, leur combinaison et leur valeur. Le manager de proximité doit développer sa connaissance du terrain et des acteurs lors de sa présence prolongée sur le terrain en cultivant ses interactions avec l'ensemble des acteurs. Cette connaissance lui permet d'appréhender le système de représentation des acteurs.

En combinant connaissance de l'innovation et connaissance du terrain, il devient un interlocuteur privilégié capable de reconnaître les informations clés et d'anticiper les réactions en envisageant différents scénarios possibles, c'est-à-dire les conséquences des décisions envisagées. L'agilité s'appuie sur une maîtrise de la complexité de l'organisation et de son environnement. La création de sens se construit à partir de la combinaison de la connaissance de l'innovation, du terrain et de ses acteurs autour d'une adéquation entre eux.

Une fois les leviers construits, il peut alors les mobiliser en fonction de l'étape du processus de l'innovation.

La chronologie de mobilisation des leviers

Lors de l'accompagnement de l'implantation d'une innovation managériale, le manager de proximité doit identifier l'étape de processus d'innovation afin d'adapter son management et les leviers associés.

Dès la phase de décision, il doit mettre en œuvre le *sensemaking*, en construisant un sens à l'innovation à partir d'une situation actuelle. Il s'appuie sur ses connaissances de l'innovation et du terrain et ses compétences en lien avec l'innovation, et les associe ensuite au contexte. Il est alors en mesure de diffuser ce sens à partir de ses interactions, c'est le *sensegiving*.

La phase de mise en usage nécessite un investissement important de la part du manager de proximité. Son intervention influence l'adhésion des acteurs et conditionne la poursuite de l'usage.

Lors de la poursuite de l'usage, le manager de proximité doit privilégier ses interactions afin de dépasser son périmètre de légitimité. Il doit s'insérer dans un réseau d'alliés trouvant une légitimité à un niveau organisationnel.

La mobilisation des leviers managériaux s'appuie sur l'instauration d'un accompagnement managérial.

1.2.2. L'instauration de conditions favorables par le top management

Notre recherche met en exergue l'importance du rôle du top management lors du processus d'innovation managériale. Il intervient dans la mise en place des mesures soutenant la capacité de mobilisation des leviers managériaux. Cet accompagnement doit permettre au manager de maîtriser la technicité et la philosophie associées à l'innovation et à les transmettre.

Nous identifions les pratiques de responsabilisation et de soutien suivantes :

- La formation : la direction doit faciliter l'accès aux formations relatives à l'innovation managériale et aux échanges avec des experts externes. Le manager doit être encouragé à apprendre et à évoluer ;
- La délégation du pouvoir de décision concernant l'innovation managériale en y associant la confiance favorisant l'autonomie du manager et la prise d'initiatives ;
- La mise à disposition des ressources nécessaires, notamment le temps. Il s'agit du temps permettant l'acquisition des compétences et du temps nécessaire à la diffusion de l'innovation managériale. Pour cela, le manager doit pouvoir déléguer ses activités

de gestion quotidiennes du service pour se consacrer à l'innovation. De plus, le temps dédié à la poursuite de l'usage doit intégrer les spécificités organisationnelles telles que la taille de l'établissement ou sa localisation multi site. Ce temps est indispensable à l'intégration du changement par les acteurs et à la conversion des nouvelles pratiques en routines.

Le top management doit alterner les périodes d'implication et de prise de distance lors de l'implantation de l'innovation managériale :

- Lors de la phase de décision, le top management doit associer le manager de proximité aux prises de décisions. Celui-ci intériorise ainsi la finalité de l'innovation qui guide et oriente ses actions. On se trouve alors dans une co-construction du sens ;
- Lors de la phase de mise en usage, la direction délègue les responsabilités concernant l'innovation au manager de proximité en lui octroyant un pouvoir décisionnel et un droit à l'erreur lui permettant de construire sa légitimité. L'autonomie du manager est intimement liée à la relation qu'il construit avec sa hiérarchie basée sur une confiance réciproque. Le droit à l'erreur facilite la prise d'initiatives ;
- Lors de la poursuite de l'usage la direction facilite la construction des interactions entre le manager de proximité et des acteurs intermédiaires intervenant dans la diffusion de l'innovation. Elle doit veiller à limiter les compétitions entre les acteurs d'une même catégorie professionnelle en accordant à chacun une place précise et des missions associées au sein d'un périmètre défini. Les compétences de chacun et ses champs d'action sont reconnus.

De même, notre recherche met en exergue le profil du manager de proximité et son expérience professionnelle comme des facteurs facilitant sa capacité de mobilisation des leviers. Le top management doit considérer ces critères dans sa politique de ressources humaines, lors du recrutement et de la formation.

Conjointement aux implications managériales issues de notre recherche, nous souhaitons mettre en évidence ses apports méthodologiques.

1.3. Les apports méthodologiques

Les apports méthodologiques de notre recherche portent d'une part sur le profil du chercheur lors de la méthodologie appliquée, et d'autre part sur les modalités d'application de la méthodologie.

1.3.1. La posture du chercheur-intervenant au sein d'un milieu complexe

Notre recherche met en exergue la posture du chercheur-intervenant au sein d'un milieu complexe et l'influence de sa connaissance du terrain sur le processus de production de connaissances.

Au cours de leurs travaux, Gallais *et al.* (2010, p. 2) soulignent que « la réussite de l'intervention est fortement dépendante de la capacité du chercheur à comprendre la représentation des acteurs en adaptant l'usage des démarches prescrites à l'organisation, mais aussi son approche, ses comportements. ». Face à la complexité des établissements de santé, à la pluralité des acteurs et aux logiques professionnelles influençant les comportements, il nous semble indispensable d'appréhender de manière précise les codes de cette organisation et le système de représentation de chacun des différents acteurs y exerçant. De même, cette compréhension facilite les interactions entre chercheur et acteurs et favorise ainsi la production de connaissances.

Mintzberg (2008) préconise d'éviter les pièges de la structure bureaucratique tels que la division marquée des activités ou le cloisonnement par l'intervention d'experts et de leaders. En se positionnant en tant qu'expert de l'organisation, le chercheur intervenant au sein d'un milieu complexe est capable d'établir des interactions efficaces avec les acteurs, favorisant ainsi la production de connaissances. Les biais de perception lors de l'exploration du matériau recueilli et de la construction d'hypothèses explicatives sont limités.

1.3.2. La posture du chercheur-intervenant en innovations managériales

Notre recherche s'inscrit dans la réflexion portant sur la place et la contribution du chercheur dans l'innovation managériale (David, 2013) et précise cette contribution lors d'une recherche-intervention.

La complexité de l'innovation managériale, assimilée à une innovation socio-technique (Dubouloz, 2014) combinant des nouvelles pratiques et méthodes (la dimension technique) à des pratiques et une politique coordonnant le rôle des acteurs et les relations interpersonnelles (la dimension sociale), amène le chercheur à saisir cette complexité afin de pouvoir l'explorer. Au cours de notre recherche, le chercheur-intervenant se positionne à la fois comme chercheur et expert de l'innovation managériale. Grâce à cette position, il perçoit les modalités d'application et d'adaptation de l'innovation au contexte et les conditions d'adhésion des acteurs.

Notre recherche souligne ainsi la posture du chercheur-intervenant et encourage l'acquisition d'une expertise portant sur l'innovation managériale.

Section 2. Les limites

2.1. Les limites liées à la méthodologie

La lecture des résultats de notre recherche doit considérer l'influence du chercheur sur le comportement des acteurs. Nous nous interrogeons sur l'impact de la recherche sur les décisions du top management concernant l'innovation managériale et les mesures d'accompagnement mises en place. Pour exemple, l'autonomie du manager de proximité et la délégation du pouvoir décisionnel ont pu être favorisées par notre présence.

Si la méthodologie appliquée repose sur une production de connaissances à partir du terrain et des interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation, notre recherche soulève les limites liées à l'influence de notre intervention sur le comportement des acteurs. Cette influence pouvant se révéler davantage lors de nos observations peut être limitée par l'objectivité des entretiens.

2.2. Les limites liées aux spécificités de l'innovation managériale

Les résultats de notre recherche sont issus de l'implantation d'une innovation managériale précise, le *Lean Healthcare*, ce qui constitue une limite de notre recherche.

Afin de généraliser les résultats à l'ensemble des innovations managériales, il convient de répliquer notre recherche en déployant d'autres types d'innovations managériales.

Nous considérons enfin, les limites liées au contexte de notre recherche.

2.3. Les limites liées au contexte

Notre recherche est menée au sein d'un établissement situé au Grand-Duché de Luxembourg pouvant constituer un contexte favorable (des conditions de travail limitant les résistances aux changements). Les résultats peuvent être influencés par ce contexte. Une réplification de cette recherche implique de considérer les conditions contextuelles intégrant la disponibilité des ressources nécessaires, notamment le temps mis à disposition du déploiement d'une innovation managériale.

Les limites exposées mettent en exergue la nécessité de répliquer notre recherche en considérant d'autres innovations managériales au sein d'autres établissements hospitaliers et en abordant d'autres profils de managers de proximité, afin d'envisager une généralisation des résultats.

La recherche menée ouvre également d'autres perspectives de recherche.

Section 3. Les perspectives

Les spécificités contextuelles de notre travail de recherche ouvrent la réflexion vers d'autres perspectives de recherche.

3.1. Innovation managériale et gouvernance des organisations de santé

Notre recherche nous amène à explorer le processus d'innovation managériale au sein d'une organisation complexe et met en exergue l'influence de la structure organisationnelle. En effet, les interactions apparaissent comme des facteurs conditionnant les mécanismes de diffusion et d'adoption de l'innovation.

Les établissements hospitaliers, assimilés à des anarchies organisées (Cohen *et al.*, 1991) sont caractérisés par des interactions complexes orientées par le mode de gouvernance, le système de prise de décision et les rapports de pouvoir. De plus, des paramètres sociologiques tels que la distance sociale (Gheorghiu et Moatty, 2013), induite par la diversité de catégories professionnelles, peuvent entraver les interactions et la diffusion des innovations managériales. Les résultats de notre recherche soulignent la nécessité de mettre en place des interactions complexes, telles que des acteurs ou des étapes intermédiaires, favorisant la transmission et le partage des connaissances.

Une perspective de recherche s'ouvre sur la mise en place des interactions au sein de cette complexité structurelle afin de favoriser la diffusion et l'adoption de l'innovation managériale. Une telle recherche implique d'intégrer le concept de coopération à l'hôpital, souhaitée ou contrainte. En effet, « les engagements dans le collectif restent instables s'ils ne s'inscrivent pas dans la durée, car les relations de coopération au travail ne sont pas réductibles à des formes d'interaction » (Gheorghiu et Moatty, 2013, p. 38).

3.2. Middle management et apprentissage organisationnel au sein des établissements de santé

Les résultats de notre recherche soulignent l'importance du rôle du middle management sur le processus de création de connaissances et l'apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé.

D'après Senge (2006), les managers, de tous les niveaux hiérarchiques ont une responsabilité sur l'instauration des conditions favorisant l'apprentissage soutenant le changement. Le manager doit être capable d'identifier les acteurs porteurs du changement et de les intégrer dans la diffusion du changement.

Au sein des organisations de santé, de nombreuses procédures (explicites) restent formalisées sans être appliquées et deviennent difficilement des routines (tacites). Le middle management peut représenter un levier de transmission dans le réseau d'apprenants. Le passage du tacite à l'explicite implique une connaissance des pratiques et une présence au plus près de l'action afin de transmettre les nouvelles pratiques pour qu'elles puissent être recombinaisonnées et devenir progressivement des routines associant des comportements individuels et des comportements organisationnels.

Une perspective de recherche s'ouvre sur le rôle et l'influence du middle management dans le processus d'apprentissage au niveau organisationnel au sein des établissements de santé. Ce rôle doit viser à dépasser le cloisonnement en tenant compte de la pluralité d'acteurs. Il serait intéressant d'explorer ce rôle dans la création de connaissances et le processus d'échanges et de recombinaisons en identifiant les dispositifs organisationnels nécessaires.

CONCLUSION CHAPITRE 11

Le chapitre 11 a pour objet de présenter les apports théoriques, managériaux et méthodologiques de la recherche menée et d'exposer ses limites et ses perspectives. Notre recherche permet d'enrichir la littérature portant sur le rôle du manager de proximité dans un contexte d'innovation managériale et de soutenir les pratiques managériales relatives à l'implantation de l'innovation managériale. D'un point de vue méthodologique, nous revenons sur la posture du chercheur-intervenant au sein des organisations complexes.

Des limites à notre travail de recherche émergent de la méthodologie appliquée et des spécificités contextuelles. Une réplication de la recherche menée contribuera à une généralisation de ses résultats. De plus, les caractéristiques de notre terrain, les organisations de santé, ouvrent des perspectives de recherche portant sur le middle management au sein de cette complexité structurelle.

CONCLUSION PARTIE IV

Cette dernière partie propose un bilan de la recherche menée comportant une discussion des résultats et la présentation de ses apports, ses limites et ses perspectives.

Le chapitre 10 porte sur une discussion visant une confrontation des résultats au cadre conceptuel de la recherche afin de construire un modèle théorique répondant à la problématique énoncée. Nous répondons ainsi à la question de recherche en proposant une description des modalités de mobilisation des leviers managériaux en fonction de leur capacité de mobilisation et de leur influence au cours de chacune des étapes du processus d'innovation managériale. Notre travail de recherche contribue à soutenir le manager de proximité dans ses missions relatives à l'implantation des innovations managériales et de l'accompagnement au changement au sein des organisations de santé par l'application de ce modèle théorique, en tant qu'outil.

Le chapitre 11 présente un bilan de la recherche menée et expose ses apports, ses limites et ses perspectives. Des contributions théoriques portant sur le rôle du manager de proximité dans un contexte d'innovation managériale sont présentées. De plus, notre recherche révèle des apports managériaux en lien avec la problématique énoncée et des apports méthodologiques abordant la posture du chercheur-intervenant au sein des organisations complexes. Nous identifions des limites de cette recherche induites par la méthodologie appliquée et les risques d'influence du chercheur-intervenant sur les résultats de la recherche. De même, des perspectives de recherche apparaissent dans l'intervention du middle management sur le processus de création de connaissances au sein des organisations complexes.

Conclusion générale

La conclusion générale a pour objet de revenir sur le travail de recherche mené en rappelant ses objectifs et en présentant son cheminement et ses résultats. Au-delà d'une approche académique, cet épilogue est également l'occasion d'aborder notre vécu en tant que chercheur et les pistes de réflexion émergentes de ce travail.

Les objectifs de notre recherche

Le travail de recherche présenté résultait d'un intérêt pour la dynamique de changement permanent au sein des établissements hospitaliers et des difficultés liées.

Le secteur hospitalier a connu et connaît de nombreuses mutations liées aux évolutions du contexte économique et des besoins de santé. Parmi les réformes engagées, l'implantation de nouveaux modes de gestion issus du secteur privé ont modifié le pilotage et la gouvernance des hôpitaux, les engageant dans une dynamique d'innovation ayant pour objectif l'amélioration de la qualité des soins tout en se démarquant de la concurrence. Cependant, les mesures appliquées n'ont pas obtenu les résultats escomptés, comme le révèlent les mouvements sociaux réguliers revendiquant de meilleures conditions de travail et davantage de moyens. Les évolutions organisationnelles, induites par ces nouveaux modes de gestion, ont impacté les relations interpersonnelles et redéfini les rôles des acteurs soulevant ainsi des résistances.

Une résolution durable des difficultés rencontrées impose de s'assurer de la mise en œuvre efficace des changements décidés en identifiant les conditions favorisant le succès de ce changement. Parmi les facteurs favorisant l'implantation des changements organisationnels, le manager de proximité est considéré comme un acteur clé (Lozeau, 2010).

Ce cheminement a orienté notre recherche vers les innovations managériales et le rôle du manager de proximité, se positionnant difficilement entre les attentes des professionnels de terrain, épuisés, et les exigences de la direction. Nous avons souhaité explorer son rôle lors de l'implantation d'une innovation managériale en considérant la complexité de ses missions, mais également le potentiel associé à cette fonction.

L'objectif de cette recherche était d'évaluer l'influence des leviers managériaux favorisant l'adoption de l'innovation managériale et de préciser les modalités de mobilisation de ces leviers au cours des étapes successives du processus d'innovation managériale.

Le cheminement de notre recherche

Le travail de recherche s'est progressivement construit autour des concepts abordés, aboutissant à une question de recherche. A partir de notre positionnement épistémologique, nous nous sommes orienté vers l'application d'une recherche-intervention mobilisant un mode opératoire reposant sur une alternance entre immersion et distanciation afin de conceptualiser la problématique et de tester les hypothèses émises. Ces hypothèses se sont enrichies tout au long de ce travail :

- La revue de littérature a abouti à une hypothèse descriptive présentant l'influence des leviers managériaux (le leadership, l'agilité, la création de sens et la diffusion des connaissances) sur le succès de l'innovation managériale ;
- L'analyse du matériau recueilli lors de nos investigations a permis la construction d'hypothèses explicatives portant sur les modalités et la capacité de mobilisation des leviers managériaux par le manager de proximité. L'influence des leviers managériaux sur l'adhésion des acteurs à l'innovation managériale varie au cours des étapes successives du processus d'innovation ;
- En confrontant ces hypothèses explicatives à la littérature, nous construisons des hypothèses prescriptives formalisées par un modèle théorique. Ce modèle présente les modalités de mobilisation des leviers managériaux favorisant le succès d'une innovation managériale et soutenant la résolution des difficultés organisationnelles rencontrées. Il est construit en tenant compte de la capacité de mobilisation des leviers par le manager de proximité et des conditions nécessaires au sein des établissements hospitaliers.

De même, afin de garantir la validité des données collectées, nous avons appliqué les principes de la recherche-intervention (Buono, *et al.*, 2018) :

- L'interactivité cognitive correspondant à la production de connaissances à partir des interactions entre le chercheur et les acteurs de l'organisation ;
- L'intersubjectivité contradictoire amenant le chercheur à valider la connaissance produite par consensus avec les acteurs ;
- La contingence générique consistant à prendre de la distance avec le terrain à partir de la littérature existante. Cette démarche soutient une généralisation des résultats.

La méthodologie appliquée et les techniques d'investigation utilisées ont mené aux résultats de notre recherche.

Les résultats de notre recherche

L'influence des leviers managériaux identifiés lors de la revue de littérature, mais également la capacité de mobilisation de ces leviers, évoluent au cours des étapes successives de l'innovation managériale.

Lors de la phase de décision, l'influence du manager de proximité est limitée et émerge principalement de la création de sens. A ce stade, elle est individuelle et conditionnée par ses relations interpersonnelles et sa connaissance du terrain. L'acquisition des compétences relatives à l'innovation managériale, lui permettent de partager son expérience et ainsi initier la diffusion de connaissance qui reste tacite au cours de cette étape. Son leadership et son agilité sont, quant à eux, entravés par sa faible latitude décisionnelle.

Lors de la phase de mise en usage, le manager de proximité est en capacité de mobiliser l'ensemble des leviers managériaux influençant l'adhésion des acteurs. L'attribution d'une mission et d'un statut liés à l'implantation de l'innovation managériale contribue à la construction de sa légitimité et de son leadership. De même, l'accès aux informations clés et sa connaissance du terrain soutiennent son agilité. Au cours de cette étape, il poursuit la création de sens et la diffusion de connaissances initiées au cours de la phase de décision.

Lors de la poursuite de l'usage, l'influence et la capacité de mobilisation des leviers managériaux sont maintenues au sein du service du manager de proximité mais deviennent limitées au-delà de ses frontières. La création de sens et la diffusion de connaissances sont dépendantes de ses interactions et de ses relations interpersonnelles avec les acteurs appartenant à d'autres services. Le leadership et l'agilité sont, quant à eux, entravés par son absence de légitimité au-delà de son service et son manque d'accessibilité aux informations.

Les contraintes émergentes de ces résultats mettent en exergue la responsabilité du top management qui doit veiller à l'instauration d'un accompagnement facilitant le rôle du manager de proximité associant des mesures de soutien et l'octroi d'un pouvoir décisionnel.

Au terme de ce travail et au-delà de ses résultats, il nous semble important de revenir sur notre vécu en tant que chercheur.

Notre vécu en tant que chercheur

La posture de chercheur-intervenant a été construite en amont de notre immersion ainsi que tout au long de notre présence sur le terrain. En effet, notre expérience professionnelle antérieure nous amène à un niveau de présupposés qu'il est important de déconstruire afin de retrouver une objectivité essentielle à la validité de notre démarche. Un travail de prise de distance est entrepris tout au long de notre recherche, par des contacts répétés avec la communauté des chercheurs et la participation régulière à des formations doctorales et des congrès.

Sur le terrain, il fallut construire une légitimité associée au statut de chercheur-intervenant afin de mettre en place les interactions nécessaires à la production de connaissance et d'accéder à cette connaissance. L'instauration des interactions ne fut pas évidente et l'accueil fut mitigé lors de notre arrivée sur le terrain. Au terme de notre immersion, nous sommes revenus sur ce vécu avec les acteurs de l'organisation. Ceux-ci ont avoué ressentir une certaine suspicion et une crainte vis-à-vis d'un acteur externe mandaté par la direction et accédant au cœur de leur activité. Puis, ce ressenti a évolué vers de fortes attentes vis-à-vis de notre intervention perçue comme l'occasion de résoudre l'ensemble de leurs difficultés, nous avons ainsi été pris à témoin lors de situations difficiles ou de conflits.

Afin de gérer ces réactions, nous avons veillé à maintenir une « familiarité distante » (David, 2010) tout au long de notre immersion en restant objectif et en évitant les prises de position et les jugements. Nous avons également utilisé notre connaissance du contexte hospitalier et de ses codes afin de construire notre légitimité en tant que chercheur. Cela a permis de comprendre les réalités se cachant derrière certains discours ou comportements. De plus, notre expertise de l'innovation managériale a renforcé notre légitimité auprès des dirigeants. Nous avons ainsi pu dépasser notre rôle d'observateur et contribuer à la production de connaissance

Vers d'autres réflexions

Nous ne pouvons clôturer ce travail de recherche sans revenir sur le malaise actuel au sein des organisations de santé.

Si les professionnels de santé dénoncent les restrictions budgétaires leur imposant de faire mieux avec moins et générant un sentiment d'épuisement professionnel (Belorgey, 2012), Canouï et Mauranges (2011, p. 95) citent une étude de Rodary (1993) selon laquelle « 80 % des soignants trouvent leur travail intéressant et cependant 55 % ont eu récemment envie de le quitter ». Parmi les facteurs de ce mal-être, les auteurs évoquent les difficultés de

communication, les conflits et le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie. D'après Canouï et Mauranges (2011, p. 99), c'est ce dernier facteur qui semble prépondérant : « reconnu et valorisé, un soignant, à charge égale, se sent moins fatigué ». Ainsi, si des restrictions budgétaires sont dénoncées par les professionnels, il convient de valoriser les professionnels de terrain et de les reconnaître.

Notre travail de recherche soulève l'importance de l'approche collaborative à l'hôpital en incluant l'ensemble des acteurs et en les rassemblant dans la réflexion portant sur les difficultés organisationnelles. Les professionnels de terrain représentent un potentiel d'idées qu'il est indispensable de valoriser. La résolution des difficultés implique la contribution de chaque acteur de l'institution de manière égale en considérant le gisement d'amélioration issu des professionnels de terrain. Ce faire ensemble, s'il est entravé par des jeux de pouvoir, constitue un défi qui doit être imaginé, créé et orchestré.

Bibliographie

- Abrahamson, E. (1991). Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review*, 16(3), 586-612.
- Aggeri, F. (2015). *La recherche-intervention : fondements et pratiques. A la pointe du management. Ce que la recherche apporte au manager*. Paris : Dunod.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (1988). A quoi tient le succès des innovations. *Gérer et Comprendre*, 97(12), 14-29.
- Alänge, S., Jacobsson, S., & Jaryehammar, A. (1998). Some aspects of an analytical framework for studying the diffusion of organizational innovations. *Technology Analysis & Strategic Management*, 10(1), 3-22.
- Alis, D., Dumas, M., & Poilpot-Rocaboy, G. (2010). *Risques et souffrance au travail : nouvelles contraintes, nouveaux remèdes*. Paris : Dunod.
- Alter, N. (2015). *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ansari, S. M., Fiss, P. C., & Zajac, E. J. (2010). Made to fit: How practices vary as they diffuse. *Academy of Management Review*, 35(1), 67-92.
- Aoki, M. (1988). *Information, incentives and bargaining in the Japanese economy: A microtheory of the Japanese Economy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Archier G., (1991). *Les leviers de la réussite*. Paris : Interéditions.
- Archier, G., Sérieyx, H., & Albert, M. (1984). *L'entreprise du 3e type* (Vol. 24). Paris : Seuil.
- Argyris, C. (1986). Reinforcing organizational defensive routines: An unintended human resources activity. *Human Resource Management*, 25(4), 541-555.
- Argyris, C., & Schon, D. (1978). *Organizational learning : A theory of action approach*. Reading, MA: Addison Wesley.

- Armbruster, H., Bikfalvi, A., Kinkel, S., & Lay, G. (2008). Organizational innovation: The challenge of measuring non-technical innovation in large-scale surveys. *Technovation*, 28(10), 644-657.
- Aubert, N., Gruère, J. P., & Jabes, J. (2010). *Management : Aspects humains et organisationnels*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Autissier, D., Vandangeon, I., & Vas, A. (2018). *Conduite du changement: concepts-clés (2eme éd): 50 ans de pratiques issues des travaux des auteurs fondateurs*. Paris : Dunod.
- Baldwin, J., & Lin, Z. (2002). Impediments to advanced technology adoption for Canadian manufacturers. *Research policy*, 31(1), 1-18.
- Ballé, M., & Beauvallet, G. (2013). *Le management lean*. Paris: Pearson Education France.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2004). Organizational restructuring and middle manager sensemaking. *Academy of Management Journal*, 47(4), 523-549.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. 2eme édition. Paris : Presses universitaires de France.
- Barrand, J. (2017). *Le manager agile : Agir autrement pour la survie des entreprises*. 3eme édition. Paris : Dunod.
- Barraud-Didier, V., Guerrero, S., & Igalens, J. (2003). L'effet des pratiques de GRH sur la performance des entreprises : Le cas des pratiques de mobilisation. *Revue de gestion des ressources humaines*, (47), 2-13.
- Bartoli, A. (1997). *Filemanagement dans les organisations publiques*. Paris : Dunod.
- Beaulieu, P., & Kalika, M. (2015). *La création de connaissance par les managers*. Caen : Éditions EMS.
- Belorgey N., (2010), *L'hôpital sous pression : Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Decouverte.

- Bernoux, P. (2014). *Sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques (La) : Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Paris : Points.
- Bezes, P., Demazière, D., Le Bianic, T., Paradeise, C., Normand, R., Benamouzig, D., & Evetts, J. (2011). New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? *Sociologie du Travail*, 53(3), 293-348.
- Birkinshaw, J., Hamel, G., & Mol, M. J. (2008). Management innovation. *Academy of Management Review*, 33(4), 825-845.
- Blake, R., & Mouton, J. (1964). *The managerial grid: The key to leadership excellence*. Houston: Gulf Publishing Co.
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme* (Vol. 10). Paris : Gallimard.
- Bonnet, E. (1996). Les « visions indigènes » de la qualité. À propos de l'appropriation de la démarche qualité dans l'industrie. *Revue d'Economie Industrielle*, 75(1), 77-93.
- Boudon, R. (2006). Bonne et mauvaise abstraction. *L'Année Sociologique*, 56(2), 263-284.
- Boulogne M., Erbault M., Guarrigue-Guyonnaud H., Glikman J., & Mounic V., (2002). *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- Bourguignon A., (2000). Performance et contrôle de gestion. In *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion, et audit* (pp. 931-941). Paris : Economica.
- Bouville, G., & Schmidt, C. (2014). *Les effets de la lean production sur la satisfaction et la santé au travail dans le contexte français : Application d'une méthode de recherche mixte*. XXVème Congrès de l'AGRH, Chester, Royaume-Uni, Novembre 2014.
- Brault, I., Roy D. A., Denis, J-L., (2008) Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*, 3, 167-173.

- Buono, A. F., Savall, H., & Cappelletti, L. (2018). *La Recherche-Intervention dans les Entreprises et les Organisations*. Paris : IAP.
- Burgess, N., & Radnor, Z. (2013). Evaluating Lean in healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 220-235.
- Canouï, P. & Mauranges, A. (2011). *Le burn-out à L'hôpital*. Paris : Elsevier Health Sciences France.
- Catellin, S. (2004). L'abduction : une pratique de la découverte scientifique et littéraire. *Hermès, La Revue*, 39(2), 179-185.
- Chappoz, Y. & Pupion, P. (2012). Le New Public Management. *Gestion et Management Public*, 1/2(2) : 1-3.
- Charreire, S., & Huault, I. (2001). Le constructivisme dans la pratique de recherche : une évaluation à partir de seize thèses de doctorat. *Finance Contrôle Stratégie*, 4(3), 31-55.
- Chevalier, F. (1991). Les cercles de qualité dix ans après : disparition ou intégration. *Sciences humaines*, 5, 32-39.
- Chiapello, E., & Gilbert, P. (2013). *Sociologie des outils de gestion*. Paris : La Découverte.
- Claveranne, J. (2003). L'hôpital en chantier : du ménagement au management. *Revue Française de Gestion*, 146(5), 125-129.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1-25.
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1991). Le modèle du « garbage can » dans les anarchies organisées. *Décisions et Organisations*, 163-204.
- Cohendet, P., Créplet, F., & Dupouët, O. (2003). Innovation organisationnelle, communautés de pratique et communautés épistémiques : Le cas de Linux. *Revue Française de Gestion*, 5, 99-121.

- Collin-Lachaud, I., Plichon, V., & Sueur, I. (2005). L'utilisation de différents standards de non confirmation dans la formation de la satisfaction: Une approche comparée. *Actes des Xème Journées de Recherche en Marketing de Bourgogne*, Université de Bourgogne, 9-10, novembre.
- Colin, T., Grasser, B., & Jacquot, L. (2011). Normalisation du travail par le Lean et injonction à innover : quel rôle pour les managers. *4e congrès de l'Association Française de Sociologie*. 5-8 Juillet.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, 48(6), 517-539.
- Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L., Touati, N., & Rodriguez, C. (2003). The integration of health care: dimensions and implementation. *Working Paper N04-01*. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en sante (GRIS).
- Crozier, M. (1964). Pouvoir et organisation. *European Journal of Sociology/Archives Européennes de Sociologie*, 5(1), 52-64.
- Curatolo, N., Lamouri, S., Huet, J. C., & Rieutord, A. (2015). Démarches d'amélioration en milieu hospitalier : du management de la qualité totale au Lean. In *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 73(4), pp. 245-256. Paris : Elsevier Masson.
- Curatolo, N., Ludwikowska, M., Lecocq, L., Lamouri, S., & Rieutord, A. (2013). Mener le changement par approche processus : Révolution de velours en pharmacie hospitalière. *Journal de Pharmacie Clinique*, 32(2), 113-119.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590.
- Damanpour, F., & Aravind, D. (2012). Managerial innovation: Conceptions, processes and antecedents. *Management and Organization Review*, 8(2), 423-454.
- Damanpour, F. & Evan, W. M. (1984), Organizational Innovation and Performance : The Problem of "Organizational Lag". *Administrative Science Quarterly*, 29(3) : 392-409.

- Damanpour, F., & Schneider, M. (2006). Phases of the adoption of innovation in organizations: Effects of environment, organization and top managers. *British Journal of Management*, 17(3), 215-236.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : un choix obligé. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville : Gaétan Morin Éditeur, 339-364.
- D'Andreamatteo, A., Lanni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197-1209.
- David A. (1996). Structure et dynamique des innovations managériales, Vème conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS), Lille, 12-15 mai.
- David, A. (1998). Outils de gestion et dynamique du changement. *Revue Française de Gestion*, (120), 44-59.
- David, A. (2013). La place des chercheurs dans l'innovation managériale. *Revue Française de Gestion*, 235(6), 91-112.
- Deblois, S., & Lepanto, L. (2013). *Implantation et effets du Lean et du six sigma en milieu de soins aigus*. Montréal : Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS) — Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19(2), 109-134.
- Deming W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Denis, J. L., Langley, A., & Cazale, L. (1995). Peut-on transformer les anarchies organisées ? Leadership et changement radical dans un hôpital. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé*, 2(2), 165-189.

- Denis, J. L., Hébert, Y., Langley, A., Lozeau, D., & Trottier, L. H. (2002). Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Management Review, 27*(3), 60-73.
- Denis, J. L., Langley, A., & Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations, 60*(1), 179-215.
- Desmarais, C. & Abord de Chatillon, E. (2010). Le rôle de traduction du manager: Entre allégeance et résistance. *Revue Française de Gestion, 205*(6), 71-88.
- Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Un organisme de santé malade de « gestionniste ». *Annales des Mines-Gérer et Comprendre. 4*, 27-37.
- Detchessahar, M. (2011). Management et santé. *Revue Française de Gestion, 214*(5), 65-68.
- Detchessahar, M., Gentil, S., Grevin, A., & Stimec, A. (2012). *Le design de la recherche-intervention en management : Réflexions méthodologiques à partir d'une intervention dans une clinique*. Nantes : Presses Universitaires de Nantes.
- Dietrich A. (2009). Le manager intermédiaire ou la GRH mise en scène. *Management & Avenir, 1*(21), 196-206.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed?. *Jama, 260*(12), 1743-1748.
- Dopson, S., FitzGerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., & Locock, L. (2002). No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Management Review, 27*(3), 35-47.
- Drevetton, B. (2008). Le rôle des représentations sociales au cours du processus de construction d'un outil de contrôle de gestion. *Comptabilité-Contrôle-Audit, 14*(2), 125-153.
- Drucker, P. (1992). The society of organizations. *Harvard Business Review, 95-104*.
- Drucker, P. (2012). *The practice of management*. Londres : Routledge.

- Dubouloz, S. (2013). Les barrières à l'innovation organisationnelle : Le cas du Lean Management. *International Management*, 17(4), 121–144.
- Dubouloz, S. (2014). Innovation organisationnelle et pratiques de mobilisation des RH. *Revue Française de Gestion*, 1, 59-85.
- Dubouloz, S., & Bocquet, R. (2013). Innovation organisationnelle. *Revue Française de Gestion*, (6), 129-147.
- Dubost N. (2014). Culture professionnelle et démarches qualité dans le secteur médico-social français. *Gestion*, 4(39), 185-192.
- Dumas, M., Douguet, F., & Muñoz, J. (2012). L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 30(3), 127-149.
- Dumas, M., La Rosa, M., Mendling, J., & Reijers, H. A. (2013). *Fundamentals of Business Process Management* (Vol. 1). Heidelberg : Springer.
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive*. Paris : Vuibert.
- Dupuich F. (2009). La décentralisation de la fonction RH : Quels impacts pour l'encadrement ?. *Revue Management & Avenir*, 1(21), 193-195.
- Dusehu, B. (2012). Le management de proximité. *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, 18(46), 337-341.
- Dutton, J. E., & Jackson, S. E. (1987). Categorizing strategic issues: Links to organizational action. *Academy of Management Review*, 12(1), 76-90.
- Dutton, J. E., Ashford, S. J., O'Neill, R. M., Hayes, E., & Wierba, E. E. (1997). Reading the wind: How middle managers assess the context for selling issues to top managers. *Strategic Management Journal*, 18(5), 407-423.
- El Gaied, M., (2010), *La transplantation managériale de l'hôpital : Démarche qualité, communication symbolique et changement des mentalités au travail*. Sarrebruck : Éditions Universitaires Européennes.

- Evan, W.M. (1966), Organizational lag. *Human Organizations*, 25 : 51-53.
- Evans, J. R., & Lindsay, W. M. (2002). *The management and control of quality* (Vol. 5, pp. 115-128). Cincinnati, OH : South-western.
- Fayol, H. (1916). *Administration générale et industrielle*. Paris : Gauthiers Villars.
- Fender, R., Mangematin, Y., Husson, J., George, D., & Albrecht, A. (2011). Redonner du sens au travail : Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. *Projectics/Proyética/Projectique*, (2), 51-65.
- Ferlie, E., & Pettigrew, A. (1996). Managing through networks: Some issues and implications for the NHS. *British Journal of Management*, 7, 81-99.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M., & Hawkins, C. (2005). The non-spread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.
- Flodgren, G., O'Brien, M. A., Parmelli, E., & Grimshaw, J. M. (2007). Local opinion leaders: Effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Forest, J., & Mageau, G. A. (2008). La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. *Psychologie Québec*, 25(5), 33-36.
- Foropon, C., & Landry, S. (2014). Le déploiement du Lean à l'hôpital Saint-Boniface : L'importance du leadership transformationnel. *Gestion*, 39(3), 107-115.
- Fraisse, S., Robelet, M., & Vinot, D. (2003). La qualité à l'hôpital : Entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue Française de Gestion*, 5, 155-166.
- Fray, A. (2009). Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : Conséquences managériales sur les acteurs. *Management & Avenir*, 28(8), 142-159.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Galia, F. & Legros, D. (2004), Complementarities between obstacles to innovation : Evidence from France. *Research Policy*, 33 : 1185-1199.

- Gallais, M., Navarra, C., & Fabbri, R. (2010). L'accompagnement des organisations publiques vers le changement : Une exploration du rapport de prescription. Luxembourg : Centre de Recherche Public Henri Tudor.
- Garnerin, P., Bovier, P., Chamot, E., Chastonay, P., Chopard, P., Herrmann, F., & Perneger, T. (2001). Qualité des soins. *Bulletin des médecins suisses*, 82(38), 2020-2024.
- Garrette, B., Dussauge, P., & Durand, R. (2009). *Strategor: Toute la strategie d'entreprise*. Paris : Dunod.
- Garvin, D. A. (1993). Building a learning organization. *Harvard Business Review*, 71(4), 78-91.
- Gheorghiu, M. D., & Moatty, F. (2013). *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*. Paris : Liaisons Editions.
- Gillet, N., Rosnet, E., & Vallerand, R. J. (2008). Développement d'une échelle de satisfaction des besoins fondamentaux en contexte sportif. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 40(4), 230.
- Glasgow, J. M., Scott-Caziewell, J. R., & Kaboli, P. J. (2010). Guiding inpatient quality improvement: A systematic review of Lean and Six Sigma. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), AP1-AP5.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- Gogue, J. M. (2005). *Management de la qualité*. Paris : Economica.
- Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2012). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion Réussir son mémoire ou sa thèse*. Paris : Pearson Education France.
- Gonzalez-Laporte, C. (2014). *Recherche-action participative, collaborative, intervention... Quelles explicitations ?*. Thèse de doctorat, Labex ITEM.
- Graban, M. (2018). *Lean hospitals: Improving quality, patient safety, and employee engagement*. New York, NY : CRC press.

- Grandjean, P., & Fermon, B. (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Paris : Paris Dauphine Université.
- Grenier, C., & Bernardini-Perinciolo, J. (2015). Le manager hybride, acteur-passeur et acteur-clôture aux frontières institutionnelles. *Revue Française de Gestion*, 5, 125-138.
- Grenier, C., Pauget, B., & Hudebine, H. (2019). Quels renouvellements conceptuels pour soutenir l'innovation dans le champ de la santé?. Un regard par les arrangements organisés, les politiques publiques et les capacités entrepreneuriales. *Innovations*, (3), 5-14.
- Grevin, A. (2012). Quand la performance pilote le management... Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 7(30), 469-490.
- Guaquère, D & Charleux F., (2004). *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale : outils, méthodes et mise en œuvre*. Paris : ESF Editions.
- Guilmot, N., & Vas, A. (2012). Les cadres intermédiaires au cœur du sensemaking. *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, 18(45), 77-99.
- Hadjimanolis, A. (1999), Barriers to innovation for SMEs in a small less developed country (Cyprus). *Technovation*, 19, 561-570.
- Hage, J. (1999). Organizational innovation and organizational change. *Annual Review of Sociology*, 25(1), 597-622.
- Hamel, G. (2006). The why, what, and how of management innovation. *Harvard Business Review*, 84(2), 72.
- Hasle, P. (2014). Lean production – An evaluation of the possibilities for an employee supportive Lean practice. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 24(1), 40-53.
- Hatchuel, A., & Weil, B. (1992). *L'expert et le système*. Paris : Economica.

- Hatchuel, A. (1994). Les savoirs de l'intervention en entreprise. *Entreprises et Histoire*, 7, 59-75.
- Helfer, J. P., Kalika, M., & Orsoni, J. (2013). *Management stratégique* (Vol. 9). Paris: Vuibert.
- Herzberg F. (1971). *Work and the nature of man*, Londres : Staples Press.
- Hohmann, C. (2012). *Lean Management : Outils, méthodes, retours d'expériences, questions/réponses*. Paris : Editions Eyrolles.
- Houle, L., Bareil, C., Gosselin, A. & Jobin, M. (2015). Le déploiement du *lean* santé au Québec en mode agile. *Question(s) de Management*, 10(2), 45-64.
- Hudson, L. A., & Ozanne, J. L. (1988). Alternative ways of seeking knowledge in consumer research. *Journal of Consumer Research*, 14(4), 508-521.
- Ishikawa, K. (1996). *La gestion de la qualité*. Paris : Dunod.
- Jackson, P. R., & Martin, R. (1996). Impact of just-in-time on job content, employee attitudes and well-being: a longitudinal study. *Ergonomics*, 39(1), 1-16.
- Jackson, P. R., & Mullarkey, S. (2000). Lean production teams and health in garment manufacture. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 231.
- Jobin, M. H., & Lagacé, D. (2014). La démarche Lean en santé et services sociaux au Québec : comment mesurer la maturité des établissements ? *Gestion*, 39(3), 116-127.
- Jouslin, D. N. (1990). Le mouvement international de la qualité. In Laboucheix, U. (Ed.). *Traité de la qualité totale* (pp. 3-12). Paris : Dunod.
- Juran, J. M. (1995). A history of managing for quality. *Quality Progress*, 28(8), 125-130.
- Kanter, R. M. (2006). Innovation: The classic traps. *Harvard Business Review*, 84(11), 72-83.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2007). *L'alignement stratégique. Créer des synergies par le tableau de bord prospectif*, Paris : Editions d'Organisation.

- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker?. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199.
- Kimberly, J. R. & Evanisko, M. J. (1981), Organizational Innovation : The influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations. *Academy of Management Journal*, 24(4), 689-713.
- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Koenig, G. (2015). L'apprentissage organisationnel. *Revue Française de Gestion*, 8, 83-95.
- Kotter, J. P. (1990). *How leadership differs from management?. 240*, 59-68, New York, NY: Free Press.
- Krafcik, J. F. (1988). Triumph of the lean production system. *MIT Sloan Management Review*, 30(1), 41-52.
- Krief, N. & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion*, 95(2), 211-237.
- Latour, B. (1989). *La Science en action*. Paris : La Découverte.
- Laufer, R., & Burlaud, A. (1980). Management public. *Sociologie du Travail*, 23(3), 364-366.
- Le Bossé, Y. (2003). De l' « habilitation » au « pouvoir d'agir »: vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 16(2), 30-51.
- Le Pogam, M., Luangsay-Catelin, C. & Notebaert, J. (2009). La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent. *Management & Avenir*, 25(5), 116-134.
- Lérat-Pytlak, J. (2002). *Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale*. Thèse de doctorat, Université des Sciences Sociales-Toulouse I.
- Le Roy, F., Robert, M. & Giuliani, P. (2013). L'innovation managériale : Généalogie, défis et perspectives. *Revue Française de Gestion*, 235(6), 77-90.

- Lewchuk, W., Robertson, D. (1996), Working conditions under lean production: A workerbased benchmarking study, *Asia Pacific Business Review*, 2(4), 60-81.
- Lewin K. (1973), *A dynamic theory of personality*. New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Lièvre, P., Bonnet, E., & Tang, J. (2016). Ikujiro Nonaka-La théorie de la création des connaissances dans les organisations. Paris : Éditions EMS.
- Liker, J. K. (2004). The 14 principles of the Toyota way: An executive summary of the culture behind TPS. *The Toyota Way*, 14(1), 35-41.
- Liker, J. K. (2008). *Le modèle Toyota: 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Paris : Pearson Education France.
- Lickert R. (1961), *New Patterns of Management*. New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Livian, Y. (2004). Ce que font les cadres, actes de la journée du 8 décembre. *Lyon : Les cahiers du GDR-Cadres*, 6.
- Livian, Y. F. (2008). *Organisation : théories et pratiques* (4^{ème} édition). Paris : Dunod.
- Lorino, P. (2003). *Méthodes et pratiques de la performance : le pilotage par les processus et les compétences*. Paris : Editions d'organisation.
- Lozeau, D. (2010). Le difficile ancrage de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics : écarts et cohabitation entre trois archétypes organisationnels. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 22(2), 66-82.
- Madrid-Guijarro, A., Garcia, D., & Van Auken, H. (2009). Barriers to innovation among Spanish manufacturing SMEs. *Journal of Small Business Management*, 47(4), 465-488.
- Martineau, R. (2009). La mise en usage des outils de gestion par la qualité par les professionnels de santé à l'hôpital : une approche par la théorie instrumentale. Thèse de doctorat, Université de Tours.
- Marvanne P. (2014), *Le Lean à l'hôpital*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières.

- Maslow Abraham, H. (1954). *Motivation and personality*. New York, NY: Harper & Row.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 19(5), 376-382.
- Mayo, G. E. (1933). *The human problems of an industrial society*. New York, NY: Macmillan.
- Mbengue, A., & Vandangeon-Derumez, I. (2005). *Positions épistémologiques et outils de recherche en management stratégique*. Actes de la VIIIème conférence de l'AIMS.
- Menard, C. (1995), La nature de l'innovation organisationnelle : éléments de réflexion *Revue d'économie industrielle, numéro exceptionnel « Economie industrielle : développements récents »*. 173-192.
- Merdinger-Rumpler, C. & Nobre, T. (2011). Quelles étapes pour la conduite du changement à l'hôpital ?. *Gestion 2000*, 28(3), 51-66.
- Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J. P., & Thuillez, C. (2019). Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(3-4), 109-121.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Mintzberg, H. (1973). *The nature of managerial work*. New York, NY: Harper & Row.
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisation.
- Mintzberg, H. (2003). *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Editions Eyrolles.
- Mintzberg, H. (2011). *Manager : ce que font vraiment les managers*. Paris : Vuibert.
- Minvielle, E. (1999). Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ?. *Politiques et Management Public*, 17(4), 59-84.

- Minvielle, É. (2003). De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. *Revue Française de Gestion*, 5, 167-189.
- Minvielle, É. (2013). Comment évaluer et réguler la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades ?. *Quaderni*, 3, 83-98.
- Mohnen, P. & Röller, L.-H. (2005), Complementarities in innovation policy. *European Economic Review*, 49, 1431 – 1450.
- Moen, R., & Norman, C. (2006). Evolution of the PDCA cycle.
- Moisdon, J. C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion : les instruments de gestion à l'épreuve des organisations*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Mol, M. J. & Birkinshaw, J. (2009), The sources of management innovation : When firms introduce new management practices. *Journal of Business Research*, 62(12) : 1269-1280.
- Montreuil, E. (2014). *Un lean mal accompagné génère des RPS. La revue des conditions de travail*, 1, 47-55.
- Nicolay, C. R., Purkayastha, S., Greenhalgh, A., Benn, J., Chaturvedi, S., Phillips, N., & Darzi, A. (2012). Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. *British Journal of Surgery*, 99(3), 324-335.
- Nioso, J. (1998), The dissemination of new routines – Toward an evolutionary approach. *Management International*, 3(1), 65-71.
- Niosi, J., Bellon, B., Saviotti, P., & Crow, M. (1992). Les systèmes nationaux d'innovation : A la recherche d'un concept utilisable. *Revue Française d'Economie*, 7(1), 215-250.
- Nobre, T. (1999). L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. Actes du 20^{ème} conférence de l'AFC.
- Nobre, T. (2013). L'innovation managériale à l'hôpital. *Revue Française de Gestion*, 6, 113-127.

- Nobre, T., & Haouet, I. (2011). Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier. *Revue Française de Gestion*, 2, 103-118.
- Nonaka, I. (1991). The Knowledge-Creating Company, Managing for the long term. *Harvard Business Review*, 162-171.
- Northouse, P. G. (2018). *Leadership: Theory and practice*. New York, NY: Sage Publications.
- Ohno, T. (1988). *Toyota production system : Beyond large-scale production*. Boca Raton : CRC Press.
- Olivesi, S. (2002). La communication au travail. *Une critique des nouvelles formes de pouvoir dans les entreprises*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?. *Journal d'Economie Médicale*, 26(6), 371-385.
- Orazi, D., Turrini, A., & Valotti, G. (2013). Le leadership du secteur public : nouvelles perspectives pour la recherche et la pratique. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 79(3), 521-541.
- Ouchi, W. G. (1982). Theory-z-an elaboration of methodology and findings. *Journal of Contemporary Business*, 11(2), 27-41.
- Payre S. (2010). De l'encadrement au métier de manager : développer le pilotage et le management des hommes. *10èmes rencontres sur la prospective des métiers*, ESSEC, Paris.
- Payre, S., & Scouarnec, A. (2015). Manager : Un métier en mutation ? Essai de lecture rétro-prospective pour dessiner les contours du métier de manager et les accompagnements RH nécessaires. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 97(3), 3-16.
- Pesqueux, Y., & Tyberghein, J. P. (2010). L'école japonaise d'organisation. *Innovations*, 1, 11-31.

- Pettigrew, A. M. (1990). Longitudinal field research on change: Theory and practice. *Organization Science*, 1(3), 267-292.
- Pichault, F. (2013). *Gestion du changement. Perspectives théoriques et pratiques*. Bruxelles : De Boeck.
- Poirier, C. (1999). Responsabilité médicale et activités des services d'urgence. *Cahiers Hospitaliers*, 151, 23-32.
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: Literature review. *Quality Management in Healthcare*, 19(4), 319-329.
- Pourtois, J. P., & Desmet, H. (1998). Que nous enseigne le terrain de l'intervention ? Les principes d'une pratique sociale à visée préventive. *Revue Française de Pédagogie*, 109-120.
- Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise?. *Social Science and Medicine*, 74(3), 364-371.
- Raelin, J. A. (2016). Imagine there are no leaders: Reframing leadership as collaborative agency. *Leadership*, 12(2), 131-158.
- Ravignon, L., Bescos, P. L., Joalland, M., Le Bourgeois, S., & Maléjac, A. (2003). *Méthode ABC/ABM*. Paris : Editions d'organisation.
- Reeves, C. A., & Bednar, D. A. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19(3), 419-445.
- Reynaud, J. D. (1988). Les régulations dans les organisations : Régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue Française de Sociologie*, 5-18.
- Ring, P. S., & Van de Ven, A. H. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *Academy of Management Review*, 19(1), 90-118.
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416-429.

- Rogers, E. M. (2010). *Diffusion of innovations*. New York, NY : Simon and Schuster.
- Romatet, J. J. (2007). Le rôle du manager dans les organisations complexes L'exemple de l'hôpital français. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4, 8-11.
- Rouhana, R., & Van Caillie, D. (2008, May). L'évolution du design des systèmes de pilotage de la performance dans les hôpitaux : une quête permanente de l'efficacité organisationnelle. *La comptabilité, le contrôle et l'audit entre changement et stabilité*. [halshs-00525965]
- Rouleau, L., & Balogun, J. (2007). *Exploring middle managers' strategic sensemaking role in practice*. Advanced Institute of Management Research Paper, (055).
- Savall, H., & Zardet, V. (2004). *Recherche en sciences de gestion: approche qualimétrique, observer l'objet complexe*. Paris : Economica.
- Savall H., Zardet v. (2005), *Ingénierie stratégique du roseau* (2^{ème} édition), Paris : Economica.
- Scozzi, B., Garavelli, C., & Crowston, K. (2005). Methods for modeling and supporting innovation processes in SMEs. *European Journal of Innovation Management*, 8(1), 120-137.
- Senge, P. M., Gauthier, A., & Plagnol, H. (2006). *La cinquième discipline* (Vol. 175). Paris: First.
- Sibé, M., Domecq, S., Kret, M., & Saillour-Glenisson, F. (2012). Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : Résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©. *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, 30(7), 491-508.
- Staw, B. M., & Epstein, L. D. (2000). What bandwagons bring: Effects of popular management techniques on corporate performance, reputation, and CEO pay. *Administrative Science Quarterly*, 45(3), 523-556.

- Stimec, A., Bertrand, T., & Michel, X. (2010). Le Lean management est-il irresponsable ? *Revue de l'Organisation Responsable*, 5(2), 76-85.
- Sussland, W. A. (1996). *Le manager, la qualité et les normes ISO*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Tabatoni, P. (2005). *Innovation : désordre, progrès*. Paris : Economica.
- Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. New York, NY : Harper & Brothers.
- Teelken, C. (2008). La mise en œuvre complexe des systèmes de mesure de la performance : analyse des évolutions dans les organisations de service professionnel dans le secteur à but non lucratif aux Pays-Bas. *Revue Internationale des Sciences Administratives*, 4(74), 651-673.
- Thiétart, R. A. (2014). *Méthodes de recherche en management (4^{ème} édition)*. Paris : Dunod.
- Thiétart, R. A. (2017). *Le management : « Que sais-je? » n° 1860*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Touati, N., Roberge, D., Denis, J. L., Cazale, L., Pineault, R., & Tremblay, D. (2006). Clinical leaders at the forefront of change in health-care systems: advantages and issues. Lessons learned from the evaluation of the implementation of an integrated oncological services network. *Health Services Management Research*, 19(2), 105-122.
- Tourigny, D., & Le, C. D. (2004). Impediments to innovation faced by Canadian manufacturing firms. *Economics of Innovation and New Technology*, 13(3), 217-250.
- Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013). The promise of Lean in health care. In *Mayo clinic proceedings*, 88(1), 74-82.
- Tremblay, D. (2008). *La traduction d'une innovation organisationnelle dans les pratiques professionnelles de réseau : l'infirmière pivot en oncologie*. Montréal : Université de Montréal.

- Trilling, L., Pellet, B., Delacroix, S., Fleury, H. C., & Marcon, E. (2010). *Retour d'expérience sur la mise en place du Lean dans un centre de radiothérapie*.
- Trouvé, P. (2009). La contribution des entreprises à la formation de leur encadrement intermédiaire : un investissement sans retour ?. *Éducation Permanente*, 178, 37-54.
- Tsoukas, H. (2003). Forms of knowledge and forms of life in organized contexts. In *In the realm of organisation* (pp. 52-76). Routledge.
- Vallejo, J., Sampieri-Teissier, N., & Baret, C. (2015). *Comprendre les difficultés de la mise en œuvre de la délégation de gestion à l'hôpital. Une lecture par le concept d'anarchie organisée*. 3ème Congrès Aramos, Montpellier, 26 novembre.
- Vandangeon-Derumez, I. (1998). *La dynamique des processus de changement*. Thèse de doctorat. Paris : Université Paris Dauphine.
- Van de Ven, A. H. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management Science*, 32(5), 590-607.
- Van de Ven, A. H., Angle, H. L., & Poole, M. S. (2000). *Research on the management of innovation: The Minnesota studies*. Oxford: Oxford University Press.
- Van Wassenhove, W. (2014). Modèle de Karasek. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Paris : Le Seuil.
- Vermeulen, P. A. (2005). Uncovering barriers to complex incremental product innovation in small and medium-sized financial services firms. *Journal of Small Business Management*, 43(4), 432-452.
- Vitali S., (2012). Les directeurs d'hôpitaux– parties prenantes dans la définition des objectifs nationaux et acteurs pour le déploiement local. Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois, Séminaire AEDH, Düsseldorf.
- Wagner, H. T., Morton, S. C., Dainty, A. R. J., Burns, N. D. (2011). Path dependent constraints on innovation programs in production and operations management. *International Journal of Production Research*, 49(11), 3069-3085.

- Wart, M. V. (2003). Public-Sector leadership theory: An assessment. *Public Administration Review*, 63(2), 214-228.
- Weber, M. (1971). *Économie et société*. Paris : Plon.
- Weick, K. (1969). *The social psychology of organizing*. New York, NY : Random House, Second Edition.
- Weick, K. (1995). *"Sensemaking in Organizations"*. Thousand Oaks, CA : Sage publications.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique*. Québec : Presses Université Laval.
- Womack, J.P., Jones, D.T., & Ross, D. (1990). *The machine that changed the world*. New York, NY : Rawson Associates.
- Womack, J., & Jones, D. (2012). *Système Lean : Penser l'entreprise au plus juste*. Paris : Pearson.
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. New York, NY : Sage publications.

Autres sources documentaires

- AFNOR - FD S99-132 Methodology for identification of quality and construction criteria, introduction and monitoring of indicators for health establishments.
- Association Française de Normalisation (2000). *Méthodologie d'identification des critères de qualité et de construction, mise en place et suivi d'indicateurs pour les établissements de santé*, FD S99-132.
- Consbruck, R. (2010). *A brief history of hospitals in the Grand Duchy of Luxembourg*. Grand-Duché de Luxembourg : Portail Santé.

EFQM (2012). The EFQM excellence model. Bruxelles.

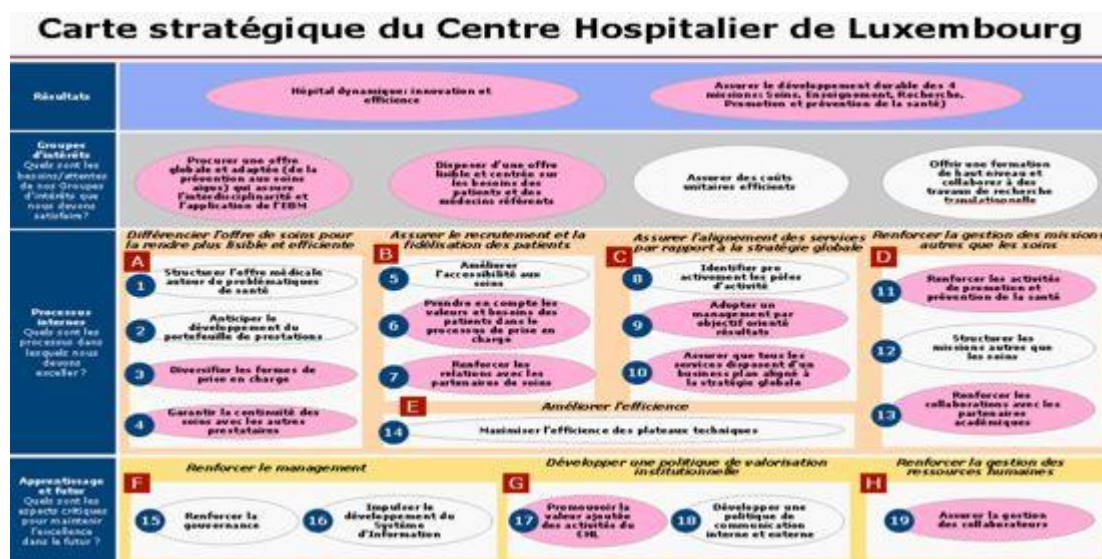
Haute autorité de santé (2004). *Chemin clinique - Une méthode d'amélioration de la qualité*.
Paris : HAS.

NF EN ISO 9000 (2015). Systèmes de management de la qualité – Principes essentiels et
vocabulaire.

Annexes

Annexe 1 La politique médico-soignante du CHL

La **politique médico-soignante** contribue à l'atteinte des objectifs institutionnels définis dans la carte stratégique et s'aligne sur la politique générale définie



Les objectifs de la politique médico-soignante

- Promouvoir une médecine de haute qualité répondant aux exigences des guidelines internationaux
- Promouvoir, développer et organiser les compétences cliniques
- Développer les approches managériales
- Favoriser et accompagner l'ensemble des parties prenantes vers un objectif commun Centré sur le patient et son entourage
- Consolider les acquis cliniques et anticiper sur les besoins en termes de santé publique
- Améliorer l'offre de soins dans un contexte de sécurité patient
- Renforcer la notion d'interdisciplinarité au regard de la gouvernance
- Maîtriser les ressources dans un contexte d'efficacité
- Assurer ces 4 missions

La politique médico-soignante sera priorisée par des conditions cadres afin de garantir et soutenir la politique générale

Principes directeurs

A- La satisfaction des patients et de leur entourage (satisfaction des parties prenantes)

La satisfaction des patients et de leur entourage est une conséquence de plusieurs facteurs dont la cohérence des discours interprofessionnels, la notion d'éthique et le respect autour des attentes du patient et des pratiques cliniques.

Le parcours du patient est au cœur de l'épisode de soins.

La satisfaction des patients est un gage de fidélité

Un accent particulier sera mis sur :

- Définir le cadre de l'évaluation de la satisfaction :
 - Répondre aux attentes du patient et de son entourage
 - Garantir un environnement propice à la satisfaction
- Définir les modalités et les modes d'information et de communication envers le patient et/ou son entourage :
 - Empowerment
 - Education à la santé
 - Brochures et supports
 - Les droits et devoirs du patient
 - La notion de consentement éclairé
- Identifier les facteurs favorisant de la satisfaction :
 - La gestion de l'accueil à la sortie
 - L'implication de l'entourage
 - Le circuit chirurgical
 - La cohérence des discours pluridisciplinaire

B- La satisfaction du personnel (satisfaction des parties prenantes)

- La satisfaction du personnel est un levier de performance de l'hôpital. C'est une valeur ajoutée pour renforcer l'efficacité et la motivation de nos cliniciens et professionnels de la santé.
- Une attention particulière sera portée sur :
- Définir le cadre de l'évaluation des leviers de motivation du personnel
- Mettre un cadre favorisant l'implication du personnel dans les décisions d'amélioration des infrastructures, de l'organisation, de la clinique,...
- Définir les modalités d'identification des talents et des performances
- Définir le cadre de l'évaluation de la satisfaction et garantir un environnement propice à la satisfaction et à la sécurité du personnel
- Définir les thématiques d'information et les modalités de communication favorisant un management participatif
- Garantir le respect des valeurs
- Identifier les ACS clés du département et rendre visible les plus values de l'interdisciplinarité dans les parcours de soins

C- La satisfaction des parties prenantes externes au CHL (satisfaction des parties prenantes)

La satisfaction des parties prenantes externes concerne nos partenaires de soins, nos médecins référents et nos partenaires académiques.

Elle tient une place importante dans un milieu concurrentiel afin de garantir la continuité des soins dans un contexte de filière et de maintenir un haut niveau de compétence et d'expérience.

Il est attendu :

- L'identification et le suivides partenaires clés autour d'un parcours de soins
- L'introduction dans le management d'une orientation résultat des plus values de ces partenariats au bénéfice de nos patients
- Le respect des filières établies
- Promouvoir les plus value du CHL
- Collaborer à la recherche
- Garantir la mesure des attentes spécifiques et la satisfaction des partenaires cliniques

D- La politique qualité et la gestion des risques dans le management de la clinique (sécurité patient, efficience des processus clés)

La politique qualité introduit les orientations, les actions qui assurent un périmètre large de sécurité pour nos patients, nos professionnels dans un environnement hospitalier.

La politique qualité est un engagement en continuum afin de :

- Définir les axes sécuritaires
- S'appuyer sur des méthodes et modèles reconnus
- Maîtriser les processus cliniques et les pratiques cliniques en s'appuyant sur des recommandations
- Se sentir propriétaire et participer à la révision des processus de support
- Respect des processus managériaux
- Favoriser la reconnaissance des domaines maîtrisés
- Identification de l'information chiffrée nécessaire au bon pilotage

L'intégration de la gestion des risques dans son champs de compétences et son champs d'activité est une assurance pour prévenir à priori et à postériori les incidents et accidents. C'est également apprendre à cerner l'incertitude pour offrir des prestations cliniques dans un cadre sécuritaire.

Un pilotage et une gestion des risques s'affichent dans les domaines suivants :

- Les recommandations de bonnes pratiques
- Les revues de dossiers
- Les évaluations de pratiques professionnelles
- La mesure des incidents
- La mesure des accidents
- La mesure des plaintes

E- L'innovation et la différenciation (innovation, différenciation, travail en interdisciplinarité,internationalisation)

L'innovation réside dans la différenciation de la qualité de nos prestations de soins et des approches pour répondre à nos 4 missions du CHL. L'innovation et la différenciation peut s'inscrire dans une latitude temporelle entre ce que nous avons été, ce que nous sommes et ce que nous voulons être comme professionnel et prestataire dans le paysage hospitalier.

- Chaque service, département peut s'interroger sur le niveau de compétitivité attendu dans les 5 années à venir en prenant en compte les attentes de la collectivité
- Les départements et services peuvent être des forces de proposition pro actives dans l'environnement et le contexte évolutif du Luxembourg
- La participation à des programmes de recherches, le développement de clinique monothématique est un atout pour la mise en œuvre de nouvelles compétences

F- La promotion et la prévention en termes de santé publique (promotion de la santé, travail en interdisciplinarité)

La mission du CHL de prévention et de promotion de la santé inclut une recherche perpétuelle de vigilance au regard des attentes et besoins de nos patients en termes de santé publique. De part sa place de 12ième employeur du pays, le CHL doit garantir et répondre à une évolution de la société civile.

Etre un acteur dans les domaines suivants :

- La participation active a :
 - des programmes de prévention et de recherche épidémiologique
 - des campagnes d'information
 - des programmes de dépistage
 - des séances d'éducation à la santé
- La transmission du savoir à la collectivité
- La notion d'entreprise, département, service socialement responsable

G- Flux patient et modèle organisationnel (efficience de processus clés, volume d'activité, travail en interdisciplinarité)

La gestion des flux patient est un facteur principal pour permettre l'accès aux soins dans des délais et conditions d'efficacité, d'efficience et d'effectivité.

Une réflexion et une mise en œuvre de modèles organisationnels efficaces sont attendues en interdisciplinarité :

- Réaliser une étude sur le profil patient : aigu, chronique, chirurgie, médecine, ...
- Identifier les parcours et filières de soins
- Définir les flux organisationnel au regard des profils patients, des filières, des hospitalisations conventionnel et activité ambulatoire
- Formaliser des contrats de niveau de service avec les activités de supports
- Favoriser l'accès aux soins
- Intégrer le processus d'urgence dans la notion de profil et flux

H- Gestion des ressources et des infrastructures efficaces (efficience de processus clés, volume d'activité, stabilité financière)

Une gestion efficace et efficiente des ressources garantit l'atteinte de nos objectifs au regard des moyens alloués. Faire les bons choix et faire bien les choses sont des dimensions fondamentales à maîtriser. La gérance des ressources s'effectue sur 2 niveaux afin de respecter les budgets attribués par les tutelles:

L'optimisation des ressources humaines :

- Capitalisation
- Mutualisation
- Compétences et métiers
- Frais fixes et frais variables
- Anticipation pour garantir une évolution dans l'environnement interne et externe

Les infrastructures :

- Maîtriser l'évolution budgétaire des frais variables
- Optimiser les infrastructures
- Appliquer les procédures qui garantissent l'attribution de ressources

Remarques :

La politique médico-soignante est déclinée sous forme de COM entre la direction médico-soignante et les départements. Les départements alimenteront leurs développements avec des COM de service.

Chaque service disposera de son règlement interne.

Annexe 2 Convention d'Objectifs et de Moyens département cancérologie-hématologie (extrait)

Conditions cadre	intitulé	actions mis en œuvre	Suivi des contraintes	Résultats obtenu
La satisfaction des patients et de leur entourage	Améliorer la capacité d'accueil des patients: nombre de lits, première classe, confort et intimité	<p>Pour L'hôpital de jour déménagement de l'UTC au 1er étage à la place de la radiothérapie. augmentation du nombre de place de 11 à 14 et élargissement de la page horaire de 7h30 à 19h</p>		<p>Pour l'Hospitalisation actuellement, l'activité d'hospitalisation a augmenté de 30% sur le 1er Trimestre LOM à 53 L'activité en chimiothérapie a augmenté de 30% (Passage de 40 chimiothérapies par jours à 60)</p>
	Mettre en place une méthodologie de recueil des besoins et attentes des patients	<p>Sensibilisation des équipes a interrogé les patients sur leurs attentes particulières et Formalisation dans le dossier patient Sensibilisation des équipes à distribuer les enquêtes de satisfaction de fin de séjours Dans la cadre du plan cancer, nous sommes en attente d'un questionnaire de mesure de qualité de vie Réactivation du travail sur le Blog Sein Proposition: appel du lendemain ?</p>	<p>Caractère redondant de la demande du fait d'un nombre important de réhospitalisation Patient refus de remplir l'enquête de satisfaction</p>	<p>Enquête picker</p>

	Mettre en place un monitoring des refus d'hospitalisation	Proposition au secrétaire de relever tous le refus d'hospitalisation et de leurs motifs	difficile à mettre en œuvre	
	Identifier les plaintes des patients au regard des contacts directs avec les médecins référents	<p>Relevés des plaintes exprimées soit sur les enquêtes de satisfaction, soit de manière verbale au personnel de l'unité</p> <p>Modification de l'organisation médicale des unités: MEVS référent rattaché à une unité permettant d'avoir un interlocuteur commun</p> <p>Information affichées sur la disponibilité des chefs d'unités pour entendre les plaintes des patients</p> <p>Formalisation en cours du règlement interne qui doit définir les règles de visites des patients par le médecin référent</p> <p>Brochure d'accueil de l'unité 23 réalisée et brochure d'accueil de l'unité 26 à réajuster: doit reprendre l'organisation médicale</p> <p>Grande visite du vendredi matin avec l'ensemble des médecins</p>	La grande visite du vendredi pose des problèmes sur l'organisation du service: fin tardive des PM	pas de plainte directe depuis le début de l'année 2016

	Structurer l'implication des patients dans le processus de soins: coaching, éducation, brochure spécifique,...	Documentation sur l'éducation (Grilles et supports d'informations) à la iodothérapie réaliser à la chimiothérapie au PAC au Isolements Sensibilisation des soignants à la démarche éducative lors de la clôture de dossiers Formation éducation des patients à programmer en 2018	définir la pertinence de l'informations distribuée par rapport à l'objectif fixé avec le patient	
--	--	---	--	--

Annexe 3 Fiche de poste du cadre soignant-chef de service



Définition de la fonction de soignant chef d'unité et des principales activités

Ce référentiel répertorie les compétences clés de la fonction de soignant chef d'unité. C'est un guide, une référence qui ne doit pas conduire à standardiser les comportements professionnels. Il s'agit de donner du sens plus que de dicter une conduite à tenir. Le cœur de la fonction du soignant chef d'unité est ici décrit en s'appuyant sur les différentes activités et savoir agir (savoir, savoir faire et savoir être) recensés, et s'inscrit dans une démarche de développement de la compétence de savoir devenir de l'individu.

La définition de la fonction

Le soignant chef d'unité est un manager. A ce titre, il organise, dirige et supervise les soins, le travail de son personnel en référence au projet d'établissement et au règlement général de l'institution sous la responsabilité de son cadre soignant chef de département clinique référent.

Il exerce ses missions dans le respect de la stratégie de l'hôpital, la politique du département des soins et la COM définie.

Il connaît les limites de sa fonction et n'hésite pas à recourir à la voie hiérarchique. Il met en place un partenariat privilégié avec d'une part son cadre soignant et d'autre part son binôme médical.

Pédagogue, il est le garant de la qualité et de la sécurité des soins prodigués au patient au sein de son unité. Il participe à la satisfaction de celui-ci, de celle de son équipe et garantit leur sécurité au travail. A ce titre, il participe ponctuellement à la réalisation de gestes et de pratiques de soins au sein de son unité.

Il assure également les missions de gestion du personnel, et de gestion de l'unité de travail. Il assure les relations professionnelles ascendantes, descendantes et transversales : partenaires, hiérarchie, équipe....

Il est proactif et valorise son unité sur le marché interne et externe de l'institution.

Les principales activités du soignant chef d'unité

Activité 1 : Gérer efficacement son unité en optimisant les moyens et en lien avec la COM

Activité 2 : Développer la communication interne et externe, et les relations professionnelles

Activité 3 : Assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués au patient

Activité 4 : Optimiser et faciliter la prise en charge du patient

Activité 5 : Favoriser la recherche, l'enseignement et l'apprentissage clinique

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 4 / 12

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas gérées.

Activité 1 : Gérer efficacement son unité en optimisant les moyens et en lien avec la COM

• Les tâches à réaliser

- Elaborer la Convention d'Objectifs et de Moyens de son service.
- Assurer le suivi des objectifs du service.
- Assurer un reporting régulier quant à la réalisation des objectifs de service.
- Collaborer à la gestion économique et administrative de l'unité.
- Participer à l'élaboration du budget de l'unité.
- Donner les moyens aux soignants de réaliser les prestations au quotidien en liaison avec l'équipe médicale.
- Organiser et travailler et coordonner les différentes activités de l'unité.
- Gérer les différents processus et processus inhérents à l'unité en mettant en place un suivi et une analyse régulière.
- Gérer les locaux, les équipements et le matériel de manière efficiente.
- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer des projets permettant d'améliorer les pratiques et la performance globale de l'équipe soignante.
- Suivre les résultats du service en les analysant régulièrement, en mettant en place des actions correctives si nécessaire.
- Effectuer un reporting régulier vers la hiérarchie.
- Mettre en œuvre un gestion efficace de ses ressources humaines dans l'unité.
- Véhiculer et assurer le respect des valeurs et de la culture d'entreprise du CHL.
- Encadrer ses collaborateurs par un management opérationnel quotidien : écoute, suivi, réunion, présence, motivation...
- Assurer l'adéquation des compétences de ses collaborateurs avec les tâches à effectuer.
- Gérer de manière optimale la formation continue de ses collaborateurs du recensement des besoins de formation jusqu'au transfert des acquis.
- Motiver ses collaborateurs et veiller à leur satisfaction en favorisant le dialogue, les bonnes relations et le travail en équipe.
- Participer au processus de recrutement : rédaction des profils et des annonces, participation aux entretiens...

• Les compétences

Les savoirs

- Les modalités d'organisation quotidienne du travail infirmier : intérêts, objectifs, limites, exigences...
- Les textes législatifs du GD.
- Les valeurs du CHL.
- La géographie et la topographie de l'établissement.
- Le concept de pluridisciplinarité.
- La politique de santé de l'hôpital.
- La connaissance du projet de l'établissement.
- La connaissance des protocoles de soins.
- Le code de déontologie.
- L'économie de la santé : le système de soins et les orientations de la politique de santé.
- Les COM et les CNS actifs dans le service et le département.
- Les tableaux de bord et les indicateurs d'activité.
- La démarche qualité EFQM.
- Le management fonctionnel et opérationnel.
- Les outils des ressources humaines et leurs processus de mise en œuvre.
- Les techniques de gestion des flux stocks/produits.
- La bureautique.

Les savoirs faire méthodologiques

- Mettre en œuvre une démarche d'utilisation optimale des ressources.
- Appliquer une méthode d'analyse et de suivi de l'activité.
- Mettre en œuvre les différents processus RH.
- Appliquer les différentes techniques de management.
- Appliquer et garantir la bonne utilisation des notices et guides d'utilisation des différents produits et matériels gérés dans le service.
- Utiliser et faire appliquer la réglementation relative à l'état et l'entretien des locaux.
- Appliquer les procédures de gestion de stock (biomédical, pharmacie...).

Les savoirs faire techniques

- Utiliser les outils d'organisation et de planification des tâches : plan d'action, planning, tableau de bord.
- Utiliser les outils de retranscription et de communication d'information.
- Utiliser les indicateurs et les tableaux de bord.
- Utiliser les outils de gestion RH : référentiels de compétences, profils de poste, fiche de repérage des besoins de formation, plan de formation...
- Utiliser les outils de retranscription et de communication d'information.
- Utiliser l'outil bureautique.
- Utiliser les connaissances pratiques sur le fonctionnement et l'organisation du service, le fonctionnement et la maintenance du matériel.
- Utiliser des outils informatisés de gestion et d'évaluation des soins, spécifiques à chaque secteur d'activité.
- Maîtriser les techniques de communication : observation, écoute, interprétation, décryptage...
- Maîtriser la compétence de leadership.
- Maîtriser les techniques d'entretien.

Les savoirs faire relationnels

- Maîtriser les techniques de communication : observation, écoute, interprétation, décryptage...
- Maîtriser la compétence de leadership.
- Maîtriser les techniques d'entretien.

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 5 / 12

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas générées.

Activité 2 : Développer la communication interne et en externe, et les relations professionnelles

• Les tâches à réaliser

- Définir et mettre en place une politique de communication interne et externe dans son service.
- Assurer une communication ascendante avec sa hiérarchie, transversale avec le corps médical et descendante avec son équipe.
- Organiser et/ou participer à des manifestations/réunions internes afin de communiquer de manière transversale sur les changements et les réalisations du service.
- Garantir la bonne application de la méthodologie d'éducation, et veiller à la mise à disposition des outils et des moyens nécessaires.
- Garantir la communication vers le patient et son entourage.
- Représenter sur délégation son service lors de réunions de travail internes au CHL.
- Participer à des manifestations externes (colloques, forums...) afin de promouvoir les activités et représenter le CHL à son niveau et dans son domaine.
- Renforcer les relations existantes avec les partenaires externes (partenaires de soins, associations de patients, Ministère de la Santé, EHL...) à son niveau et dans son domaine.
- Développer les partenariats internes en participant et/ou organisant des réunions de travail/de réflexions pour identifier les axes d'amélioration et de développement envisageables.
- Réaliser des enquêtes auprès de ses partenaires et clients pour recueillir leurs besoins.
- Définir et mettre en œuvre une politique de représentation interne et externe.
- Assurer le rôle de leader dans son service : symbole, visionnaire, sûr de soi...
- Développer la visibilité interne et externe de son service en proposant des modèles innovants, originaux et motivants.
- Constituer et entretenir un réseau de partenaires internes et externes à l'hôpital.
- Assurer l'interface entre les différents partenaires.
- Maintenir des relations constructives avec les partenaires sociaux.
- Faciliter la transmission d'information vers les différents interlocuteurs.
- Elaborer le Contrat de Niveau de Service de l'unité et en assurer un reporting régulier.

• Les compétences

Les savoirs

- Le cadre légal et réglementaire d'exercice professionnel.
- La stratégie de l'hôpital et de la Direction des Soins.
- L'organisation hiérarchique et fonctionnelle de l'institution.
- Le rôle du cadre.
- La géographie et la topographie de l'établissement.
- La géographie et la topographie nationale et internationale de la santé.
- Les modalités d'organisation quotidienne du travail infirmier : intérêts, objectifs, limites, exigences...
- La connaissance des projets de service et/ou du projet de l'établissement et/ou du projet d'équipe.
- La politique de santé de l'hôpital.
- La connaissance des protocoles de soins.
- Le code de déontologie.
- L'économie de la santé : le système de soins et les orientations de la politique de santé.
- L'organigramme du département.
- La matrice des responsabilités du CHL.
- Les COM et les CNS actives dans son service et département.
- Le profil de compétence de chaque hiérarchie.
- L'institution et les différents réseaux existants.
- Les différents acteurs et partenaires du réseau.
- Les techniques de communication.

Les savoirs faire méthodologiques

- Appliquer et mettre en œuvre les démarches de transmission d'information, d'éducation, d'adhésion...
- Développer et mettre en œuvre les compétences interpersonnelles : confiance en soi, charisme, comportement, expression...
- Savoir se situer dans l'organigramme hiérarchique.
- Appliquer les techniques de communication (verbale et non verbale), d'animation, d'entretien, d'accueil, d'argumentation...
- Désamorcer l'émotionnel.

Les savoirs faire techniques

- Utiliser l'ensemble des outils de communication et de transmission d'information écrite et orale.

Les savoirs faire relationnels

- Maîtriser les techniques de communication, d'animation, d'entretien, d'argumentation.
- Maîtriser les compétences interpersonnelles.
- Repérer et interpréter correctement le langage non verbal.

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 6 / 12

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas générées.

Activité 3 : Assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués au patient

• Les tâches à réaliser	• Les compétences
<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la culture qualité et généraliser les bonnes pratiques. - Participer à la mise en application des politiques et des programmes qualité au niveau du département. - Garantir la qualité des soins et des prestations donnés dans son unité par l'analyse et la mise en place d'un plan d'action en rapport avec le dossier du patient (quick audit, évaluation des pratiques, mesure des écarts, benchmarking...). - Développer une culture de l'autoévaluation (pratiques professionnelles, climat, état d'esprit, adhésion, valeurs, missions). - Participer à l'élaboration des objectifs d'amélioration et du plan d'action qui en découle. - Assurer une veille technologique/technique et concurrentielle des meilleures pratiques permettant d'identifier les axes d'amélioration envisageables à son niveau et dans son domaine. - Assurer la diffusion, la mise en œuvre, la transmission et l'analyse des résultats du projet d'amélioration. - Participer à l'évaluation directe de la satisfaction du patient. - Gérer les risques dans son unité par rapport à la sécurité des patients et du personnel.- Établir une cartographie des risques liée à l'activité spécifique du service et son plan d'action. - Veiller à l'application des procédures externes. - Transmettre des consignes et faire appliquer d'éventuelles mesures correctives en termes de sécurité des prestations : vigilances sanitaires, prévention des risques, sécurité des personnes et des biens, conditions de travail. - Prévenir les risques professionnels et s'assurer du respect des procédures de suivi (analyser les causes d'accident de travail). - Veiller à la sécurité des personnes placées sous sa responsabilité. - Faire respecter les règles de traçabilité en ce qui concerne les vigilances. 	<p>Les savoirs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le concept de soin. - Les textes législatifs du GD. - La pluridisciplinarité : concept de collaboration et repérage des champs de compétences des partenaires de soins. - La politique de santé de l'hôpital. - La connaissance des projets de service et/ou du projet de l'établissement et/ou du projet d'équipe. - Les droits et les devoirs du patient. - La démarche qualité. - Les protocoles de soins. - Le code de déontologie. - L'économie de la santé : le système de soins et les orientations de la politique de santé. - Les normes, règlements techniques d'hygiène et de sécurité. - la démarche EFQM. - La gestion des risques. - L'EPP. <p>Les savoirs faire méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser des méthodologies de recherche documentaire, recherche appliquée... - Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue dans le cadre de sa mission et participer à l'innovation des actes de soins (savoir devenir). - Adhérer à et appliquer la démarche de conduite du changement (savoir devenir). - Utiliser la démarche d'EPP. <p>Les savoirs faire techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les procédures et les outils professionnels référencés. - Utiliser des méthodes de diffusion des savoirs infirmiers (orales et écrites). - Créer de nouvelles procédures ou outils. <p>Les savoirs faire relationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maîtriser les techniques de communication.

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas gérées.

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 7 / 12

Activité 4 : Optimiser et faciliter la prise en charge du patient

• Les tâches à réaliser	• Les compétences
<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser le mode de prise en charge et la satisfaction du patient. - Evaluer l'information donnée aux patients et à son entourage, ainsi que les enseignements prodigués. - Accueillir le patient et son entourage en se positionnant comme le responsable de l'unité, et susciter une relation de confiance avec les patients. - Se rendre disponible pour recevoir, informer les patients et les familles, pour répondre à leurs questions. - S'engager auprès d'eux à garantir un séjour aussi satisfaisant que possible. - Se tenir informé de l'évolution du séjour de chaque patient. - Garantir les droits et les devoirs des patients. - S'assurer que les patients sont informés des possibilités et des limites inhérentes à une institution hospitalière. - Veiller au recueil du consentement éclairé du patient, et à la compréhension de l'information. - Accompagner les patients et les familles dans les moments difficiles et délicats. - Discerner les situations nécessitant un soutien plus attentif. - S'assurer de la continuité des soins et des prestations à la sortie des malades. - Gérer les différends patient-entourage, patient-personnel, patient-patient. - Ecouter avec objectivité les différents acteurs impliqués dans le différend. - Se situer comme médiateur. 	<p>Les savoirs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cadre réglementaire d'exercice professionnel : <ul style="list-style-type: none"> . Droit et information de la personne (lois, chartes...) . Code de santé publique. . Textes législatifs relatifs aux actes professionnels et règles professionnelles, éthique professionnelle . Concept de communication et de relation d'aide . Sciences humaines : psychologie, sociologie, ethnologie, anthropologie. . Concepts et théories de soin. - La stratégie du CHL et celle de la Direction des Soins - Les droits et devoirs du patient - Le code de déontologie - Les valeurs du CHL <p>Les savoirs faire méthodologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer et mettre en œuvre les démarches de transmission d'information, d'éducation, d'adhésion... - Mettre en œuvre la démarche d'éducation du patient et de son entourage. <p>Les savoirs faire techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser l'ensemble des outils de communication et de transmission d'information écrite et orale. <p>Les savoirs faire relationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maîtriser les techniques de communication et d'entretien.

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas gérées.

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 8 / 12

Activité 5 : Favoriser la recherche, l'enseignement et l'apprentissage clinique

• Les tâches à réaliser

- Assurer et garantir un enseignement en soins infirmiers.
- Participer à la mise en œuvre et au suivi de projets pédagogiques élaborés pour ses collaborateurs
- Concevoir et planifier des séquences d'apprentissage théoriques et pratiques sur les soins à prodiguer..
- Faciliter le transfert du savoir-faire et des connaissances vers les collaborateurs par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique (expert vers collaborateur).
- Participer activement à l'accompagnement pédagogique, dans son champ de compétence et dans celui de l'éthique professionnelle en mobilisant les personnes ressources dans le cadre de l'interdisciplinarité.
- Assurer une veille documentaire sur les nouvelles modalités de soins, la pédagogie, la réglementation, les vigilances, l'éthique...
- Coordonner et promouvoir la recherche dans son service.
- Anticiper l'incidence des recherches sur l'organisation et l'activité de l'unité de travail.
- Favoriser la diffusion, la connaissance et l'utilisation des résultats des études et des recherches.
- Initier les collaborateurs à la méthodologie de la recherche.
- Coordonner l'organisation des stages.
- Sélectionner/recruter les stagiaires.
- Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire dans l'institution (en accord avec la hiérarchie).
- Participer à la mise en œuvre et du suivi du projet pédagogique élaboré par l'institution de formation en liaison avec l'équipe et la hiérarchie.
- Organiser et superviser les activités d'apprentissage.
- Assurer l'intégration et le suivi du stagiaire par le tuteur respectif.
- Evaluer le stagiaire.
- Entretien et participer au développement des relations avec les partenaires académiques.

• Les compétences

Les savoirs

- Les références législatives prévalentes dans le secteur de l'exercice professionnel.
- Les textes législatifs réglementant les actes professionnels, les règles professionnelles et la formation professionnelle.
- Le concept de soins et les valeurs professionnelles.
- Les concepts et théories de l'apprentissage y compris l'évaluation.
- Les référentiels de compétences professionnelles.
- L'organisation institutionnelle (charte, organigramme, règles de fonctionnement spécifiques au lieu d'exercice...).
- Les textes professionnels propres à l'institut de formation.

Les savoirs faire méthodologiques

- Repérer les processus d'apprentissage.
- Mettre en œuvre les méthodes d'évaluation.
- Appliquer la démarche de soins.
- Conclure le contrat d'encadrement défini avec le stagiaire.

Les savoirs faire techniques

- Appliquer les principes pédagogiques d'encadrement.
- Utiliser les outils d'appréciation des métiers et des compétences.
- Utiliser les outils d'évaluation.

Les savoirs faire relationnels

- Développer des attitudes propices à une relation pédagogique adaptée.
- Développer des attitudes propices à une relation pédagogique adaptée au stagiaire.

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas gérées.

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 9 / 12

La compétence de savoir être de la fonction

Celle-ci est directement liée aux valeurs définies au sein de l'institution, déclinées dans les services et dans les différents métiers de l'hôpital. Le soignant chef d'unité doit faire preuve de :

Adaptabilité	Capacité à s'adapter à des situations variées et à ajuster ses comportements en fonction des caractéristiques de l'environnement, des enjeux de la situation et du type d'interlocuteur.
Analyse	Capacité à identifier les différents composants d'un problème, d'une situation et les liens qui les unissent en vue de leur traitement.
Communication	Capacité à être à l'écoute des autres et réceptif aux informations fournies par l'environnement. Capacité à mettre en forme les informations à transmettre et établir la relation et le feed-back nécessaire à la compréhension mutuelle.
Communication écrite	Capacité à formaliser, rédiger et transmettre des informations de natures variées, à l'aide d'un support écrit, de façon à atteindre son objectif d'information ou de communication vers des interlocuteurs concernés.
Négociation	Capacité à discuter, agir, influencer ses interlocuteurs internes et externes afin de parvenir à un accord sur un sujet donné.
Organisation et gestion des priorités	Capacité à être efficace dans l'organisation de sa propre activité et/ou optimiser l'utilisation des moyens dans le cadre d'une réalisation collective.
Orientation vers les résultats	Capacité à atteindre ses objectifs en faisant face aux difficultés et obstacles de tous ordres rencontrés.
Prise de décision	Capacité à prendre rapidement des décisions et à hiérarchiser les actions en fonction de leur urgence/importance dans un contexte en évolution.
Sens relationnel	Capacité à entrer en contact avec autrui, à pratiquer une écoute active, à construire un réseau relationnel et à l'utiliser comme aide et support à son action. Etablir la relation et le feed-back nécessaire à la compréhension mutuelle.
Synthèse	Capacité à sélectionner et à globaliser de façon pertinente l'information disponible pour parvenir à un diagnostic fiable et/ou une solution adaptée.
Travail en équipe	Capacité à s'intégrer et coopérer dans un ou plusieurs groupes de travail, projets ou réseaux et d'y apporter une contribution efficace
Ponctualité	Capacité à respecter les horaires de travail et ceux de fonctionnement du service, s'inscrire dans la dynamique de travail appliquée
Empathie	Capacité à se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions.
Exemplarité	Capacité à donner l'exemple, à être un modèle, à afficher par des actes les valeurs professionnelles de l'institution.

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas gérées.

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 10 / 12

Les relations professionnelles et évolution du métier

• Relations professionnelles les plus fréquentes

- Direction des soins pour la supervision et le suivi des projets.
- Services de soins, médico techniques, logistiques et administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels.
- Partenaires de santé extrahospitaliers pour la continuité des prestations.
- Fournisseurs externes de matériels, et prestataires externes de service pour la veille technique et le choix des moyens.
- Service de formation continue pour rechercher et organiser des formations adaptées aux besoins des personnels.
- Instituts de formation et les écoles pour le suivi des stagiaires.

• Tendances d'évolution du métier (source : référentiel ENSP)

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
Regroupements d'activité par pôle et fonctionnement interprofessionnel	Nouveaux modes de management partagé (médical, soignant, administratif) Augmentation de la connaissance interprofessionnelle Développement des compétences économiques et financières
Développement du travail en binôme avec le corps médical et son représentant	Nouveau mode de management axé sur le développement de la compétence de co-décision.
Développement de la visibilité et de l'attractivité interne et externe des prestations de soins de son unité.	Acquisition d'une compétence managériale assurant la productivité, la compétitivité et la rentabilité de son unité.
Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires	Acquisition de connaissance juridique (droit des patients) Attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités
Evolution des professions de soins dans le cadre des transferts d'activité et de compétence	Redéfinition des missions, des procédures de prise en charge, des profils de postes et des responsabilités au sein des équipes
Evolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques	Veille sur les évolutions techniques, nécessité de formation continue sur les nouveaux matériels

Soignant chef d'unité RH-RI-024 version 001 Page 11 / 12

La version à jour de ce document est disponible dans la Gestion Documentaire Qualité ENNOV.
Les versions imprimées ne sont pas gérées.

Annexe 4 Synthèse du projet et des résultats de l'implantation du *Lean Healthcare*

Project 2018 : Ambulatory chemotherapy
Centre Hospitalier de Luxembourg


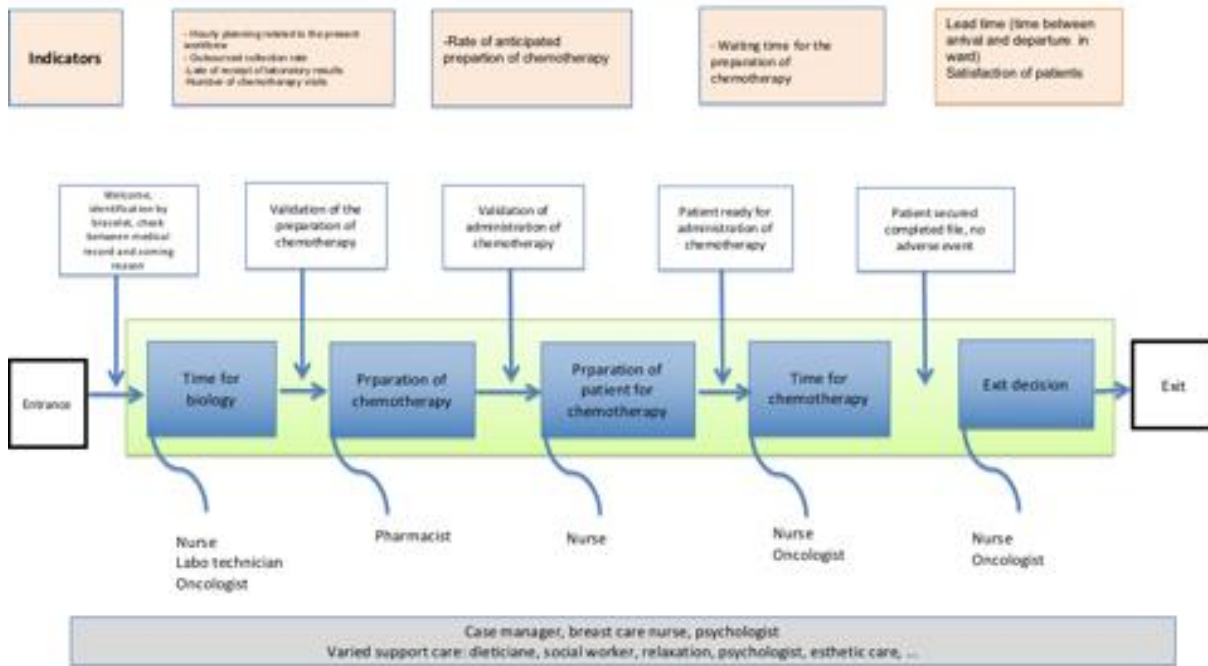


Issues

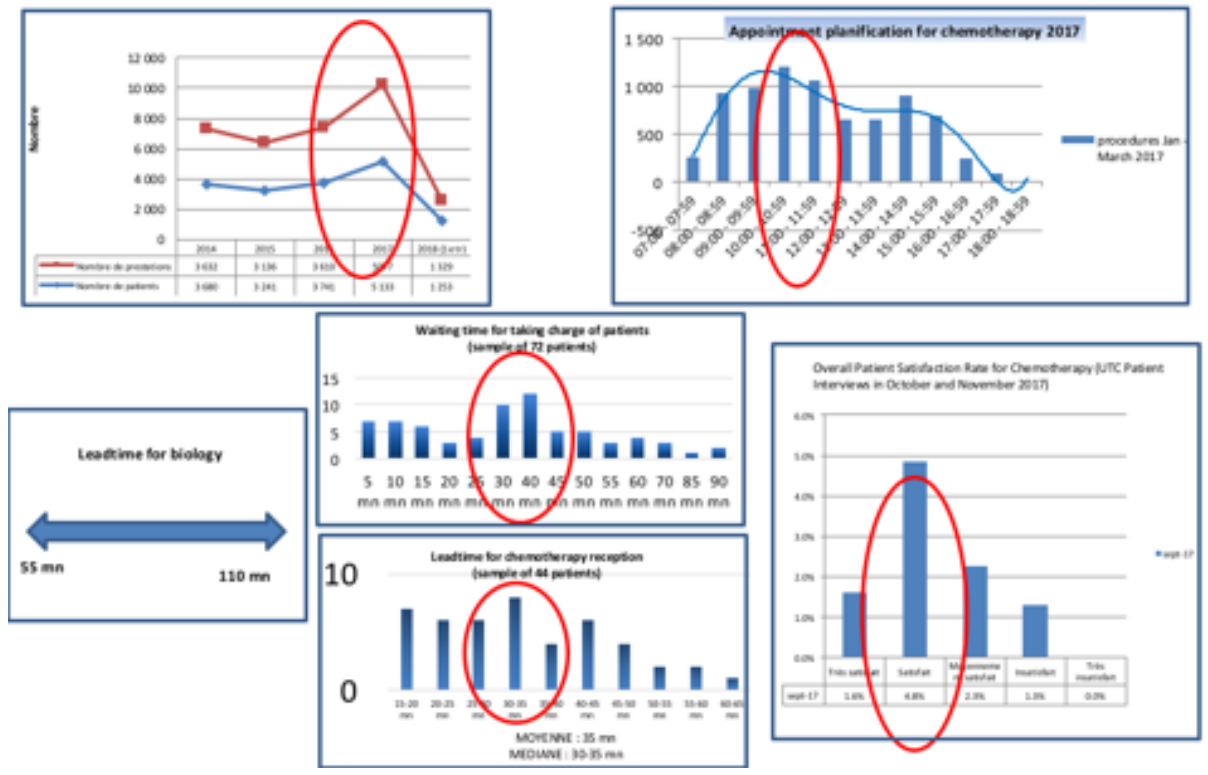


- Move of the service into a new structure but same organizational problems
- The number of ambulatory chemotherapies increased last year due to the arrival of two new oncologists (+/- 30%)
- The process of patient care in the ward has a lot of variability (waiting time, time in the ward, ...). These disparities produce irregularities in the patient flow, with punctual increase of workflow for the nurses and dissatisfaction of patients.
- This process is characterized by multi disciplinarily care of patient support and many involved actors
- Rise of variable costs on account of new expensive medications
- Hospital develops a phylosophy by skills network : The Kriibszentrum (Cancer center)
- Willingness to review our organizations according to the Lean model
- We want to involve all stakeholders in finding solutions.

Chemotherapy process

Starting issues

Our approach



PHILOSOPHIE

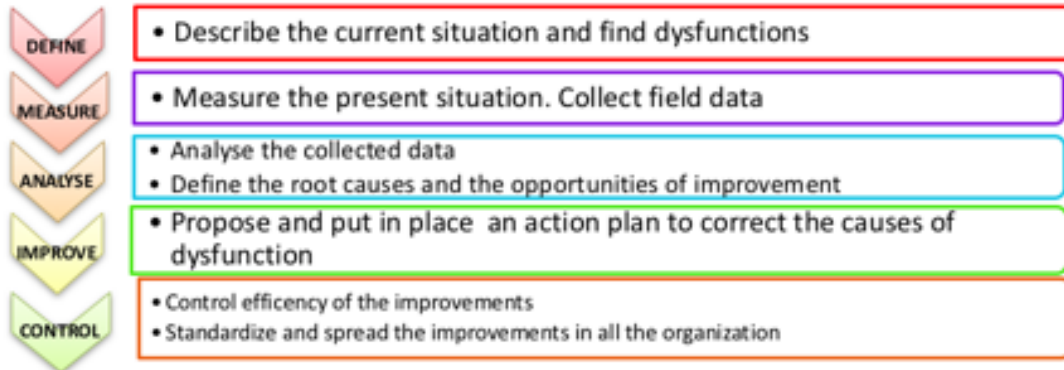
Technique

Management des Compliances

CULTURE ORGANISATIONNELLE

Lean approach: Avoiding waste, just in time, involvement of all stakeholders

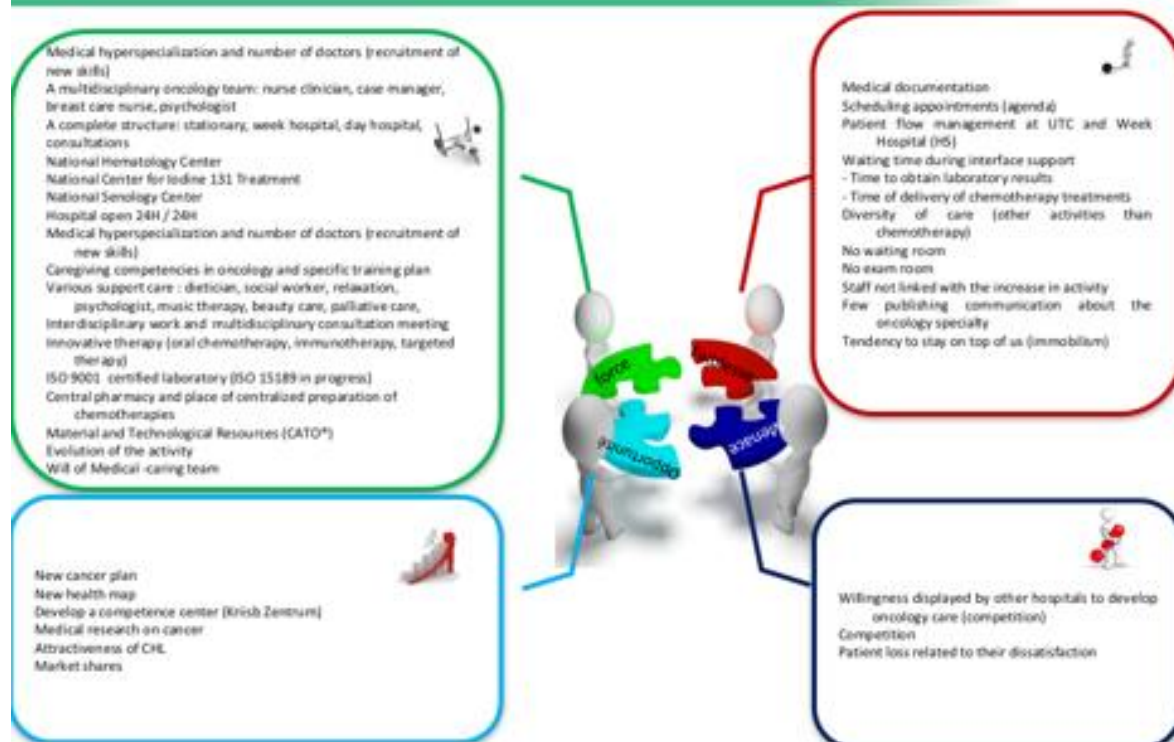
Méthodologie



Tools

SWOT
SIPOC
VOC (Voice of customer)

SWOT



STEP : IMPROVE, INNOVATE



Stage of process	Problematic values	Root causes	Action plan	Achievement level
Take appointment at UTC	<ul style="list-style-type: none"> - Scheduling RDVs difficult because refusal of patients to come to the proposed times (according to schedule) - Overloading of the schedule on Monday by adding patients after the weekend - Mix between patients of the consultation and those of the UTC 	<ul style="list-style-type: none"> > Lack of patient information about service organization and these constraints > No formal rules for scheduling appointments > Inadequate appointment planning (allows to superimpose appointments) > No waiting room dedicated to nursing consultations 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establish planning rules: cf. document 2. Proposal to have consultation patients wait in the consultation waiting room Dr. Rob Et Bauer 	<p>Made ⇒ Evaluation in progress</p> <p>In progress</p>

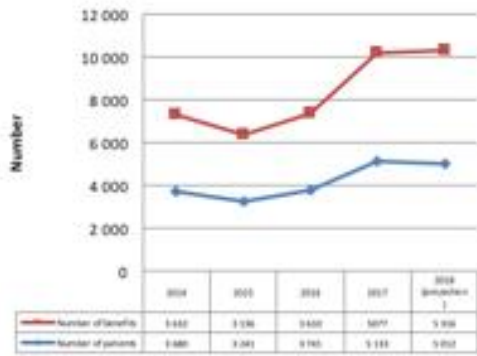
STEP : IMPROVE, INNOVATE



Stage of process	Problematic values	Root causes	Action plan	Achievement level
Welcome the patient	<ul style="list-style-type: none"> > The presence of the coordinator is not systematic -The secretarial time is not respected -Some patient does not show up at the reception of the service to inform us of their arrival -Mixing between patients of the consultation and those of the UTC 	<ul style="list-style-type: none"> > The workforce does not cover hours of operation by the presence of a coordinator > The coordination time is partly organized around caregivers in handicapped converted post > Secretarial time dedicated to UTC and phagocyted by other activities > Lack of patient information about the organization of the service and these constraints > No waiting room dedicated to nursing consultations 	<ul style="list-style-type: none"> > Set up an information flyer presenting the service and its organization 	<p>Done</p>

Our results:

-Number of path in chemotherapy
-Hourly planning related to the present workforce



The number of patient has been increased of 37% between 2016 and 2017
The results for 2018 are based on a projection from the first quarter of 2018 (1st quarter 2018 : 1253 patients, 1329 deliveries)

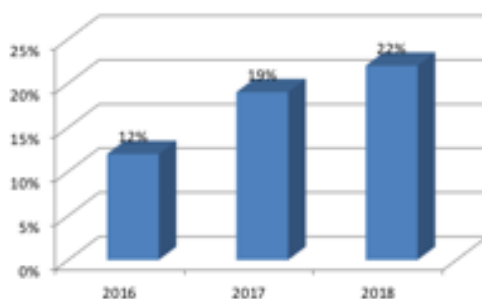
More homogeneous scheduling of chemotherapy appointments
- an alignment of the activity on the nursing workforce present
- a matching of the number of patients with the number of places available
- a decrease in patient waiting times

Our results : Laboratory

- Outsourced collection rate
- Time of receipt of laboratory results

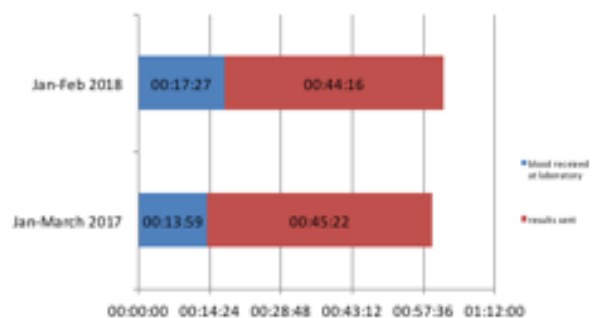


Evolution in externalisation of laboratory requests



Gradual increase in the number of patients who did the blood sample before the appointment of chemotherapy. An external partnership project is under development to increase this value

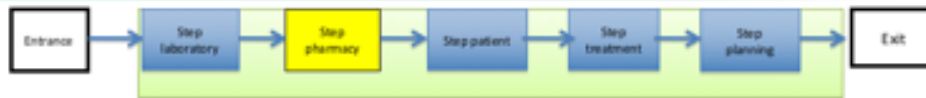
Time of receipt of laboratory results



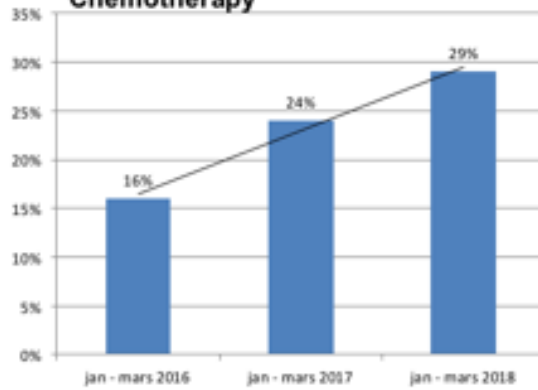
Extended laboratory coding time for laboratory requests: the project to set up the connected prescription should reduce this time to 0 (June 2018)

Our results : Pharmacy

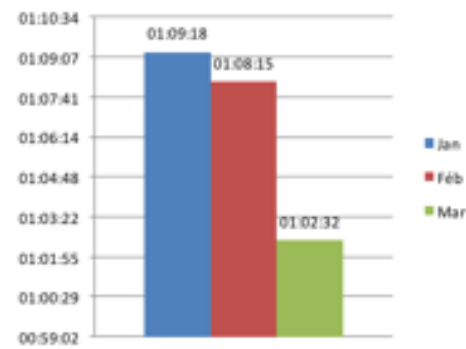
- Rate of anticipated preparation of chemotherapy
- Patient waiting time for the preparation of chemotherapy



Anticipated preparation of Chemotherapy



Time for preparation of chemotherapy



- Increase of 13% in the number of chemotherapy prepared by anticipation thanks to the outsourcing of blood samples the day before

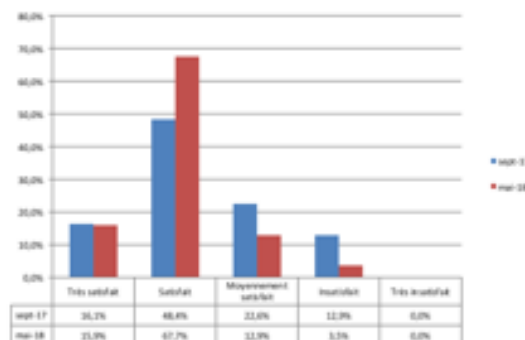
- Redistribution of this time to reduce the preparation time of chemotherapy
- External partnership project is under development to increase the capacity to anticipate the preparation of chemotherapies (sampling and clinical survey)

Our results

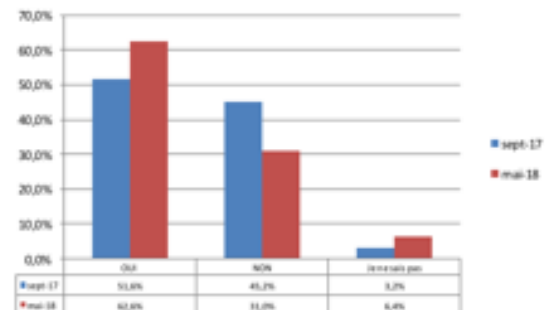
- Satisfaction des patients



Satisfaction Générale



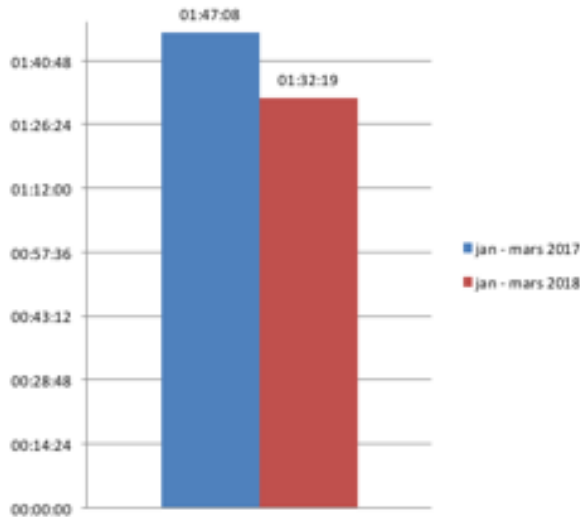
Satisfaction sur le délai d'attente de prise en charge



Satisfaction des patients :
 76% en Novembre 2017
 85% en mai 2018

Our results

- Lead time



Lead time improvement
(must take into account the average duration of treatments)

Process efficiency

- Lead time

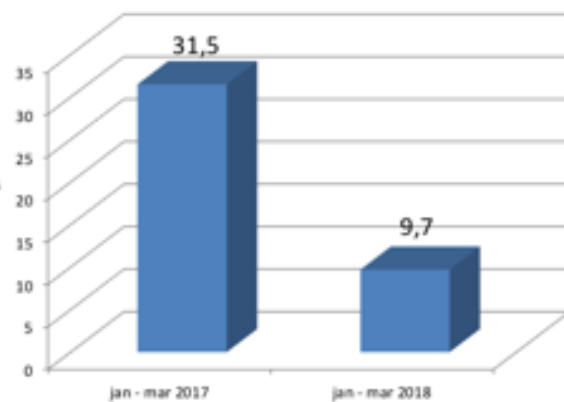


% of chemotherapy discarded



Decrease of 0.35% to 0.23% of the number of chemotherapy discarded

Evolution des heures supplémentaires



Decrease of 70% of the number of overtime hours

The future of the project



- Continue and finalize action plans
 - Action plans become standards
 - Establish a culture of measurement
 - Experiment with the stands up meeting (Codified meetings for 5 minutes)
 - Presentation of the indicators
 - Focused discussions
 - Reminder of instructions
- => maintain the changes**



Table des figures

Figure 1. Les quatre pouvoirs de l'hôpital public	14
Figure 2. Évaluation de la capacité à implanter le Lean Healthcare	16
Figure 3. Cadre théorique de la recherche.....	20
Figure 4. La démarche qualité : de la stratégie à l'opérationnel	27
Figure 5. La roue de Deming	30
Figure 6. La pyramide inversée.....	34
Figure 7. Répartition usuelle du pouvoir décisionnel	35
Figure 8. La qualité dans le secteur public.....	38
Figure 9. Cycle de la qualité	43
Figure 10. Modèle de Donabedian : trois points de vue sur la qualité des soins.....	44
Figure 11. Barrières à l'innovation	54
Figure 12. Le Lean	63
Figure 13. Publications portant sur le Lean Healthcare, fréquence cumulée	73
Figure 14. Le processus managérial	78
Figure 15. Les interfaces dans la pyramide organisationnelle.....	79
Figure 16. Modèle de Karazek, latitude décisionnelle versus demandes psychologiques	81
Figure 17. Modèle de création des connaissances : le SECI.....	93
Figure 18. Facteurs globaux de l'organisation apprenante.....	95
Figure 19. Cadre conceptuel de la recherche.....	104
Figure 20. Le processus de co-production de connaissances.....	115
Figure 21. Processus d'élaboration de la valeur ajoutée cognitive	132
Figure 22. Déclinaison opérationnelle de la stratégie.....	146
Figure 23. Modèle EFQM.....	147
Figure 24. Organigramme fonctionnel du CHL.....	155
Figure 25. Une collaboration médico-soignante.....	156
Figure 26. Convention d'objectifs et de moyens et contrats de service.	157
Figure 27. Les 13 départements cliniques du CHL.....	168
Figure 28. Le comité de direction du CHL.....	170
Figure 29. Les chargés de mission du CHL.....	171
Figure 30. La ligne hiérarchique.....	172
Figure 31. Les composantes de l'organisation	183
Figure 32. Les interfaces du processus de prise en charge.....	190
Figure 33. Un recueil de données longitudinal	193
Figure 34. Les acteurs du processus de décision.....	195
Figure 35. Diagramme de causes à effets	222
Figure 36. Les leviers managériaux et la phase de décision	252
Figure 37. Les leviers managériaux et la phase de mise en usage	254
Figure 38. Les leviers managériaux et la phase de poursuite de l'usage	257
Figure 39. Modèle théorique proposé	262
Figure 40. Les facteurs modérant l'habilitation du manager de proximité.....	264
Figure 41. Une évolution de la ligne hiérarchique.....	266
Figure 42. La position intermédiaire du manager de proximité au sein des hôpitaux dans un contexte d'innovation managériale.....	273

Table des tableaux

Tableau 1. Correspondance entre approches qualité et modèles managériaux	33
Tableau 2. Impact des barrières à l'IO en fonction des phases du processus d'adoption.....	55
Tableau 3. Les quatorze principes du modèle Toyota Way	62
Tableau 4. Les pratiques Lean : définitions et implications	65
Tableau 5. Les 5 principes du Lean à l'hôpital	72
Tableau 6. De manager à leader	84
Tableau 7. Approches de la réalité et objets de recherche	112
Tableau 8. Echantillonnage	126
Tableau 9. Entretiens menés lors de la phase de décision	127
Tableau 10. Entretiens menés lors de la mise en usage	128
Tableau 11. Entretiens menés lors de la poursuite de l'usage	129
Tableau 12. Guide d'entretien - manager de proximité	130
Tableau 13. Guide d'entretien - professionnels de santé.....	131
Tableau 14. Guide d'entretien - hiérarchie du manager de proximité.....	131
Tableau 15. L'arborescence du dépouillement des entretiens dans une recherche- intervention	133
Tableau 16. Documents utilisés pour le recueil de données.....	136
Tableau 17. Avantages et risques de l'utilisation de logiciels	138
Tableau 18. Les quatre axes de la carte stratégique du CHL.....	152
Tableau 19. Structure du CHL.....	174
Tableau 20. Fonctionnement du CHL	182
Tableau 21. Analyse des échanges sur le thème de la situation actuelle.....	197
Tableau 22. Analyse des échanges portant sur le choix du Lean Healthcare	200
Tableau 23. Analyse des propos recueillis lors des échanges portant sur les modalités d'implantation du Lean Healthcare	204
Tableau 24. Entretien mené auprès du manager de proximité lors de la phase de décision	207
Tableau 25. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs lors de l'étape de décision portant sur le rôle du manager de proximité.....	213
Tableau 26. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs lors de l'étape de décision portant sur l'innovation managériale.....	215
Tableau 27. Résultats de sentiment de l'encodage automatique des entretiens phase de décision (Source : NVivo)	215
Tableau 28. Planification des réunions de travail.....	217
Tableau 29. Analyse des entretiens auprès du manager de proximité lors la mise en usage de l'innovation	227
Tableau 30. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs de terrain lors la mise en usage de l'innovation.....	229
Tableau 31. Analyse des entretiens menés auprès du manager de proximité lors de la poursuite de l'usage	233
Tableau 32. Analyse des entretiens menés auprès des acteurs sur le vécu de la poursuite de l'usage	235
Tableau 33. Les leviers managériaux lors de la phase de décision.....	238
Tableau 34. Les leviers managériaux lors de la phase de mise en usage	241
Tableau 35. Les leviers managériaux lors de la poursuite de l'usage	244

Table des matières

Remerciements	3
Table des abréviations	4
Sommaire général de la thèse	6
Introduction générale	8
Partie I. Cadre théorique	19
Chapitre 1. De la qualité au management de la qualité	22
Section 1. Du concept de qualité à son application en tant qu'outil de gestion	22
1.1. Le concept de qualité	22
1.1.1. Historique de la qualité	22
1.1.2. Gouvernance de la qualité	24
1.2. La démarche qualité en tant qu'outil de gestion	26
1.2.1. L'outil de gestion	26
1.2.2. Méthodologie de la démarche qualité	29
Section 2. Le management de la qualité	31
2.1. Une évolution managériale	31
2.2. Une évolution des relations hiérarchiques	34
2.3. Les difficultés du management de la qualité	36
Section 3. Management de la qualité et organisations de santé	38
3.1. Les organisations publiques de santé	38
3.1.1. Présentation des organisations publiques	38
3.1.2. Présentation des organisations publiques de santé	39
3.1.2.1. La structure des organisations de santé	39
3.1.2.2. Une organisation pluraliste	40
3.1.3 La gestion des organisations publiques de santé	41
3.2. Objectifs du management de la qualité au sein des organisations de santé	42
3.2.1. Performance et qualité	42
3.2.2. La qualité des soins	44
3.2.3. La gestion de la qualité, un système de régulation	45
3.3. Limites et facteurs de succès de la démarche qualité à l'hôpital	46
3.3.1. Les limites	47
3.3.2. Les facteurs de succès	48

Chapitre 2. Une innovation managériale, le <i>Lean Healthcare</i>	50
Section 1. L'innovation managériale	50
1.1. L'innovation	50
1.2. L'innovation managériale	51
1.2.1. Définition	51
1.2.2. Les étapes de l'innovation managériale	52
1.2.3. Barrières et facteurs de succès de l'innovation managériale	53
1.2.3.1. Les barrières de l'innovation managériale	53
1.2.3.2. Les facteurs de succès de l'innovation managériale	56
1.3. Innovation managériale et organisations de santé	57
1.3.1. Innovation managériale et communautés de pratique	57
1.3.2. Innovation managériale et mobilisation collective	58
Section 2. Le <i>Lean management</i>	60
2.1. Présentation du <i>Lean</i>	60
2.1.1. Définition	60
2.1.2. Les principes du <i>Lean</i>	61
2.1.3. Les pratiques du <i>Lean</i>	64
2.1.4. Les barrières du <i>Lean</i>	66
2.2. Les principes managériaux du <i>Lean management</i>	67
2.2.1. L'école japonaise	67
2.2.2. Un renouvellement managérial	68
Section 3. Le <i>Lean management</i> dans le secteur de la santé : le <i>Lean Healthcare</i>	69
3.1. Application du <i>Lean Healthcare</i>	70
3.1.1. Une optimisation des processus	70
3.1.2. La chaîne de valeur	71
3.2. Des résultats contrastés	73
3.2.1. Les succès de la méthode	73
3.2.2. Les difficultés rencontrées	74
Chapitre 3. Les leviers managériaux du <i>Lean management</i>	77
Section 1. Un acteur clé, le manager de proximité	77
1.1. Le manager	77
1.2. Le manager de proximité	79
1.2.1. Une position centrale	79
1.2.2. Une adaptation aux contraintes	80

1.3. Manager de proximité et organisations de santé	82
Section 2. Leviers managériaux et innovations managériales	83
2.1. Leadership et innovations managériales	84
2.1.1. Du manager au leader	84
2.1.1.1 .Leadership	84
2.1.1.2. Une pluralité de leadership	85
2.1.2. Leadership et innovation managériale	86
2.2. L'agilité	88
2.2.1. Définition	88
2.2.2. Mobilisation de l'agilité	89
2.3. Création de sens et innovation managériale	90
2.3.1. <i>Sensemaking</i> et <i>sensegiving</i>	90
2.3.2. Une création collective de sens	91
2.4. La diffusion des connaissances	92
2.4.1. L'apprentissage organisationnel	92
2.4.2. Le processus d'apprentissage lié à l'innovation managériale	94
2.4.3. L'organisation apprenante	95
2.5. Accompagnement managérial et innovations managériales	96
Chapitre 4 Problématique – Cadre conceptuel	100
Section 1. L'état de l'art actuel	100
1.1. Les innovations managériales	100
1.2. Le manager de proximité	101
Section 2. La question de recherche	102
Section 3. Le cadre conceptuel	104
Partie II Cadre méthodologique et empirique	109
Chapitre 5. Choix méthodologiques	111
Section 1. Positionnement épistémologique	111
Section 2. Choix de la méthodologie	113
2.1. Recherche-intervention	114
2.1.1. Définition	114
2.1.2. Des engagements mutuels	116
2.2. Application de la recherche-intervention	117
2.2.1. Mise en œuvre de la méthode	117
2.2.2. Application à notre recherche	118

2.3. Limites de la méthode	120
Section 3. Le protocole de recherche	122
3.1. Le planning de la recherche	122
3.2. Le recueil de données	123
3.2.1. Les entretiens	124
3.2.1.1. Mode opératoire	124
3.2.1.2. L'échantillon	125
3.2.1.3. Déroulement des entretiens	127
3.2.1.4. Construction du guide d'entretien	130
3.2.1.5. Analyse des données	132
3.2.2. L'observation	133
3.2.2.1. Description de la technique	133
3.2.2.2. Données collectées	134
3.2.3. Le matériau issu des documents institutionnels	135
3.2.3.1. Présentation des documents utilisés	135
3.2.3.2. Données collectées à partir des documents	136
3.3. Analyse des données recueillies	137
Section 4. Validité de la recherche	139
4.1. Validité interne de la recherche	139
4.2. Validité externe de la recherche	140
Section 5. Les risques de la recherche qualitative	140
Chapitre 6. Choix du terrain	143
Section 1. Le système de santé luxembourgeois	143
1.1. Un système de santé en pleine restructuration	143
1.2. Les hôpitaux luxembourgeois	144
1.2.1. L'histoire des hôpitaux publics	145
1.2.2. Hôpitaux luxembourgeois, stratégie et performance	145
1.2.3. Le management de la qualité au sein des hôpitaux luxembourgeois	146
Section 2. Le Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)	149
2.1. Les activités du CHL	149
2.2. La stratégie du CHL	151
2.3. La politique qualité du CHL	153
	<hr/>
	348

2.4. L'organisation du CHL	154
2.4.1. Présentation de l'organigramme	154
2.4.2. La politique médico-soignante	156
2.5. Le management de proximité au CHL	157
2.6. L'Unité de Traitement de Chimiothérapie du CHL	159
Partie III. Résultats	164
Chapitre 7. La connaissance du terrain	166
Section 1. Le terrain et ses acteurs	167
1.1. La structure du CHL	167
1.1.1. Les composantes structurelles	167
1.1.1.1. Le noyau opérationnel	167
1.1.1.2. Le sommet stratégique	169
1.1.1.3. La ligne hiérarchique	171
1.1.1.4. La technostructure	173
1.1.1.5. Les supports logistiques	174
1.1.2. Synthèse de la structure du CHL	174
1.1.3. La perception de la structure par les acteurs	175
1.2. Le fonctionnement général du CHL	175
1.2.1. Les mécanismes de coordination	176
1.2.1.1. L'ajustement mutuel	176
1.2.1.2. La supervision directe	177
1.2.1.3. La standardisation des procédés	180
1.2.1.4. La standardisation des produits ou services	181
1.2.1.5. La standardisation des qualifications	182
1.3. Synthèse du fonctionnement du CHL	182
1.4. La culture du CHL	183
Section 2. Les innovations au CHL	185
2.1. Les innovations technologiques	185
2.2. Les innovations managériales	187
2.3. Les innovations thérapeutiques	188
Section 3. L'identification du problème à l'origine de la recherche-intervention	190
3.1. Les activités de prise en charge à l'UTC	190
3.2. La validation de l'identification du problème par les acteurs de l'organisation	192

Chapitre 8. L'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	194
Section 1. La phase de décision	195
1.1.. Description du processus de décision	195
1.1.1. Les acteurs du processus de décision	195
1.1.2. Les éléments discutés et décidés	197
1.1.2.1. La situation actuelle	197
1.1.2.2. Le choix du <i>Lean Healthcare</i>	200
1.1.2.3. Les modalités d'implantation du <i>Lean Healthcare</i>	202
1.2. Le manager de proximité et l'étape de décision	206
1.2.1. Une nouveau statut, une nouvelle mission	206
1.2.2. Les ressources du manager de proximité	209
1.2.3. Les contraintes identifiées	211
1.3. Les professionnels de terrain et l'étape de décision	212
1.3.1. Perceptions relatives au rôle du manager de proximité	212
1.3.2. Perceptions de l'innovation managériale	216
Section 2. La mise en usage	217
2.1. Le déroulement de la mise en usage	217
2.1.1. Le pilotage du projet	217
2.1.2. Les réunions de travail	218
2.2. Le manager de proximité	226
2.3. Le vécu de la mise en usage par les acteurs	229
Section 3. La poursuite de l'usage	231
3.1. Le devenir de l'innovation managériale	231
3.2. Le rôle du manager de proximité	233
3.3. La perception des acteurs	235
Chapitre 9. Synthèse et validation des résultats	238
Section 1. La phase de décision du <i>Lean Healthcare</i>	238
1.1. Les leviers managériaux mobilisés	238
1.2. L'adhésion à l'innovation managériale au cours de la phase de décision	241
Section 2. La mise en usage du <i>Lean Healthcare</i>	241
2.1. Les leviers managériaux mobilisés	241
2.2. L'adhésion à l'innovation managériale au cours de la phase de mise en usage	244

Section 3. La poursuite de l'usage du <i>Lean Healthcare</i>	244
3.1. Les leviers managériaux mobilisés	244
3.2. L'adhésion à l'innovation managériale lors de la poursuite de l'usage	246
Partie IV. Discussion	250
Chapitre 10. Discussion des résultats	252
Section 1. Des résultats confrontés au modèle conceptuel proposé	252
1.1. Revue du modèle théorique proposé	253
1.1.1. Les leviers managériaux de l'étape de décision	253
1.1.2. Les leviers managériaux de l'étape de mise en usage	255
1.1.3. Les leviers managériaux de l'étape de poursuite de l'usage	258
1.1.4. L'accompagnement managérial	261
1.2. Proposition d'un modèle théorique	262
Section 2. Les facteurs modérant la mobilisation des leviers managériaux	264
2.1. Les facteurs environnementaux	265
2.2. Les facteurs organisationnels	266
2.2.1. Une évolution structurelle	266
2.2.1.1. La réduction des strates hiérarchiques	266
2.2.1.2. Une évolution du mode de gouvernance	268
2.2.2. Le pouvoir décisionnel du manager de proximité	269
2.3. Les facteurs intrinsèques au manager de proximité	269
2.3.1. Son parcours professionnel	269
2.3.2. Une connaissance du terrain et des acteurs	271
2.4. L'habilitation du manager de proximité	271
Chapitre 11. Apports, limites et perspectives	273
Section 1. Les apports de la recherche	273
1.1. Les apports théoriques	273
1.1.1. Contributions sur le rôle managérial dans un contexte d'innovation managériale	273
1.1.2. Contributions sur la capacité d'innovation des organisations de santé	275
1.1.3. Contributions sur l'adaptation d'une innovation managériale	276
1.1.3.1. Une adaptation en vue d'une adoption	276
1.1.3.2. Une adaptation pour une construction de sens	277
1.1.3.3. Une adaptation pour lever les obstacles	278
1.1.4. Contributions sur le <i>Lean Healthcare</i>	279
1.1.4.1. Les effets du <i>Lean</i> sur la santé	279

1.1.4.2. Les effets du <i>Lean</i> sur l'organisation	280
1.2. Les apports managériaux	280
1.2.1. Les modalités de mobilisation des leviers managériaux par le manager de proximité	281
1.2.2. L'instauration de conditions favorables par le top management	282
1.3. Les apports méthodologiques	284
1.3.1. La posture du chercheur-intervenant au sein d'un milieu complexe	284
1.3.2. La posture du chercheur-intervenant en innovations managériales	284
Section 2. Les limites	285
2.1. Les limites liées à la méthodologie	285
2.2. Les limites liées aux spécificités de l'innovation managériale	285
2.3. Les limites liées au contexte	286
Section 3. Les perspectives	286
3.1. Innovation managériale et gouvernance des organisations de santé	286
3.2. Middle management et apprentissage organisationnel au sein des organisations de santé	287
Conclusion générale	291
Bibliographie	297
Annexes	321
Table des figures	344
Table des tableaux	345
Table des matières	346

INNOVATIONS MANAGÉRIALES ET MANAGEMENT DE PROXIMITÉ
AU SEIN DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

RÉSUMÉ

La progression croissante des dépenses de santé accentuée par les évolutions des besoins de santé ont conduit inéluctablement à l'instauration d'une contrainte budgétaire au sein des établissements hospitaliers. Ces restrictions budgétaires, dénoncées par les professionnels de santé, ont provoqué un véritable malaise au sein des hôpitaux imposant d'envisager des réformes organisationnelles. Les innovations managériales sont ainsi devenues une réponse éventuelle à la crise des hôpitaux. Leur implantation peut cependant être entravée par des obstacles liés à la complexité structurelle des organisations de santé et à la pluralité des acteurs y exerçant. La littérature met en exergue le rôle clé du manager de proximité permettant de lever les résistances en accompagnant la création de sens de l'innovation.

Notre recherche ambitionne de préciser les modalités d'influence du manager de proximité sur l'implantation de l'innovation managériale et son adoption par les acteurs de l'organisation. A partir d'une recherche-intervention menée en immersion pendant six mois au sein d'un établissement hospitalier luxembourgeois, nous accompagnons l'implantation d'une innovation managériale, le *Lean Management*, au sein d'un service de chimiothérapie ambulatoire confronté à des difficultés organisationnelles.

Les résultats de la recherche mettent en exergue l'influence du manager de proximité sur l'adoption de l'innovation managériale et révèlent des facteurs modérant la capacité de mobilisation de ces leviers. Des ajustements structurels et l'instauration d'un accompagnement managérial favorisant l'autonomie du manager soutiennent ses missions portant sur le déploiement de l'innovation.

Mots-clés : innovation managériale, management de proximité, organisations de santé

ABSTRACT

The increasing growth of health expenditure, accentuated by changes in health needs, has inevitably led to the introduction of a budgetary constraint within hospitals. These budgetary restrictions, denounced by the health professionals, caused a real discomfort within the hospitals imposing to envisage organizational reforms. Managerial innovations have thus become a possible response to the hospital crisis. However, their implementation may be hampered by obstacles related to the structural complexity of health organizations and the plurality of actors involved in them. The literature highlights the key role of the proximity manager in helping to overcome resistance by supporting the creation of a sense of innovation.

Our research aims to specify the methods of influence of the proximity manager on the implementation of managerial innovation and its adoption by the actors of the organization. Based on an intervention research carried out in immersion for six months in a Luxembourg hospital, we support the implementation of a managerial innovation, *Lean Management*, within an outpatient chemotherapy service faced with organizational difficulties.

The results of the research highlight the influence of the local manager on the adoption of managerial innovation and reveal factors that moderate the ability to mobilize these levers. Structural adjustments and the introduction of managerial support for the manager's autonomy support his missions to deploy innovation.

Keywords : managerial innovation, proximity management, health organizations