



LOUVAIN
School of Management

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
LOUVAIN SCHOOL OF MANAGEMENT

La reconnaissance des soignants dans une démarche Lean Santé :
Une approche exploratoire au CHU UCL Namur

Promoteur :
Professeur Thomas PERILLEUX

Mémoire-projet présenté par
William SLUYTERS

en vue de l'obtention du titre de
Master 120 crédits en ingénieur de gestion

ANNEE ACADEMIQUE 2015-2016

AVANT-PROPOS

Je voudrais en premier lieu remercier le promoteur de ce mémoire, Thomas Périlleux, qui m'a conseillé tout au long du processus d'élaboration et de rédaction.

Je remercie pareillement le CHU UCL Namur, Ariane Bouzette et les membres de l'amélioration continue qui ont accepté de prendre part à ce mémoire et qui m'ont guidé tout au long de mon stage.

J'adresse mes remerciements les plus chaleureux à toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées et tiens à exprimer toute ma reconnaissance à l'ensemble des personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Enfin, je voudrais adresser un remerciement particulier à Dimitri Lionnet pour le temps qu'il m'a consacré et les nombreux conseils qu'il m'a prodigués.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
PARTIE 1 : LA RECONNAISSANCE	5
Chapitre 1 : La reconnaissance, un besoin vital	5
1.1 La soif de reconnaissance	5
1.2 Le Stroke ou signe de reconnaissance	6
1.3 La typologie des signes de reconnaissance	6
1.4 «The Stroke economy» et Steiner	7
Chapitre 2 : La conception Honnethienne de la reconnaissance	8
2.1 Hegel et la pensée hégélienne	8
2.2 La réactualisation de la reconnaissance d'Hegel chez Honneth	8
Chapitre 3 : La reconnaissance au travail	11
3.1 Le contexte social et organisationnel	11
3.2 La justice sociale à la base des demandes de reconnaissance des employés	12
3.3 Une définition de la reconnaissance au travail	13
3.4 Les quatre approches de la reconnaissance au travail	14
3.5 Les quatre pratiques de reconnaissances au travail	15
3.6 La qualité de la reconnaissance au travail	17
3.7 Les niveaux d'interactions	18
3.8 La matrice des pratiques de reconnaissance	18
3.9 Le déni de reconnaissance au travail	19
Chapitre 4 : La reconnaissance en chiffres	21
4.1 L'importance de la reconnaissance d'un point de vue performance	21
Chapitre 5 : La reconnaissance des soignants	22
5.1 La reconnaissance de la profession d'infirmier et d'aide-soignant	22
5.2 La reconnaissance des soignants au travail	23
5.3 La reconnaissance des soignants : situation actuelle	23
PARTIE 2 : LE LEAN	26
Chapitre 6 : Le Lean et ses prémices	26
6.1 Les modèles Lean	26
6.2 Le modèle Toyota	27
6.3 Le Lean	29
6.4 Le Lean Opérationnel	29
6.5 La Pensée Lean	30
6.6 Le Lean management	32
Chapitre 7 : Le Lean Santé	33
7.1 Une définition du Lean Santé	34
7.2 Les concepts Lean adaptés au milieu hospitalier	36

7.3	La culture organisationnelle du Lean Santé	36
7.4	Le développement des personnes dans le Lean Santé	38
7.5	L'engagement dans le Lean Santé	38
7.6	L'expérience Lean Santé	40
7.7	Les dangers du Lean	41
Chapitre 8 : Les critiques adressées au Lean		42
8.1	Les critiques de la littérature scientifique adressées au Lean	42
8.2	Les critiques principales adressées au Lean par les employés	42
PARTIE 3 : L'ETUDE DE CAS AU CHU UCL NAMUR		46
Chapitre 9 : Le CHU UCL Namur		46
9.1	L' historique du CHU UCL Namur	46
9.2	L'OptiPlan	47
9.3	Le déploiement d'OptiPlan	50
9.4	Le programme de reconnaissance au CHU	53
Chapitre 10 : La méthodologie		55
10.1	La définition de la question d'étude	55
10.2	L'approche de la question	56
10.3	L'élaboration du design d'étude	58
10.4	La collecte des données	59
10.5	La préparation des données	61
Chapitre 11 : Les résultats		61
11.1	L'amélioration continue	61
11.2	La direction	65
Chapitre 12 : Les limites du travail		74
CONCLUSIONS		76
BIBLIOGRAPHIE		77
ANNEXES		81
Annexe 1 : Les 3 figures de la lutte pour la reconnaissance d'Hegel		81
Annexe 2 : La matrice de reconnaissance de Brun et Dugas forme complète		83
Annexe 3 : Les programmes de reconnaissance		84
Annexe 4 : La définition des professions d'aide-soignant et d'infirmier dans la loi belge		88
Annexe 5 : Les outils Lean utilisés au CHU UCL Namur		91
Annexe 6 : Les critiques adressées au Lean par la littérature scientifique		95
Annexe 7 : Le guide d'entretien		97
Annexe 8 : Les matrices individuelles des interviews		103

INTRODUCTION

Les organisations de santé font face depuis un certain nombre d'années à des pressions importantes qui les poussent à changer leur fonctionnement. En effet, le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande des soins à laquelle s'additionne un nombre, sans cesse grandissant, de défis tels que l'accessibilité, la sécurité, la qualité des soins ainsi que des contraintes réglementaires et économiques de plus en plus fortes (Poksinska, 2010). Afin de relever ces différents challenges de nombreux hôpitaux se sont tournés vers le Lean Santé, un dérivé du Lean adapté au domaine des soins de santé. C'est notamment le cas du CHU UCL Namur qui s'est lancé dans la démarche Lean il y a quelques années pour faire face aux nouvelles contraintes économiques sans diminuer la qualité de la prise en charge des patients et leur satisfaction (de Coster et Bouzette, 2014).

Dans ce mémoire, nous étudierons la place que prend la reconnaissance dans la démarche Lean Santé implémentée au CHU UCL Namur site Godinne. De manière plus formelle, la question de recherche générale à laquelle nous avons répondu prend la forme suivante : « *L'approche Lean Santé mise en place au CHU UCL Namur site Godinne permet-elle une amélioration de la reconnaissance perçue par ses soignants ?* ». Afin de répondre à cette question, une période d'observation de plusieurs mois ainsi que des interviews d'acteurs investis dans la démarche Lean et de soignants ont été réalisées. Partant de cela, nous avons construit des matrices d'analyses des pratiques de reconnaissance au travail et répondu à la question de recherche.

Il y existe un certain nombre d'intérêts à étudier la relation entre la reconnaissance perçue par les soignants et la démarche Lean Santé. Tout d'abord, cela permettra de rendre compte de la perception ou non des soignants d'une reconnaissance provenant du système Lean Santé. Ensuite, en abordant le point de vue de la hiérarchie et des soignants vis-à-vis de la relation Lean-reconnaissance, nous mettrons en évidence des écarts de perceptions qui pourraient nécessiter des ajustements afin que le Lean Santé apporte davantage de reconnaissance aux soignants du CHU UCL Namur.

Le mémoire sera donc divisé en trois parties. La première partie théorique s'attardera sur différents concepts liés à la reconnaissance. La seconde partie, également théorique, mettra en lumière certains éléments du Lean et plus particulièrement du Lean Santé implémenté au CHU UCL Namur. Finalement, la dernière partie présentera la méthodologie et ses limites, les différents résultats ainsi qu'une discussion développée autour de ceux-ci.

PARTIE 1 : LA RECONNAISSANCE

La reconnaissance est un des thèmes principaux de ce mémoire. Dans cette partie, nous détaillerons ce qu'est la reconnaissance, mais aussi le rôle important qu'elle joue dans notre vie et plus particulièrement au travail. La première partie du développement concernera une des recherches d'Eric Berne, centrée sur le besoin de reconnaissance et de Claude Steiner qui a développé la théorie concernant l'«économie des signes de reconnaissance». Par la suite, nous mettrons en évidence certaines théories à propos de la reconnaissance, ce qui nous amènera à la typologie des pratiques de reconnaissance au travail proposée par Brun et Dugas que nous utiliserons afin d'illustrer la relation entre la reconnaissance et le Lean Santé au CHU UCL Namur. Finalement, nous nous attarderons sur les chiffres clés des dernières études concernant la reconnaissance au travail et, plus particulièrement dans le monde des soignants.

Chapitre 1 : La reconnaissance, un besoin vital
--

En 1961, le psychiatre américain Eric Berne introduit l'analyse transactionnelle qui est une approche théorique de la personnalité et de la relation humaine construite à partir d'expériences cliniques (Chandezon et Lancestre, 2010, p.3). Dans celle-ci, il présente trois besoins vitaux propres à tout individu.

1.1 La soif de reconnaissance

La « soif de reconnaissance » a été identifiée par Berne comme étant l'un des trois besoins fondamentaux chez l'Être humain au même titre que la «soif de stimulation» et la «soif de structure» (Berne, 1968). La «soif de reconnaissance» est définie par Berne comme étant le besoin que nous avons d'être reconnu et accepté en tant qu'individu ayant une place dans la société (Berne, 1968).

Pour expliquer ces différentes soifs, Berne s'est basé sur les recherches que Spitz avait menées sur le développement de l'enfant. Dans ces recherches, Spitz (1945) a détaillé que les enfants privés de manipulations et de contacts physiques étaient sujet à des difficultés physiques et émotionnelles. Partant de cela, Berne explique que chaque personne développe, dès la naissance, une soif de stimulation. Néanmoins, si les adultes ont autant besoin de contacts que les enfants, ils ont appris à substituer ces contacts par d'autres formes de stimulations socialement acceptables (Berne, 1968). La soif de stimulation va donc engendrer à la soif de reconnaissance.

1.2 Le Stroke ou signe de reconnaissance

La soif de reconnaissance ne peut être étanchée que par différents signes de reconnaissance donnés par un autre être humain ou éventuellement un animal. Ces signes, Berne les appelle «strokes». Il définit un stroke comme étant «*l'unité fondamentale de l'action sociale*» (Berne, 1968). Autrement dit, le stroke est une unité de reconnaissance qui apparaît lorsqu'une personne reconnaît une autre personne. Chaque individu va donc chercher à recevoir des strokes afin de satisfaire sa soif de reconnaissance (Berne, 1968). Le mot stroke provient de l'anglais et peut se traduire à la fois par coup et par caresse. Cela fait référence au fait qu'un stroke peut prendre la forme d'un signes de reconnaissance positifs ou d'un signes de reconnaissance négatifs (Berne, 1968). Même si un signe de reconnaissance négatif peut paraître néfaste au premier abord, Stewart et Joines (1987) ont convenu qu'un signe de reconnaissance négatif aura davantage d'aspects positifs sur l'individu plutôt qu'une absence totale de reconnaissance.

1.3 La typologie des signes de reconnaissance

Les signes de reconnaissance peuvent prendre plusieurs formes. Ils peuvent être verbaux ou non verbaux, positifs ou négatifs et finalement conditionnels ou inconditionnels (Chandezon et Lancestre, 2010). Les signes de reconnaissance conditionnelle sont envoyés à l'individu pour ce qu'il fait alors que les signes de reconnaissance inconditionnelle sont envoyés à l'individu pour ce qu'il est (Chandezon et Lancestre, 2010). La figure 1 donne des exemples de signes de reconnaissance courants classés en fonction de leur typologie.

Figure 1 : La typologie des signes de reconnaissance.

Communication	Conditionnalité	Polarité	Exemple
Verbale	Conditionnel	Positif	"Ton travail est bon"
		Négatif	"Ton travail est mauvais"
	Inconditionnel	Positif	"Tu es très compétent"
		Négatif	"Tu es incompetent"
Non-verbale	Conditionnel	Positif	Applaudissement
		Négatif	Grimace
	Inconditionnel	Positif	Sourire
		Négatif	Froideur

Il est à noter que la polarité sera définie par l'individu qui reçoit le signe de reconnaissance. De ce fait, les exemples donnés dans la figure 1 pourraient être perçus avec une polarité différente en fonction de la situation et des intervenants. En effet, un applaudissement pourrait tout à fait être «ironique» être perçu comme négatif.

1.4 «The Stroke economy» et Steiner

L'économie des strokes ou signes de reconnaissance est un concept développé par Steiner durant les années 60. Selon Steiner (1971), le fonctionnement de l'économie des signes de reconnaissance crée un manque d'amour et d'affection. Le fonctionnement de cette économie est régi par cinq règles d'échanges de signes de reconnaissance (Steiner, 1971), il ne faut pas:

- ❖ donner les signes de reconnaissance que tu voudrais donner
- ❖ demander les signes de reconnaissance que tu voudrais recevoir
- ❖ Accepter les signes de reconnaissance que tu voudrais accepter
- ❖ Rejeter les signes de reconnaissance dont tu ne veux pas
- ❖ Se donner de signes de reconnaissance

Ces règles sont renforcées par nos ressentis et les normes sociales qui nous entourent. En effet, désobéir à ces règles entraîne, en général, un sentiment de culpabilité et de honte, qui est généralement désapprouvé par la société. Les ressentis et les normes sociales poussent la majorité des individus à suivre ces règles, ce qui se traduit par une diminution des échanges de signes de reconnaissance de manière générale et l'émergence de la croyance que le «stock» de signes de reconnaissance disponible est limité (Steiner, 1971).

Le faible nombre d'échanges de signes de reconnaissance va amener un certain nombre de personnes à ne pas pouvoir satisfaire leur soif de reconnaissance et à affecter leur condition de santé mentale et physique (Steiner, 1971).

Dans ce premier chapitre, nous venons de mettre en évidence le besoin de reconnaissance auquel chaque individu est confronté ainsi que l'économie des signes de reconnaissance qui régit ces échanges dans notre société. La reconnaissance nous apparaît donc maintenant comme un élément essentiel à la vie de toute personne, mais aussi comme un élément difficile à partager en vertu des standards de notre société. Il sera dès lors intéressant de voir si la démarche Lean facilite ou diminue ce partage de reconnaissance. A présent, nous appréhendons mieux certains concepts de

base de la reconnaissance. Dans le second chapitre, nous nous concentrerons sur quelques théories philosophiques à la base de la matrice de reconnaissance que nous utiliserons dans notre analyse de la démarche Lean au CHU UCL Namur.

Chapitre 2 : La conception Honnethienne de la reconnaissance

De Platon et Aristote à Honneth et Fraser, en passant par la théorie critique de l'école de Francfort, le concept de reconnaissance n'a cessé d'évoluer et d'alimenter de nombreux débats au cours du temps sans jamais se figer de manière univoque (Guéguen et Malochet, 2014). Si nous ne rentrerons pas dans les détails de toute l'histoire de la reconnaissance d'un point de vue philosophique, nous nous attarderons néanmoins sur deux des principales approches qui ont eu un écho sur la reconnaissance au travail, à savoir, la pensée hégélienne et la théorie de la reconnaissance d'Honneth.

2.1 *Hegel et la pensée hégélienne*

Même si Hegel, un philosophe allemand du 19^e siècle, n'a jamais exposé une «théorie» à proprement parlé de la reconnaissance, elle apparaît en toile de fond aux différentes problématiques dont il discute telles que la conscience de soi, la liberté ou encore l'esprit. Hegel est souvent considéré comme le philosophe ayant amené la problématique de la reconnaissance telle qu'elle apparaît dans la pensée contemporaine (Guéguen et Malochet, 2014). Dans ses travaux, Hegel va relever que la reconnaissance est une exigence et un objectif que tout être humain doit acquérir au moyen d'une lutte (Renault, 2001 p.183¹ cité par Guéguen et Malochet, 2014). La pensée hégélienne est abordée plus en détail en annexe 1. Nous nous contenterons de mettre en évidence que la pensée d'Hegel est à la base de la théorie de la reconnaissance d'Honneth.

2.2 *La réactualisation de la reconnaissance d'Hegel chez Honneth*

Axel Honneth est un philosophe et sociologue allemand contemporain qui propose une relecture des figures de la reconnaissance proposées dans la lutte pour la reconnaissance décrite par Hegel un siècle et demi auparavant (Guéguen et Malochet, 2014). L'objectif affiché par le philosophe allemand est d'extraire du modèle de la «lutte pour la reconnaissance» les fondations d'une théorie sociale (Honneth, 1992 p.82 cité par Guéguen et Malochet, 2014, p.45²) qui puisse

¹ Renault, E. (2001), « *identité et reconnaissance chez Hegel* », Kairos, p.183

² Honneth, A. (1992), *La lutte pour la reconnaissance*, Le cerf, Paris, 2002.

fournir un modèle expliquant les différentes interactions sociales (Guéguen et Malochet, 2014, p.45). Autrement dit, Honneth cherche à expliciter les attentes de reconnaissances sous-jacentes aux interactions sociales des individus tout en mettant en évidence que celles-ci sont, en quelque sorte, une norme qui agence et contrôle l'ordre social (Guéguen et Malochet, 2014, p.45).

Honneth explique que ces normes de reconnaissance sont le moteur qui incite un individu ou un groupe d'individu à s'engager dans une lutte pour la reconnaissance. Il relève également que le prétexte de cette lutte est une réaction d'indignation ou de honte liée à une expérience de dédain social vécu par l'individu ou le groupe (Guéguen et Malochet, 2014, p.45).

De par leur caractère normatif, les différentes attentes de reconnaissance des individus ou des groupes permettraient de construire une théorie de la justice sociale décidant de la légitimité d'une revendication (Guéguen et Malochet, 2014, p.45). La logique de reconnaissance se fonderait alors sur la tension entre la justice ou reconnaissance positive et l'injustice ou le déni de reconnaissance. La justice se manifesterait lorsque les démonstrations de reconnaissance sont adéquates aux attentes formulées par les individus ou groupes. Alors que l'injustice se manifesterait lorsque les démonstrations ne sont pas conformes aux attentes formulées. (Guéguen et Malochet, 2014, pp. 45-46).

La dynamique de reconnaissance exposée par Honneth considère qu'il n'existe pas de reconnaissance absolue mais que le concept de reconnaissance est relationnel et met en jeu la possibilité d'un rapport positif à soi à travers de différentes formes de reconnaissances. (Guéguen et Malochet, 2014, p.46). Les différentes formes de reconnaissance exposées par Honneth s'inspirent de la lutte pour la reconnaissance d'Hegel (Guéguen et Malochet, 2014, p.49). Il met ainsi en évidence trois grandes catégories, à savoir l'amour, la solidarité sociale et le droit, tout en cherchant à expliciter le rapport à soi qu'elles mettent en jeu (Figure 2).

Figure 2 : Les formes de reconnaissance selon Honneth

	Relations primaires (amour)	Relations juridiques (droit)	Communauté de valeurs (solidarité sociale)
Rapport à soi	Confiance en soi	Respect de soi	Estime de soi
Dimension personnelle	Besoin et affect	Responsabilité morale	Capacités et qualités

Source : adapté de Renault (2007, p.123).

L'amour regroupe l'ensemble des liens affectifs fort qu'un individu entretient avec un petit nombre de personnes (Honneth, 1992 cité par Guéguen et Malochet, 2014, p.49). L'amour définit donc la dimension affective de l'individu et *«met en jeu le rapport qu'il, en tant qu'être d'affect et de besoin, entretient avec lui-même»* (Guéguen et Malochet, 2014, p.49). Selon Honneth, cette forme de reconnaissance est fondamentale pour l'individu et est déterminante pour la «confiance en soi» de l'individu, confiance nécessaire aux autres formes d'interactions sociales (Guéguen et Malochet, 2014, p.49). Cette forme de reconnaissance fait écho aux travaux de Spitz et de Berne sur le besoin vital de reconnaissance que nous avons mis en évidence auparavant.

Le droit institue une forme de reconnaissance au caractère universel qui est soumise à une obligation d'indifférenciation des individus. Ainsi cette forme de reconnaissance fait abstraction des positions et valeurs sociales et garantit l'accès pour tout individu, en tant que membre d'une volonté collective, à des droits fondamentaux qui assurent une égalité entre ces membres (Guéguen et Malochet, 2014, p.52). Cette reconnaissance fait appel au «respect de soi». En effet, en tant qu'être libre, moralement responsable et méritant le respect de tous, chaque individu va se respecter lui-même (Honneth, 1992, p.144 cité par Guéguen et Malochet, 2014, p.52).

La solidarité sociale correspond à l'idée que les individus attendent une sorte d'estime sociale qui résiderait dans la reconnaissance de leur utilité et de la valeur de leur activité. Dès lors, elle est définie principalement par l'activité de travail de l'individu. (Guéguen et Malochet, 2014, p.50). C'est dans cette forme de reconnaissance qu'intervient l'«estime de soi» de l'individu.

Discussion

Même s'il existe un nombre important de philosophies concernant la reconnaissance, nous nous sommes focalisé sur la vision d'Honneth qui s'adapte assez bien au monde du travail comme nous en discuterons dans le prochain chapitre. La théorie d'Honneth met en évidence l'existence d'une reconnaissance de l'utilité et de la valeur de l'activité d'un individu qui semble être parfaitement adaptée au monde du travail. Il apparaît néanmoins opportun de se questionner sur la présence ou non des deux autres formes de reconnaissances proposées dans la théorie honnethienne au travail.

Si l'amour est à la base de la confiance en soi, c'est parce qu'elle se joue dans la sphère privée de l'individu ou du moins dans un cercle limité à certaines personnes très proches. Nous pouvons ainsi nous demander si cette reconnaissance se joue dans le monde du travail. Il existe à mon sens deux réponses possibles. D'une part, certains considéreront que la création de liens

affectifs forts est possible au travail et que ceux-ci contribuent à la confiance en soi. Je pense que cette réponse est très plausible dans une institution de soins où les soignants travaillent continuellement en équipe et sont parfois confrontés à des situations difficiles. En effet, ces situations peuvent permettre un rapprochement très fort entre les membres d'une équipe. D'autre part, certains penseront que le travail n'est pas un lieu central pour le développement des relations amicales et limiterons leurs interactions au plan professionnel, ce qui ne laisse pas de place pour l'amour tel que décrit par Honneth. Néanmoins, il semble que la sphère professionnelle prenne davantage d'importance dans la construction de l'identité suite à la déstabilisation de la sphère familiale (Brun, 1999). Il paraît donc vraisemblable qu'une partie de la confiance en soi se joue au travail pour certaines personnes prenant celui-ci comme point de repère à leur existence.

Finalement, le droit tel que décrit par A. Honneth amène une reconnaissance fondamentale dont chaque individu doit jouir. Elle entre donc en jeu dans le monde du travail et plus particulièrement dans le monde soignant où elle joue un rôle crucial. En effet, certaines discriminations liées aux statuts (médecin, spécialiste, infirmière, et cetera) peuvent apparaître.

Les différentes formes de reconnaissance que nous avons décrites jusqu'ici sont plutôt générales et présentent l'avantage de donner une idée des différents enjeux qui interviennent dans la reconnaissance. Cependant, dans le prochain chapitre nous mettrons en évidence une typologie des formes de reconnaissance spécifiquement adaptée au monde du travail. Elle sera à la base de notre analyse concernant la reconnaissance au CHU UCL Namur.

Chapitre 3 : La reconnaissance au travail

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur la reconnaissance dans le monde du travail. Pour ce faire, nous discuterons du contexte social et organisationnel actuel, de la justice sociale ainsi que d'une théorie développée par Brun et Dugas prenant la forme d'une matrice où le niveau d'interaction est mis en relation avec différentes formes de reconnaissances. Cette matrice servira de base à nos analyses futures sur la reconnaissance dans la démarche Lean Santé au CHU UCL Namur.

3.1 Le contexte social et organisationnel

En 2005, Brun et Dugas ont relevé qu'au regard du contexte social et organisationnel, la population et les organisations ont mis à jour un certain nombre de préoccupations concernant la

reconnaissance au travail (Brun et Dugas, 2005). Pour beaucoup de personnes, le travail a pris une importance conséquente dans leur quête d'identité et de réalisation (Brun, 1999). Dès lors, leurs attentes en termes de reconnaissance ont fortement augmenté (Brun et Dugas, 2008, p.718).

Tandis que les organisations, en raison des tâches de plus en plus complexes à effectuer, du besoin de reconnaissance des employés (Collerette et al., 2001 cité par Brun et Dugas, 2008³) et de l'affaiblissement de l'autorité managériale, (Rondeau, 1999 cité par Brun et Dugas, 2008⁴) ont mis en place des pratiques RH qui ont pour objectifs d'améliorer la vie des employés au travail, de développer leurs compétences, de faciliter le changement et de diminuer le turnover des employés (Human Resources Development Canada and Statistics Canada, 2001 cité par Brun et Dugas, 2008⁵).

3.2 *La justice sociale à la base des demandes de reconnaissance des employés*

Selon Guéguen et Malochet (2014), le thème de la reconnaissance est inséparable de la justice sociale. Plus précisément, ils mettent en évidence une étude de Dubet et al. (2006)⁶ montrant que la reconnaissance se manifestait au travers de principes de justice. *«Au travail comme dans l'ensemble de la vie sociale, les individus se perçoivent comme des égaux, irréductibles à leurs mérites, mais aussi sujets singuliers, tout aussi irréductible à leur égalité»* (Dubet et al., 2006, p.39 cité par Guéguen et Malochet, 2014, p.63). Ainsi, les principes de justice mis en avant par les individus au travail peuvent être regroupés en trois pôles à savoir l'égalité, le mérite et l'autonomie (Guéguen et Malochet, 2014, p.63). Autrement dit, les individus vont faire diverses demandes de reconnaissance en puisant dans ces trois sources.

Lorsqu'un individu associe la reconnaissance à l'égalité, il considère qu'il est injuste de ne pas être reconnu car chaque individu a droit à une reconnaissance élémentaire (Guéguen et Malochet, 2014, p.63). Cette association fait référence à la sphère du droit mise en avant par Honneth dont nous avons discuté auparavant. Quand un individu associe la reconnaissance et le

³ Collerette, P., Schneider, R., and Legris, P. (2001), *“La gestion du changement organisationnel: changer dans la turbulence”*, ISO Management Systems, October, 38–45, available online at: http://www.scc.ca/sales/ims01_2001_f.pdf

⁴ Rondeau, A. (1999), *“Transformer l'organisation: comprendre les forces qui façonnent l'organisation et le travail”*, *Gestion*, 24, 3, 148–157

⁵ Statistics Canada and Human Resources Development Canada (2001), *Employer and Employee Perspectives on Human Resource Practices: The Evolving Workplace Series*, accessed November 2006 from: <http://www11.hrsdc.gc.ca/en/cs/sp/hrsd/arb/publications/research/2002-000149/page00.shtml>

⁶ Dubet F. (avec Caillet V., Corte-Seror., Melod. et Rault F.)(2006), *Injustices. L'expérience des inégalités au travail*, Seuil, Paris.

mérite, il estime qu'il y a une injustice au niveau de la reconnaissance lorsque sa participation sociale n'est pas justement rétribuée. En d'autres termes, les individus se considéreront injustement traités si leurs rétributions n'équilibrent pas leurs contributions. (Guéguen et Malochet, 2014, p.63). Finalement, lorsque la reconnaissance est associée à l'autonomie, l'individu considère qu'il est injuste de ne pas être reconnu parce que son travail détruit son autonomie, sa singularité et sa créativité (Guéguen et Malochet, 2014, p.63). Ces trois sources de reconnaissances ne doivent pas être pensées séparément, mais être pensées comme un ensemble qui interagit constamment lorsqu'un individu demande de la reconnaissance. Cela crée une tension supplémentaire étant donné que ces reconnaissances sont parfois contradictoires (Guéguen et Malochet, 2014, p.64).

3.3 Une définition de la reconnaissance au travail

Selon Brun et Dugas (2005), la reconnaissance au travail est une pierre angulaire nécessaire à la préservation, la construction, la santé et le bien-être des personnes qui leur permet aussi de donner un sens à leur travail. Brun et Dugas (2005) proposent une définition de la reconnaissance au travail :

La reconnaissance au travail *«constitue une réaction constructive et authentique, de préférence personnalisée, spécifique, cohérente et à court terme, qui s'exprime au sein des rapports humains, dans le contexte des différents types d'interactions liés au travail et à l'entreprise. Elle est fondée sur la reconnaissance de la personne comme être de dignité, de besoins, d'égalité, de liberté et d'unicité, et également en tant qu'individu porteur et générateur de sens et d'expérience (nature éthique et existentielle de la reconnaissance). Elle représente un acte de jugement porté sur la pratique professionnelle des travailleurs (reconnaissance de la pratique de travail) ainsi que sur l'engagement personnel et la mobilisation collective (reconnaissance de l'investissement dans le travail). Elle consiste, de plus, en une évaluation et une célébration des résultats produits par les employés et valorisés par l'organisation (reconnaissance des résultats). Il s'agit, en outre, d'un exercice quotidien et régulier ou ponctuel qui se traduit par un ensemble de pratiques de nature formelle ou informelle, individuelle ou collective, privée ou publique, pécuniaire ou non pécuniaire. Enfin, pour la personne qui en bénéficie, la reconnaissance représente une rétribution qui se vit d'abord dans le registre du symbolique, mais qui prend aussi une valeur affective, concrète ou financière»* (Brun et Dugas, 2005, pp.85-87).

3.4 Les quatre approches de la reconnaissance au travail

Brun et Dugas ont dégagé quatre approches de la reconnaissance au travail dans la littérature scientifique, respectivement la conception humaniste et existentielle, l'approche comportementaliste, l'école de la psychodynamique du travail et finalement la perspective existentielle qui transparaissent dans la définition qu'ils proposent de la reconnaissance au travail (Brun et Dugas, 2005, p.80).

La conception humaniste et existentielle se concentre sur l'individu et son existence en tant qu'être unique en considérant que chaque individu s'engagera spontanément dans son travail s'il dispose des conditions de travail appropriées (Martin et al., 1996 cités par Brun et Dugas, 2002, p.8⁷). Dès lors, il apparaît important de prendre le temps de connaître les personnes composant notre entourage proche, de leur montrer qu'elles sont des êtres à part entière pour nous ainsi que de reconnaître l'importance et la portée de leurs actes (Bourcier et Palobart, 1997 cités par Brun et Dugas 2002⁸).

L'approche comportementaliste considère que le comportement d'un individu est contrôlé par les conséquences de ses actions. Ainsi, la reconnaissance est ici considérée comme un renforcement positif à utiliser pour inciter l'individu à produire des actes souhaités. Pour illustrer cela Brun et Dugas (2002) citent Nelson⁹ (2001) : «*Vous obtenez ce que vous récompensez*». Il faut néanmoins préciser que ce type d'approche n'est que très rarement utilisé seul, car la reconnaissance spontanée est très importante sur le plan relationnel (Brun et Dugas, 2002, p.8).

Introduite par Dejours dans les années 70, la psychodynamique du travail s'intéresse à la relation entre les expériences vécues par un individu au travail et la façon dont son travail est organisé (Guéguen et Malochet, 2014, p.64). La reconnaissance va être considérée comme une rétribution symbolique attendue par le personnel en échange de son engagement dans le travail. Elle va résulter d'un «jugement d'utilité» et d'un «jugement de beauté» porté sur le travail accompli et les résultats affichés par le travailleur (Brun et Dugas, 2002 p.9). Le jugement d'utilité est émis par la hiérarchie, les collègues ou le client et porte sur l'utilité du travail de l'individu qu'elle soit économique ou technique (Guéguen et Malochet, 2014, p.64). Alors que le jugement de beauté va

⁷ Martin, B., Lenhardt, V. et Jarroson, B. (1996). *Oser la confiance*. Propos sur l'engagement des dirigeants, Paris, Insep Éditions, 165 p.

⁸ Bourcier, C. et Palobart, Y. (1997). *La reconnaissance : un outil de motivation pour vos salariés*, Paris, Les Éditions d'Organisation, 195 p. (Collection Audit).

⁹ Nelson, B. (2001). *Make Reinforcement a Positive Experience*,
[bizjournals.com/extraedge/consultants/return_on_people/2001/08/20/column144.html] (20 août 2001).

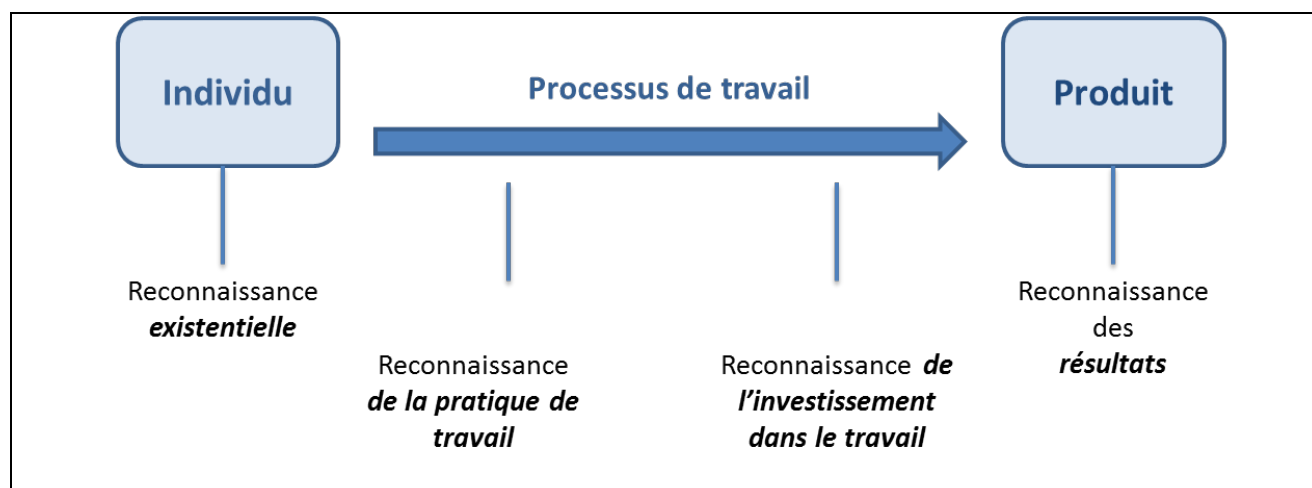
être formulé par les pairs qui, de par leur expérience et leur expertise, sont davantage capables d'évaluer la qualité du travail (Brun et Dugas, 2002, p.9).

Finalement, la perspective éthique met en évidence que la reconnaissance est intrinsèque à la dignité humaine et à la justice sociale. La reconnaissance rejoint alors la notion d'égalité que nous avons mise en évidence auparavant : tous les Êtres humains sont égaux et méritent de la reconnaissance (Guéguen et Malochet, 2014, p.63) À l'égalité s'ajoute la notion de mérite revendiqué par les travailleurs qui exigent de l'organisation une reconnaissance correspondant à leur contribution (Brun et Dugas, 2002, p.10). Dans cette perspective éthique de la reconnaissance, l'individu n'est plus considéré comme un moyen de réaliser le travail mais comme une fin en soi (De Konink, 1999 cités par Brun et Dugas, 2002, p.10¹⁰).

3.5 Les quatre pratiques de reconnaissances au travail

A partir de ces quatre approches de la reconnaissance au travail Brun et Dugas vont proposer une typologie des formes de reconnaissance des employés se déclinant en quatre volets, à savoir, la reconnaissance existentielle, la reconnaissance de la pratique de travail, la reconnaissance de l'investissement dans le travail et la reconnaissance des résultats (Brun et Dugas, 2002, p.14).

Figure 3 : Les quatre pratiques de reconnaissance des employés



Source : Adapté de «les 4 pratiques de reconnaissances au travail», Brun et Dugas, (2005, p.80).

La reconnaissance existentielle reconnaît l'employé comme étant un individu distinct, doué d'intelligence, de sentiments et d'expertise (Jacob, 2001 cité par Brun et Dugas, 2001¹¹). Elle va

¹⁰ De Konink, T. (1999). « L'humain, un être de dignité », propos recueillis par Chantal Hivon, *Échange*, 13(3), 2-5.

¹¹ Jacob, R. (2001). Reconnaissance au travail: un cadre de gestion. *Inconférence et document du Colloque en gestion de ressources humaines organisé par le CHUQ*, Québec.

donner à l'individu l'impression d'être reconnu et respecté pour ce qu'il est (Brun et Dugas, 2001, p.14). La reconnaissance existentielle prend généralement une forme informelle et s'exprime en privé (Brun et Dugas, 2001, p.15). La liste suivante met en évidence quelques pratiques de la reconnaissance existentielle (Brun et Dugas, 2005, p.82) :

- ❖ Donner une information régulière au personnel à propos des objectifs et des stratégies de l'organisation ;
- ❖ Se montrer, pour un manager, accessible et visible ;
- ❖ Avoir un soutien mutuel entre collègues.

La reconnaissance des pratiques de travail reconnaît la manière utilisée par un individu pour réaliser sa tâche, son comportement et ses compétences. (Brun et Dugas, 2001, p.17). Brun et Dugas (2001) mentionnent les pratiques suivantes comme étant couramment utilisées :

- ❖ Donner des commentaires sur les qualités professionnelles ;
- ❖ Accorder la possibilité de contribuer en fonction des compétences professionnelles ;
- ❖ Offrir des «prix de pratique professionnelle» ;
- ❖ Utiliser un programme de reconnaissance de l'innovation.

La reconnaissance de l'implication dans le travail reconnaît l'investissement consenti en termes d'énergie et de risques pris par un individu pour réaliser son travail (Brun et Dugas, 2001, p.17). La reconnaissance de l'implication dans le travail peut être concrétisée des manières suivantes (Brun et Dugas, 2001, p.18) :

- ❖ Remercier verbalement un employé pour son implication ;
- ❖ Applaudir une équipe pour son investissement dans un projet ;
- ❖ Envoyer une lettre personnalisée pour souligner le courage et la persévérance d'un employé.

Finalement, *la reconnaissance des résultats* souligne le produit du travail de l'employé et ses performances. Elle est donc possible grâce à un jugement du travail et est conditionnelle aux résultats de celui-ci (Brun et Dugas, 2001, p.15). La reconnaissance des résultats peut engendrer des effets négatifs tels que la jalousie, la compétitivité et cetera sur les employés. Il convient donc d'utiliser cette forme de reconnaissance avec discernement (Brun et Dugas, 2001, p.16). La

reconnaissance des résultats est souvent formelle tels que dans les exemples suivants (Brun et Dugas, 2001, p.16) :

- ❖ Évaluer les réalisations d'un employé ;
- ❖ Organiser une cérémonie soulignant une réussite particulière ;
- ❖ Envoyer une lettre personnalisée suite à l'accomplissement d'un objectif ;
- ❖ Offrir des primes de motivation lorsqu'un objectif est atteint.

Selon Brun et Dugas (2001), la bonne pratique serait d'utiliser les quatre formes explicitées auparavant de façon à combler les différents besoins des employés qui y sont associés.

3.6 La qualité de la reconnaissance au travail

Nous avons précédemment discuté des différentes sortes de reconnaissance au travail ainsi que de certaines pratiques de reconnaissance. La qualité de ces pratiques va avoir un impact sur l'efficacité de celles-ci. Brun et Dugas (2001) mettent en évidence que les critères de qualité des pratiques de reconnaissance sont les suivants :

Figure 4 : Les critères de qualité de la reconnaissance



3.7 *Les niveaux d'interactions*

Les quatre types de reconnaissance des employés vont être exprimés au travers de différentes interactions que Brun et Dugas (2008) vont classer en fonction de leur niveau à savoir: les interactions horizontales, hiérarchiques, organisationnelles, externes et sociales. *Le niveau horizontal* correspond à la reconnaissance que des individus d'une même équipe, d'un même niveau au sein de l'organisation ou d'un même métier peuvent se donner. Ce niveau de reconnaissance est très important car les collègues sont les mieux placés pour juger de la qualité des performances (Brun et Dugas, 2008, p.724). De plus, la reconnaissance des collègues est souvent considérée comme étant plus «vraie» étant donné qu'il n'y a pas d'influence managériale (Nelson, 2001 cité par Brun et Dugas, 2008, p.725¹²). *Le niveau vertical ou hiérarchique* est associé à la reconnaissance donnée entre individus de niveaux différents au sein de l'organisation comme par exemple, un manager et son équipe (Brun et Dugas, 2008, p.724). *Au niveau organisationnel*, la reconnaissance va être exprimée au travers de politiques et de programmes tels que les valeurs, la mission et les autres éléments structurels de reconnaissance indiquant la volonté de reconnaître le travail de ses employés (Brun et Dugas, 2008, p.724). *Le niveau externe* est quant à lui associé à la reconnaissance qui est donnée aux employés par des sources externes à l'entreprise telles que le client, les consultants, les partenaires de l'organisation, et cetera (Brun et Dugas, 2008, p.725). Finalement, *le niveau social* va lui correspondre à la reconnaissance reçue par la société due au travail que l'on a et à la perception qu'elle a de celui-ci. Par exemple, le travail infirmier bénéficie d'une reconnaissance de la part de la société dans son ensemble, car il a une grande contribution pour cette dernière (Brun et Dugas, 2008, p.725).

3.8 *La matrice des pratiques de reconnaissance*

Nous venons de mettre en évidence différentes pratiques de reconnaissances, mais aussi différents niveaux d'interactions. À partir de ceux-ci, Brun (2008) propose une matrice des pratiques de reconnaissances en fonction du niveau d'interaction, disponible dans sa forme complète en annexe 2 dont nous mettons ici en évidence une forme réduite :

¹² Nelson, B. (2001), "Make Reinforcement a Positive Experience," Bizjournals.com. accessed March 2008 from: http://www.bizjournals.com/extraedge/consultants/return_on_people/2001/08/20/column144.html.

Figure 5 : Les pratiques de reconnaissance en fonction des plans d'interactions

		Type de reconnaissance			
		Reconnaissance existentielle (Personne/collectif)	Reconnaissance de la pratique de travail	Reconnaissance de l'investissement dans le travail	Reconnaissance des résultats
Plan d'interactions	Horizontal				
	Vertical				
	Organisationnel				
	Externe				
	Social (communauté)				

Source : adapté de « *Interaction levels and recognition practices* » (Brun et Dugas, 2008, p.726).

Cette matrice servira de base à notre analyse de la relation Lean – Reconnaissance au CHU UCL Namur site Godinne. Elle sera néanmoins adaptée afin de mieux convenir aux différentes contraintes.

3.9 *Le déni de reconnaissance au travail*

La non-satisfaction d'attentes de reconnaissance est souvent vécue comme une injustice (Renault, 2004). Renault (2013) met en évidence trois types de dénis de reconnaissance au travail menant à ces insatisfactions et injustices ressenties par les travailleurs à savoir: l'invisibilité, la reconnaissance dépréciative et la méconnaissance. L'invisibilité fait référence au fait de ne pas prendre en compte les attentes de reconnaissance des individus et, plus particulièrement, de ne pas reconnaître leur droit (Guéguen et Malochet, 2014, p.66). Ce déni de reconnaissance prendra, par exemple, la forme d'une infraction aux conventions sociales (Guéguen et Malochet, 2014, p.66). La reconnaissance dépréciative résulte de jugements dévalorisants qui peuvent être émis par rapport à un individu ou son activité. Cette forme de reconnaissance est la source de nombreux conflits sociaux comme les revendications des infirmières durant les années 90 dont nous discuterons plus tard (Guéguen et Malochet, 2014, p.66). La méconnaissance, quant à elle, intervient lorsqu'un individu est reconnu pour autre chose que ce sur quoi il avait fondé ses attentes de reconnaissance (Guéguen et Malochet, 2014, p.66).

Discussion

Ce chapitre nous a permis de mieux saisir la reconnaissance dans le cadre particulier du travail. Nous nous baserons sur la matrice des pratiques de reconnaissance développée par Brun et Dugas afin de mettre en évidence les différentes pratiques de reconnaissance mises en place au CHU UCL Namur.

La matrice de Brun et Dugas semble être un outil opportun pour étudier les pratiques de reconnaissance utilisées dans une entreprise. Nous pouvons cependant nous questionner quant à l'importance relative de ces pratiques et la «quantité de reconnaissance» qu'elles apportent au receveur. En effet, il ne faut pas perdre de vue que la reconnaissance telle que nous l'avons étudiée n'a de sens que pour celui qui la reçoit. L'importance relative de reconnaissance perçue par le receveur de ladite reconnaissance va selon moi dépendre principalement de la qualité de la pratique de reconnaissance mais aussi de la sensibilité du receveur à cette dernière.

Si les différents critères de qualité d'une pratique de reconnaissance ont été cités précédemment et semblent assez évident dans l'ensemble, on peut s'interroger sur la sensibilité du receveur qui paraît plus difficile à appréhender. La sensibilité du receveur va vraisemblablement varier en fonction du plan d'interaction et du type de reconnaissance donnée. Cependant il est, selon moi, difficile de définir un ordre d'importance fixe entre les différentes paires «Plan d'interaction/type de reconnaissance». Tout d'abord, il est peu probable que les préférences des individus soient identiques. Ensuite, ces préférences risquent fortement d'évoluer suivant une fonction marginalement décroissante mettant en relation le nombre de fois qu'une pratique est utilisée et la reconnaissance perçue par l'individu.

Cette matrice et la mise en évidence de la qualité de la reconnaissance, nous amène au prochain chapitre qui concernera l'instrumentalisation de la reconnaissance par des programmes de reconnaissance dans le monde du travail. Nous tenterons donc de mettre en évidence différentes études concernant l'impact de la reconnaissance sur les performances organisationnelles et nous nous intéresserons aux programmes de reconnaissance.

Chapitre 4 : La reconnaissance en chiffres

Maintenant que nous avons parcouru les principales théories concernant la reconnaissance, nous allons mettre en évidence différentes études réalisées ces dernières années pour essayer de représenter la forme qu'elle prend, son importance et l'impact de ses signes dans le monde du travail.

4.1 L'importance de la reconnaissance d'un point de vue performance

Si nous avons eu une approche de la reconnaissance principalement centrée sur l'individu et le travailleur, il ne faut pas négliger le point de vue des entreprises. Nous avons explicité auparavant que la reconnaissance est un vecteur de la motivation et de l'engagement chez les employés. Or, récemment de nombreuses études de par le monde ont démontré que la motivation et l'engagement influencent positivement les performances au travail (Worldatwork, 2013¹³; Globoforce, 2012a¹⁴; AonHewitt, 2012¹⁵).

Plus particulièrement, de nombreuses entreprises ont développé des programmes de reconnaissance afin d'influencer la performance et l'investissement de leurs employés. Par exemple, le rapport de Worldatwork (2013, p.6) met en évidence que 88 % des entreprises nord-américaines interrogées ont un programme de reconnaissance. Ces programmes de reconnaissance visent généralement à reconnaître les années d'ancienneté, à créer un environnement de travail positif et à motiver la haute performance (Worldatwork, 2013). Toujours selon Worldatwork (2013, p.20), les moyens utilisés dans ces programmes sont généralement des rendez-vous entre le manager et son employé (71%), des événements particuliers (61%) ainsi que des réunions de staff (55%). Bien que les chiffres avancés soient attachés à la région nord-américaine, cela nous donne une idée de la forme et des objectifs qu'ont les programmes de reconnaissance. D'autant plus qu'un certain nombre d'entreprises participant à l'étude sont des entreprises ayant des branches à l'étranger et mettant en place des programmes de reconnaissance identiques. Pour de plus amples informations sur les programmes de reconnaissance, un résumé des différentes études est disponible en annexe 3.

¹³ Etude menée sur un échantillon composé de 471 managers ou directeurs d'entreprises nord-américaines

¹⁴ Etude menée auprès de 770 employés des ressources humaines d'entreprises nord-américaines employant plus de 500 personnes

¹⁵ Etude menée auprès de 2005 entreprises rassemblant plus de 2,1 millions d'entreprises à travers le monde

Discussion

Dans ce chapitre, nous avons mis en avant différentes études concernant la reconnaissance au travail. Cela nous a mené au programme de reconnaissance qui instrumentalise la reconnaissance à des fins de performances organisationnelles. Néanmoins, nous pouvons nous demander si cette instrumentalisation de la reconnaissance ne lui fait pas perdre une grande partie de sa valeur aux yeux du receveur. En effet, nous avons précédemment mis en évidence qu'un critère de qualité des pratiques de reconnaissance était la sincérité. Il semble donc légitime de se demander si l'utilisation d'un programme de reconnaissance n'enlève pas celle-ci. Il semble difficile d'envisager une réponse de type binaire. Néanmoins, la programmation à outrance de la reconnaissance pourrait mener à une reconnaissance « vide » qui n'aurait pratiquement plus de valeur pour le receveur. A l'inverse, la mise en place d'un programme de reconnaissance qui sensibiliserait les employés à l'importance de cette dernière pourrait stimuler le don de reconnaissance qui est parfois difficile à faire comme nous l'avons expliqué dans l'économie des strokes. En plus d'un programme de reconnaissance de ce type, je pense qu'une organisation peut influencer les comportements de ses employés vis-à-vis de la reconnaissance au travers de la qualité de l'environnement de travail et de valeurs soutenant la reconnaissance.

Chapitre 5 : La reconnaissance des soignants

Nous nous sommes jusqu'à présent concentrés sur la reconnaissance d'un point de vue général. Il paraît dès lors opportun de se pencher sur la reconnaissance dans le monde des soignants et, plus particulièrement, des infirmières et des aides-soignants qui sont au centre de notre recherche.

5.1 *La reconnaissance de la profession d'infirmier et d'aide-soignant*

En Belgique, l'art infirmier est défini dans la loi par l'arrêté royal n°78 article 21quinquies de 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (mis à jour le 10/05/2014). Au travers de celui-ci est définie la profession d'infirmier. Depuis 2006, un nouvel arrêté royal fixe les différentes activités infirmières pouvant être effectuées par des aides-soignants. Bien évidemment, le nombre d'actes qu'un infirmier peut poser de manière autonome est plus important que celui des actes autorisés aux aides-soignants qui les assistent au quotidien dans l'administration des soins. Les activités sont détaillées de manière plus précise en annexe 4.

5.2 *La reconnaissance des soignants au travail*

Au début des années 90, une étude quantitative a été menée auprès 322 infirmières nord-américaines par Goode et son équipe. Cette étude a mis en évidence que 92% des infirmières considéraient la reconnaissance comme un facteur important de satisfaction au travail (Goode et al., 1993a, cité par Ester, 2008, p.16¹⁶). Bien que la région étudiée et la période soient quelque peu éloignées, la conclusion amenée par cette étude a été confirmée par les interviews réalisées dans le cadre de notre recherche. En effet, tous les soignants interviewés ont signalé que la reconnaissance est un facteur important dans leur satisfaction au travail.

Afin d'affiner ces résultats, Goode et son équipe ont réalisé une nouvelle étude auprès de 239 infirmières travaillant dans 16 hôpitaux nord-américains différents. Cette nouvelle étude a révélé que la reconnaissance la plus significative des infirmières prenait la forme d'un feedback verbal et que celui-ci était généralement donné par l'infirmière-chef alors que le reste de la reconnaissance provenait d'autres sources diverses (Goode et al., 1993b, cités par Ester, 2008, p.16¹⁷). Bien que cette étude ait été menée dans des hôpitaux nord-américains et ne soit pas très récente, elle pourrait expliquer l'importance de la contribution de l'infirmier chef au niveau de la reconnaissance perçue par les soignants au CHU UCL Namur. En effet, au CHU, l'infirmier chef est en charge d'une équipe de soins composée d'infirmiers et d'aides-soignants. Il agit comme une interface entre les directions et son équipe tout en étant responsable de celle-ci. De plus, les soignants interviewés dans le cadre de notre recherche ont régulièrement évoqué l'infirmier chef comme étant la source principale de reconnaissance hiérarchique.

5.3 *La reconnaissance des soignants : situation actuelle*

Même si la reconnaissance de la profession d'infirmier a évolué au cours des années, il semblerait qu'il existe encore un gouffre entre l'image que l'on a du travail d'infirmier et la réalité de la profession (Midy, 2002, p.16). En effet, le rôle de l'infirmier est souvent perçu comme une suite d'actions techniques effectuées en réponse aux ordres d'un médecin (l'infirmière magazine, n°153, 2000 cité par Midy, 2002, p.16¹⁸). Cette perception tronquée de la réalité est un frein à la valorisation du travail d'infirmier dans la société (Midy, 2002, p.16).

¹⁶ a. Goode, C. J., Ibarra, V., Blegen, M. A., Boshart-Yoder, T., Cram, E., Finn, L., ... et Anderson-Bruner, J. (1993). What kind of recognition do staff nurses want? *AJN The American Journal of Nursing*, 93(5), 64-68.

¹⁷ b. Goode, C. J., et Blegen, M. A. (1993). Development and Evaluation of a Research-based Management Intervention: A Recognition Protocol. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 61-66.

¹⁸ Mateille, F. (2000). « On ne parle pas assez de notre métier ». *L'infirmière magazine*, 153.

Quant aux aides-soignants, elles semblent également souffrir d'un manque de reconnaissance comme en témoignent de nombreux articles et reportages dans diverses émissions. Ceci serait principalement dû au fait que l'aide-soignant ne dispose pas d'un rôle propre et est limitée à un rôle d'auxiliaire prenant en charge les tâches déléguées par les infirmières. Les aides-soignants souffriraient donc d'un manque d'image et de fonction (Macrez, 2009).

A côté de la reconnaissance de leurs professions, les infirmiers et les aides-soignants ont manifesté, ces dernières années, le manque de reconnaissance dans le cadre professionnel. Plus précisément au niveau des relations avec les médecins et avec les organisations de soins ou sur le plan des rémunérations (Midy, 2002 ; Macrez, 2009) ainsi que de la charge de travail ou de l'organisation du travail qui ne leur permettent pas de travailler de la meilleure manière (Berry et Curry, 2012).

Bien que les infirmiers et les aides-soignants aient des professions différentes, nous étudierons les signes reconnaissance qu'ils perçoivent au travail sans discrimination car ceux-ci travaillent continuellement en équipe au CHU UCL Namur et qu'il est intéressant de les considérer comme tels.

Discussion

On retrouve régulièrement des revendications dans la presse mettant en avant le mal être (burnout, dépression, et cetera) des infirmiers et des aides-soignants ainsi que les conditions de travail difficiles auxquelles ils font face.

Si nous avons mis en évidence le rôle de la reconnaissance et l'importance qu'elle pouvait prendre pour les entreprises, nous pouvons nous demander si cette reconnaissance peut également diminuer le mal être des infirmiers et des aides-soignants ainsi qu'améliorer leurs conditions de travail.

Il paraît vraisemblable que la reconnaissance puisse contribuer au bien-être des soignants et à une amélioration de leurs conditions de travail. Néanmoins, il paraît évident que d'autres dimensions peuvent y contribuer.

Ainsi, je pense que donner une reconnaissance instantanée ne peut pas, à long terme, améliorer le bien-être et les conditions de travail si elle n'est pas appuyée par des actions concrètes s'attaquant aux racines du mal-être et aux mauvaises conditions de travail des infirmiers. De plus, la

reconnaissance ne doit pas être utilisée pour camoufler le manque de moyens investis dans la résolution de ces problèmes et elle ne doit pas être considérée par les managers comme un moyen « facile » de demander plus à ses employés sans augmenter le coût de travail. Selon moi, la reconnaissance au travail prend du sens pour le travailleur lorsque ces différentes conditions sont respectées. Dans le cas contraire, cela reste un simple leurre permettant aux managers et aux directions d'utiliser, de manière plus efficace, les ressources humaines dont ils disposent tout en se donnant bonne conscience. Finalement, il existe, à mon sens, une sorte de devoir éthique lié à l'instrumentalisation de la reconnaissance que doit remplir l'entreprise. Il consiste à utiliser les programmes de reconnaissance autour et pour les employés et à ne considérer l'amélioration des performances non pas comme une fin en soi mais comme un effet secondaire bénéfique.

Au travers des différents chapitres et discussions de cette première partie, nous nous sommes intéressés à la reconnaissance et aux formes qu'elle pouvait prendre au travail. A partir de ces différentes natures, nous avons mis en évidence la matrice de Brun et Dugas que nous utiliserons plus tard afin d'analyser la reconnaissance dans une institution de soins investie dans une approche Lean Santé, à savoir: le CHU UCL Namur. Finalement, nous avons discuté des programmes de reconnaissance ainsi que de la reconnaissance des soignants.

Dans cette première partie, un certain nombre de discussions, apportant une réflexion personnelle sur les différents thèmes exposés, ont été proposées. Ces discussions ne prétendent pas refléter une vérité mais apporte un éclairage personnel invitant à une réflexion sur la théorie exposée.

Maintenant que ces différents aspects des reconnaissances ont été abordés, nous allons nous concentrer sur le Lean et, plus particulièrement, sur le Lean Santé afin de compléter la partie théorique de ce travail.

PARTIE 2 : LE LEAN

Dans cette seconde partie, nous nous attèlerons à présenter différents concepts liés au Lean et, plus particulièrement, au Lean Santé. Le Lean Santé est la démarche utilisée au CHU UCL Namur. Ce complexe hospitalier sera utilisé comme terrain pour la recherche concernant la reconnaissance perçue par les soignants provenant d'un système Lean Santé.

Chapitre 6 : Le Lean et ses prémices

De manière littérale, Lean peut être traduit par maigre, reflétant son objectif qui consiste, selon Womack et Jones (2009, p.12), à *«faire mieux avec moins de ressources»*.

Le terme «Lean» a trouvé naissance, dans les années 80, afin de caractériser l'approche managériale du constructeur automobile Toyota Motor Corporation. Plus particulièrement, il trouve sa source dans le système de production Toyota qui est défini par Bourgeois (2012) citant Sugimori, Kusunoki, Cho et Uchikawa (1977)¹⁹ comme étant *«un système de management dans lequel les employés peuvent développer pleinement leurs capacités par une participation active à l'organisation et l'amélioration des postes de travail»* (Bourgeois, 2012, para.16).

Néanmoins, la définition du Lean a évolué au cours du temps et selon les auteurs. Il est donc difficile de donner une définition arrêtée de celui-ci. Cependant, Tauzier propose la définition suivante : le Lean est une *« suite de concepts suivant une méthode structurée, basée sur des principes et des outils mis en œuvre pour créer et fournir la meilleure valeur, du point de vue du client, en consommant les justes ressources nécessaires, en utilisant complètement les compétences, les connaissances et l'intelligence de tout le personnel »* (Tauzier, 2013, p.3)

6.1 Les modèles Lean

Dans la littérature, le Lean regroupe un certain nombre de modèles de production et d'optimisation dérivés du système de production Toyota. Jancarik et Vermette (2013) mettent en évidence que les principaux modèles de type Lean déployés sont, dans l'ordre d'apparition, les suivants :

¹⁹ Sugimori, Y., Kusunoki, K., Cho, F., et Uchikawa, S. (1977). Toyota production system and kanban system: Materialization of just-intime and respect-for-human system. *International Journal of Production Research* 15(6), 553–564. doi:10.1080/00207547708943149

- ❖ Le modèle et le système de production de Toyota, qui est la source des autres modèles;
- ❖ Le Lean composé de deux volets : Le Lean Opérationnel et La Pensée Lean;
- ❖ Le Lean Santé aussi connu sous le nom de «Lean Healthcare».

Ces trois modèles se basent principalement sur l'élimination du gaspillage au travers d'une amélioration continue et du respect des employés (Liker, 2009²⁰; Womack et Jones, 2012²¹; Graban, 2012²² cité par Jancarik et Vermette, 2013, p.5).

Aux côtés de ces trois modèles Lean, s'ajoute le Lean Six Sigma qui n'est autre qu'une combinaison de l'approche Lean Opérationnel ou Lean Production, que nous détaillerons par après, et du Six Sigma. C'est un modèle d'amélioration continue qui se caractérise par la recherche puis par l'élimination des variations par rapport aux normes établies (Van Den Heuvel, Does et De Koning, 2006²³ ; cité par Jancarik et Vermette, 2013, p.5). Néanmoins, nous n'aborderons pas cette dernière approche.

L'ensemble de ces modèles Lean tendent vers une performance organisationnelle qui assurerait la satisfaction des clients et des employés mais aussi la production la plus efficace et efficiente d'un produit ou service de qualité (Jancarik et Vermette, 2013, p.5).

6.2 Le modèle Toyota

Suite à la Seconde Guerre mondiale, l'économie du Japon est au plus bas et doit être relancée. Dans l'industrie automobile, également en crise, le président de Toyota Motor Company de l'époque, Toyoda Kiichiro, ira jusqu'à dire «*Rattrapons les États-Unis d'Amérique en 3 ans. Sinon, l'industrie automobile du Japon ne survivra pas*» (Ohno, 1988, p.1). Afin d'atteindre cet objectif et de rattraper les USA en termes de production automobile, l'ingénieur Taiichi Ohno, engagé par Toyoda Kiichiro, va mettre en place un système de «just-in-time production» littéralement : «production juste à temps» aujourd'hui connu sous le nom du Système de Production Toyota (SPT). Ce système a pour objectifs de délivrer aux consommateurs une qualité élevée, de

²⁰ Liker, J. (2009). *Le modèle Toyota, 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Paris, France: Pearson.

²¹ Womack, J., et Jones, D. (2012). *Système Lean: Penser l'entreprise au plus juste.*, (2e éd.). Orléans, France.

²² Graban, M. (2012). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction.*, (2e éd.). New York.

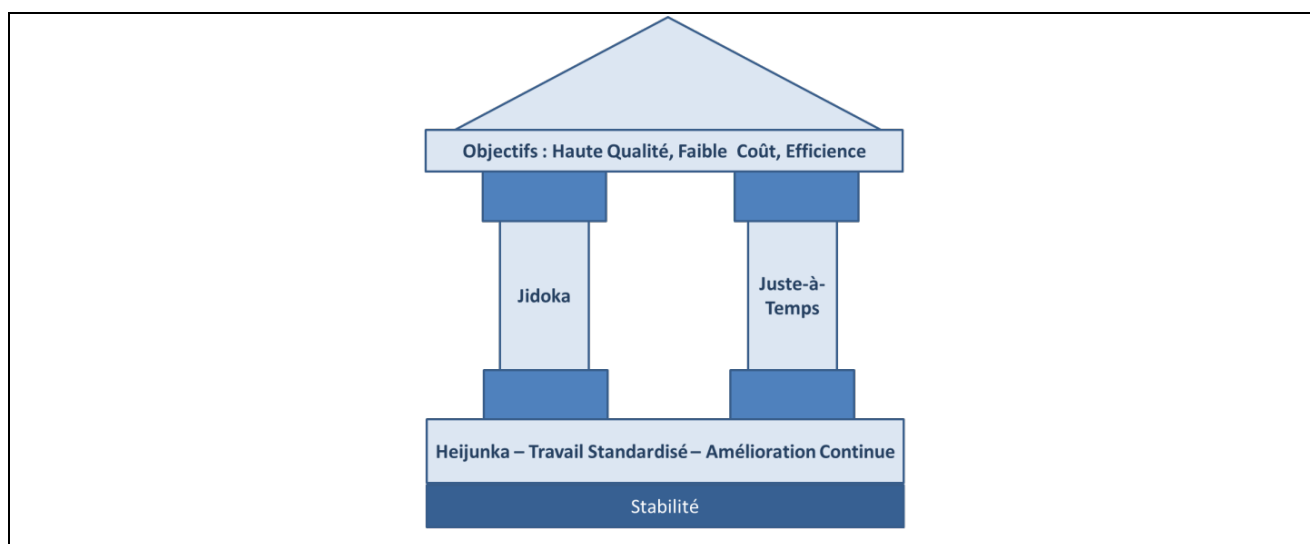
²³ Van Den Heuvel, J., Does, R., et De Koning, H. (2006). Lean six sigma in a hospital. *International Journal of Six Sigma and Competitive Advantage*, 2(4), 377–388.

diminuer les coûts, de répondre à la demande de manière flexible et de développer le potentiel des employés (Ohno, 1988).

Afin de réaliser ces objectifs, Système de Production Toyota (STP) table sur l'élimination totale des gaspillages. Cette élimination est rendue possible suite à la standardisation des processus de travail, à l'amélioration continue des processus appelé Kaizen et au nivellement des productions aussi appelé « Heijunka » (Ohno, 1988).

Cependant, une base stable ne suffit pas pour atteindre les objectifs définis auparavant. Dès lors, deux piliers essentiels à la réussite viennent compléter le SPT, respectivement, la production «juste à temps» ou «flux tendu » et l'«automatisation » ou «Jidoka» (Ohno, 1988). Tout d'abord, la production «juste-à-temps» a pour objectif d'augmenter l'efficacité et de diminuer le gaspillage et les stocks. Pour ce faire, les produits ne sont délivrés que quand ils sont nécessaires, en quantités nécessaires, aux processus de production (Sugimori et al., 1977²⁴ cités par Shah et Ward, 2007, p.788). Ensuite, l'automatisation fait référence à l'automatisation des processus afin de limiter l'intervention humaine à la résolution des défauts et problèmes détectés (Ohno, 1988). Dans la littérature, le Système de Production Toyota est souvent représenté par un temple mettant en évidence une synthèse des principaux composants de la méthode discutée auparavant comme l'illustre la figure 6.

Figure 6 : Le Système de Production Toyota



Source : adapté de « Toyota Production System House » (Lean.org, 2016).

²⁴ Sugimori, Y., Kusunoki, K., Cho, F., et Uchikawa, S. (1977). Toyota production system and kanban system: Materialization of just-intime and respect-for-human system. *International Journal of Production Research* 15(6), 553–564. doi:10.1080/00207547708943149

6.3 *Le Lean*

Alors que le Système de Production Toyota permet à l'industrie automobile japonaise de se relancer, en Occident, le «fordisme» s'étend grâce à la forte croissance économique européenne dans un contexte de consommation de masse (Langlois, 2002). Cependant, en 1973, la crise pétrolière va susciter un immense intérêt pour les pratiques managériales et de production des entreprises japonaises et, plus précisément, envers Toyota Motor Corporation. Cela se traduira par la publication d'un certain nombre d'articles scientifiques sur le Système de Production Toyota. (Shah et Ward, 2007 p.787). C'est dans ce contexte que le Lean émerge.

Le Lean est un concept développé à partir du Système de Production Toyota et adapté à la culture occidentale par Womack et Jones au début des années 1990. Depuis son émergence, le Lean a évolué sous l'influence des thèmes de littérature qui le critiquaient (Hines et al., 2004). En effet, le concept Lean développé par Womack et Jones, dans « *The Machine that Changed the World* » (1990) initialement confiné au secteur automobile va être adapté à d'autres secteurs de production et de service (Hines et al., 2004). Cependant, nous nous concentrerons uniquement sur les deux volets principaux dans leur forme actuelle composant le Lean, à savoir: le Lean Opérationnel et le Lean Thinking, littéralement: « Pensée Lean » (Jancarik et Vermette, 2013, p.14).

6.4 *Le Lean Opérationnel*

Le Lean Opérationnel ou Lean Manufacturier est un système de production ayant pour objectif de réduire le gaspillage en termes d'efforts, de stock, de temps et d'espace afin de permettre une réponse rapide et flexible à la demande du client avec des produits ou services de qualité, de manière efficiente d'un point de vue économique (Todd, 2000 cité par Pavnaskar, 2003²⁵).

Le Lean Opérationnel est appliqué par l'emploi de méthodes et d'outils Lean pour identifier tous les processus de production de valeur (Jancarik et Vermette, 2013, p.15). Ces outils prennent la forme de stratégies et de méthodes visant à mettre en évidence tout gaspillage lors des processus de fabrication et lors de la transformation de ces processus en processus générant de la valeur (Jancarik et Vermette, 2013, p.15).

²⁵ Todd, P. (2000), *Lean manufacturing: building the lean machine*, Advanced Manufacturing. En ligne <http://www.advancedmanufacturing.com/leanmanufacturing/part1.htm>.

Différents outils, souvent utilisés dans le Lean et plus précisément utilisés de manière régulière au CHU UCL Namur, sont disponibles en annexe 5. L'ensemble des outils cités ne représente donc pas une liste exhaustive des outils Lean. La plupart de ces outils sont d'ordre visuel c'est-à-dire qu'un seul regard permet de saisir l'information importante. Leur forme est donc souvent standardisée et ils sont placés à des endroits visibles. Ils ont généralement pour objectifs de standardiser des processus, de résoudre des problèmes ou d'exploiter des opportunités.

6.5 La Pensée Lean

La Pensée Lean est elle aussi issue des travaux de Womack et Jones qui la résument en cinq principes prenant respectivement le nom de valeur, chaîne de valeur, flux, système tiré et perfection (Womack et Jones, 2010).

Le principe de *valeur* est central à la Pensée Lean et ne peut être défini que par le client. Il est donc impératif de définir ce qui crée de la valeur à ses yeux (Womack et Jones, 2010).

La *chaîne de valeur* correspond aux activités qui permettent de délivrer de la valeur au client. Dans la Pensée Lean, il existe trois types d'activités, à savoir: les activités à valeur ajoutée, les activités qui ne produisent pas de valeur ajoutée mais qui ne peuvent pas être supprimées et les activités qui ne créent pas de valeur ajoutée et qui peuvent être supprimées. Il est important d'identifier la chaîne de valeurs et le type d'activités la composant. L'identification permettra de supprimer les activités sans valeur ajoutée qui ne sont pas nécessaires au processus (Womack et Jones, 2010).

Le principe de *flux* fait référence à l'utilisation d'un processus de création continu entre et pendant les activités de production du produit ou service. À partir de la chaîne de valeur, il faut donc supprimer les activités sans valeur ajoutée qui ne sont pas nécessaires au processus et supprimer les temps morts (Womack et Jones, 2010).

Le *système tiré* met en évidence l'importance de comprendre la demande du client et de créer un processus capable de répondre à cette demande lorsque le client la formule (Womack et Jones, 2010).

Finalement, la *perfection* est ce vers quoi tend la Pensée Lean au moyen d'une amélioration continue et du respect des personnes qui sont les deux piliers de cette pensée (Larman et Vodde,

2009). La perfection dans la Pensée Lean se définit comme un processus où toutes les activités sans valeur ajoutée et les gaspillages de tout type ont été éliminés (Womack et Jones, 2010).

Si les cinq principes relevés sont au cœur de la pensée Lean, il ne faut pas négliger les deux aspects fondamentaux de la Pensée Lean que sont: l'amélioration continue et le respect des personnes. L'amélioration continue, qui consiste à toujours vouloir améliorer les processus, est possible grâce à la création d'une atmosphère permettant l'apprentissage continu et d'un environnement de travail permettant et acceptant le changement (Larman et Vodde, 2009). La création d'une telle atmosphère et d'un tel environnement n'est possible que si les personnes sont respectées. Le respect des personnes dans l'approche Lean prend la forme de six principes comme détaillés à la figure 7.

Figure 7 : Les 6 principes du respect des personnes dans la Pensée Lean



Source : Adapté de « *respect des personnes* » (Larman et Vodde, 2009, p.13).

Le *développement des personnes avant les produits* est un principe qui s'applique grâce à des managers formateurs plutôt que des managers directifs. Ceux-ci doivent donc coacher leurs équipes à la résolution de problèmes (Larman et Vodde, 2009).

Les *managers comme exemples* implique que les managers à travers leurs actions et leurs décisions poursuivent les objectifs derrière l'élimination du gaspillage et l'amélioration en continu. Ils doivent donc être les premiers investis dans la démarche Lean (Larman et Vodde, 2009).

Le *développement des équipes* concerne l'importance de la mise en place d'une culture de travail en équipe plutôt qu'en groupe d'individu. Il faut donc créer des équipes stables fonctionnant bien (Larman et Vodde, 2009).

Le *développement des partenariats* consiste à établir et maintenir des relations basées sur la confiance avec les partenaires de l'organisation (Larman et Vodde, 2009).

Le *développement des pratiques et de l'amélioration continue par les personnes et les équipes* demande aux managers de bousculer leurs équipes pour qu'elles sortent de leur zone de confort et puissent s'améliorer continuellement. Dès lors, les équipes doivent apprendre à résoudre les problèmes et à réfléchir aux processus pour finalement améliorer elles-mêmes leur travail (Larman et Vodde, 2009).

Finalement, le *bien-être du client* est garanti en ne les inquiétant pas, c'est-à-dire en ne les faisant pas attendre, en leur donnant le produit ou service attendu et en recentrant le client au centre des préoccupations des équipes et de l'organisation (Larman et Vodde, 2009).

6.6 Le Lean management

Le Lean management est défini par Jancarik et Vermette (2013, p.15) comme étant l'«*ensemble des activités de gestion qui mobilise le personnel et l'amène à participer à la démarche Lean*». C'est donc un modèle de management permettant aux employés d'intégrer plus facilement les principes Lean. Le Lean management va recentrer l'attention sur les processus plutôt que sur les résultats en combinant différents éléments tels que la discipline, les bonnes pratiques et autres outils nécessaires afin d'atteindre de meilleurs résultats (Mann, 2005). Selon Graban (2012), pour implémenter une démarche Lean, la mise en place et le maintien du Lean management représente 80% des efforts à fournir.

Discussion

Dans ce chapitre, nous avons mis en évidence que la Pensée Lean se fondait sur deux piliers principaux, à savoir: l'amélioration continue et le respect des personnes. A mon sens, ces deux piliers laissent une place considérable à la reconnaissance au travail car ils sont principalement orientés autour des personnes.

L'amélioration continue est rendue possible grâce à la reconnaissance des compétences des acteurs de terrain. En effet, ceux-ci sont considérés dans la Pensée Lean comme des experts de leur travail. Cette reconnaissance des compétences peut être mise en lien avec l'estime de soi développée par Honneth mais aussi avec la reconnaissance des pratiques de travail mise en évidence par Brun et Dugas. Plus particulièrement, l'employé, reconnu comme expert dans son travail, va jouir d'une certaine autonomie quant à l'amélioration des processus.

Cependant, si, de prime abord, le premier pilier du Lean semble être propice à la reconnaissance des compétences, celui-ci peut également avoir des effets pervers sur les employés. A mon sens rendre les travailleurs responsables de l'amélioration de leur travail pourrait permettre aux directions de se décharger de toute responsabilité par rapport à ce même travail. Dès lors, il semble essentiel que les employés qui s'investissent dans la démarche d'amélioration continue soient soutenus par la direction et les managers, et qu'une responsabilité commune soit mise en place.

Finalement, il faut garder à l'esprit que Lean n'a pas pour objectif principal de reconnaître les compétences et l'expertise des employés mais que ces dernières sont utilisées à des fins de performance. Principalement, cela permet d'engager moins de personnes analysant les processus, d'investir davantage les employés dans leur travail et d'utiliser leur connaissance de la réalité du terrain.

Après nous être focalisé sur le Lean et ses origines, nous allons nous concentrer sur le Lean Santé, une branche particulière du Lean adapté aux organisations de la santé et mise en place au CHU UCL Namur.

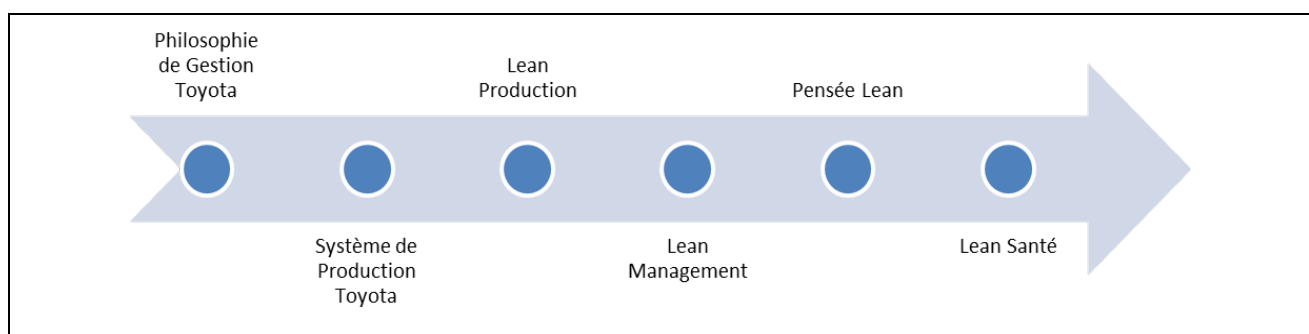
Chapitre 7 : Le Lean Santé

Les organisations de santé font face depuis un certain nombre d'années à des pressions importantes qui les poussent à changer leur fonctionnement. En effet, le vieillissement de la

population entraîne une augmentation de la demande des soins. A cela s'ajoute un nombre grandissant de challenges tels que l'accessibilité, la sécurité, la qualité des soins ainsi que les contraintes réglementaires et économiques de plus en plus fortes (Poksinska, 2010). Afin de relever ces différents défis de nombreux hôpitaux se sont tournés vers le Lean Santé, un dérivé du Lean adapté au domaine des soins de santé.

Le système Lean Santé est un concept assez neuf qui, bien qu'il ne possède pas encore des principes propres, adapte les principes des modèles Toyota et du système Lean dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la performance organisationnelle (Jancarik et Vermette, 2013). Précédemment, nous avons brièvement abordé les principaux systèmes Lean, ils peuvent être organisés temporellement de la manière suivante par rapport au Lean Santé :

Figure 8 : Les origines du Lean Santé



7.1 Une définition du Lean Santé

Le Lean Santé plus connu sous le terme de «Lean Healthcare» est le dernier modèle Lean qui a vu le jour. Jancarik et Vermette le définissent comme *«un système global de gestion d'une organisation de santé ayant pour but d'augmenter la capacité des organisations à répondre aux besoins de santé d'une population de plus en plus importante avec des ressources de plus en plus limitées»*. (Jancarik et Vermette, 2013, p.5) Ce système s'applique aux hôpitaux avec pour objectif d'améliorer les performances, dans l'optique de garantir la satisfaction des patients et des employés, en délivrant des soins de qualité réalisés de manière efficace et efficiente (Jancarik et Vermette, 2013).

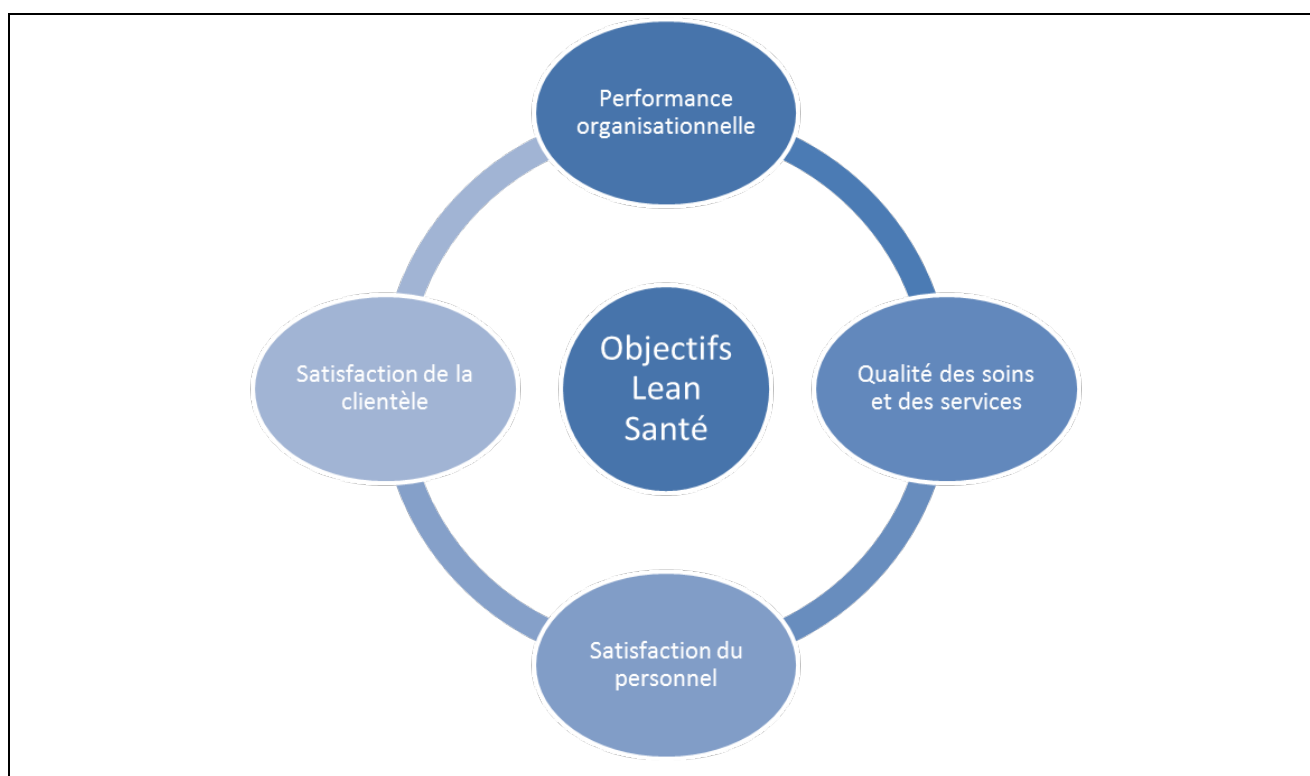
Les organisations, ayant trait à la santé, implémentent généralement le Lean au travers d'outils et techniques simples dans des petits projets qui peuvent s'apparenter à des guides de «bonnes pratiques» (Radnor, 2011, p.3). Au regard de la littérature, le Lean Santé est souvent perçu comme un ensemble d'outils et techniques permettant d'améliorer des processus (Poksinska, 2010).

Néanmoins, limiter le Lean Santé à des techniques et outils est une erreur qui peut mener une organisation, implémentant le Lean Santé, à de mauvais résultats (Radnor et Walley, 2008, p.15). Dès lors, la définition du Lean Santé, proposée par Graban, est plus intéressante car elle ne se limite pas aux outils et techniques. Selon lui, le Lean Santé est un cadre d'observation au travers duquel on peut percevoir et analyser l'élaboration et l'accomplissement des soins de santé (Spear, 2005²⁶ cité par Graban 2012). Plus particulièrement, il caractérise le Lean Santé par (Graban, 2012):

- ❖ Un design d'activités continues permettant l'identification rapide des problèmes ;
- ❖ La possibilité de résoudre rapidement les problèmes ;
- ❖ La mise en place d'une collaboration permettant de trouver les solutions aux problèmes ;
- ❖ Un personnel capable de transmettre ses apprentissages et son expérience ;
- ❖ L'identification et la mise en place d'une stratégie et des objectifs organisationnels permettant de remporter des «succès».

Finalement, Graban (2012) définit les objectifs du Lean Santé comme étant la satisfaction des patients et de leur famille, la satisfaction du personnel, la qualité des soins et des services et la performance organisationnelle comme illustrés à la figure 9.

Figure 9 : Les objectifs du Lean Santé



²⁶ Spear, S. J. (2005). Fixing health care from the inside, today. *Harvard business review*, 83(9), 78.

7.2 *Les concepts Lean adaptés au milieu hospitalier*

Les hôpitaux sont des organisations complexes de par leur taille, les contraintes administratives auxquelles ils font face, l'absence de droit à l'erreur, la pluralité des professions à coordonner et du simple fait que l'on y soigne des êtres humains (Ballé et Champion-Daviller, 2004). Les concepts Lean provenant de l'industrie ne sont donc pas applicables tel quel aux organisations de soins. Dès lors, cinq principes de la démarche Lean développés par Womack et Jones énoncés auparavant doivent être mis dans une perspective de soins adaptée au vocabulaire et à la culture des hôpitaux afin de comprendre le sens d'une démarche Lean Santé.

Le concept Lean de *valeur* va correspondre à l'identification et la définition de la valeur des soins ou des services perçus par le patient et sa famille tout au long de son parcours de soins (Grabau, 2012). La *chaîne de valeurs* va correspondre à l'identification des activités à valeur ajoutée et sans valeur ajoutée du début à la fin du parcours de soins fait par le patient (Grabau, 2012). Le *concept de flux* prend, lui, la forme de l'assurance de continuité des différents soins et services par l'élimination des temps d'attente et des activités non nécessaires (Grabau, 2012). Le *système tiré* va assurer un ajustement des activités et ressources aux besoins réels des soignants et des patients (Grabau, 2012). Finalement, le concept de *perfection* se traduit par l'objectif d'atteindre la perfection grâce à l'amélioration continue des soins et des services (Grabau, 2012).

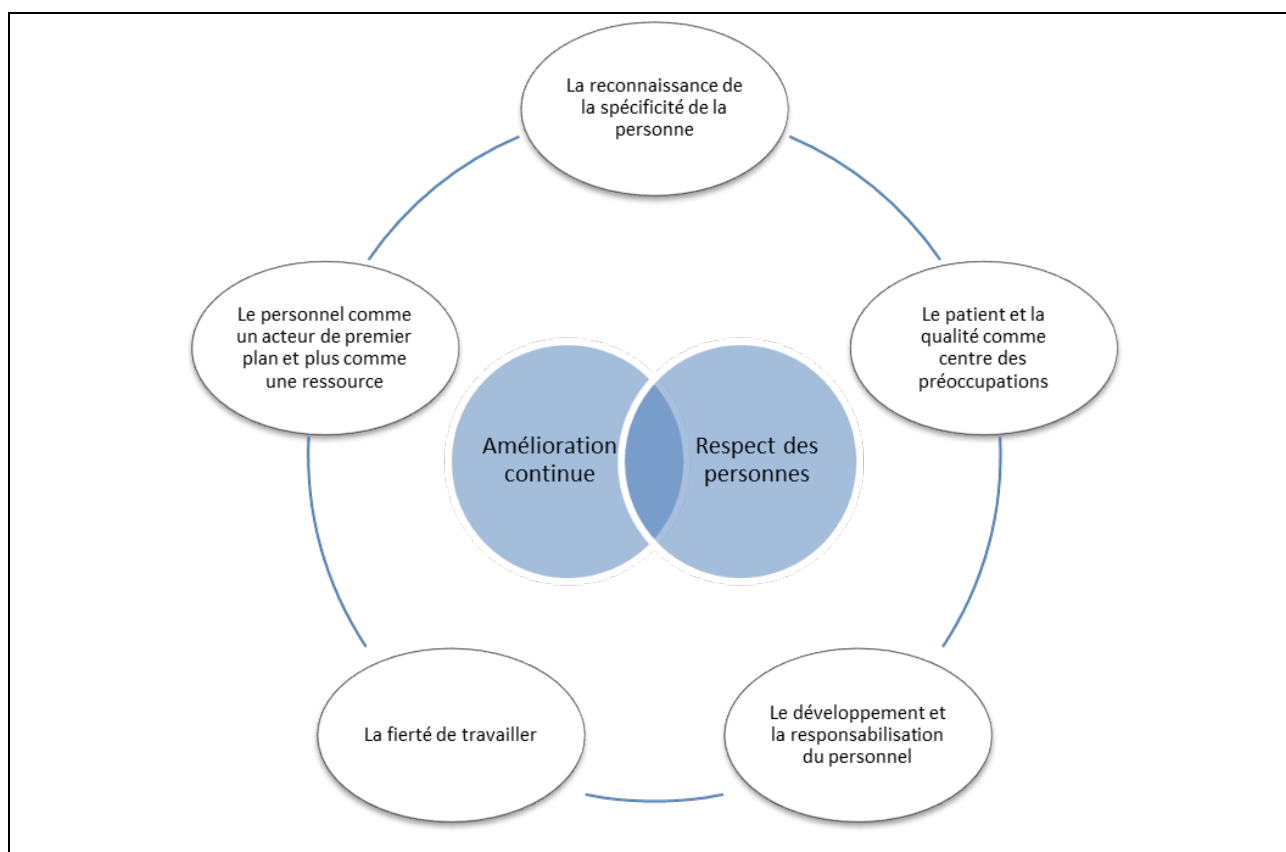
7.3 *La culture organisationnelle du Lean Santé*

Afin de pérenniser les changements amenés par les cinq concepts Lean décrits auparavant, il est nécessaire de transformer la culture organisationnelle en culture organisationnelle Lean Santé (Jancarik et Vermette, 2013, p.35). En effet, si les comportements des travailleurs ne sont pas adaptés en vue de supporter le changement, celui-ci ne sera pas effectif dans le long terme (Drew et al., 2004).

Schein définit la culture organisationnelle comme «*le pattern d'hypothèses basiques et partagées qui a été appris par un groupe pour faire face à la résolution de problèmes d'adaptation externe et d'intégration interne, qui a fonctionné suffisamment bien que pour être considéré comme valide et donc être enseigné à de nouveaux membres comme étant la manière correcte de percevoir, penser et réagir en relation avec ces problèmes*» (Schein, 2010, p.17).

S'il n'existe pas de définition formelle de la culture organisationnelle Lean Santé, nous pouvons, néanmoins, relever les différentes valeurs qui la structurent. Ainsi Graban (2012) définit le respect des personnes et le Kaizen (ou amélioration continue) comme étant la base de la culture organisationnelle, à laquelle viennent s'ajouter la reconnaissance d'une responsabilité sociale, le partage d'une vision commune au personnel et à la direction quant aux objectifs de l'organisation et la discipline et rigueur exemplaire (Jancarik et Vermette, 2013, p.35). Autour de ces fondements vont graviter un ensemble de valeurs dérivées du modèle Toyota et du système Lean, et aussi définir les composantes d'une gestion axée sur les personnes. Les valeurs (AQESSS, 2010²⁷ cité par Jancarik et Vermette, 2013) sont les suivantes :

Figure 10 : Les valeurs du Lean Santé



La transformation de la culture organisationnelle se fera progressivement à condition que la direction et la gouvernance soient engagées et soutiennent la démarche Lean Santé (Grabau, 2012) en définissant clairement la mission, la vision et les objectifs de l'organisation (Jancarik et Vermette, 2013, p.37). Néanmoins, la transformation sera plus ou moins rapide en fonction de l'acceptation du changement et de l'engagement des employés (Jancarik et Vermette, 2013, p.37).

²⁷ AQESSS (2010). Soigner l'humain pour bâtir demain. En ligne

http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/soigner_lhumain_nov2010.pdf le 22 avril 2013

La transition vers une culture Lean doit être accompagnée par l'utilisation d'un système de management adéquat tel que le Lean management (Mann, 2005). En effet, nous l'avons précédemment défini comme étant l'ensemble des pratiques managériales qui rassemblent et motivent le personnel afin de le faire participer à la démarche Lean, va assister les employés dans l'intégration des principes Lean Santé (Jancarik et Vermette, 2013, p.15). Le Lean management regroupe un certain nombre d'éléments tels que les bonnes pratiques journalières, la discipline et autres outils qui, mis en place, vont permettre d'établir une attention soutenue et permanente sur les processus permettant l'apparition d'une culture Lean Santé (Mann, 2005).

7.4 *Le développement des personnes dans le Lean Santé*

Le développement des personnes est un des piliers sur lequel repose le Lean Santé (Ballé et Beauvallet, 2013, p.45). Le développement des personnes garantit la possibilité d'une amélioration continue. Une valeur chère au Lean Santé faisant l'hypothèse que personne ne connaît mieux une tâche que celui qui la maîtrise et l'effectue tous les jours. De ce fait, l'individu n'est plus considéré comme une ressource mais comme un acteur de premier plan ayant la capacité d'acquérir l'autonomie nécessaire pour travailler de manière efficace et efficiente ainsi que de prendre des initiatives dans un environnement changeant (Ballé et Beauvallet, 2013). Une entreprise Lean doit donc garantir la possibilité de développement à ses employés par la prise d'autonomie et d'initiative ainsi que par l'accès à des formations.

7.5 *L'engagement dans le Lean Santé*

Nous avons auparavant mis en évidence que la pratique Lean Santé et la transition vers une culture Lean Santé dépendaient fortement du niveau d'engagement des employés et de la direction. La définition proposée par le Larousse de l'engagement est la suivante : « *acte par lequel l'individu assume les valeurs qu'il a choisies et donne, grâce à ce libre choix, un sens à son existence* » (Larousse, 2016). L'engagement va donc se manifester par le respect et l'application des valeurs propres à la culture Lean management que nous avons définis précédemment comme étant l'amélioration continue et le respect des employés au travers des actes posés par la direction, les managers et les employés.

L'engagement de la direction

L'engagement de la direction est capital afin que la culture Lean Santé se mette en place et devienne pérenne. Il se réalise par des actes tels que la formation des employés nécessaire au développement des personnes, la promotion et la transmission de l'expérience Lean, la reconnaissance et l'encouragement des managers et employés, et le soutien donné aux cadres dans l'accomplissement de leur travail (Jancarik et Vermette, 2013, p.39). Il permet également de donner les moyens aux employés de devenir des acteurs d'amélioration continue grâce à des formations et des conditions de travail adaptées, d'écouter ses employés lorsqu'ils expriment leurs idées et leurs inquiétudes (Ballé et Beauvallet, 2013) ainsi que d'accepter que certaines initiatives échouent afin de motiver les employés à réessayer (Barnas, 2011, p.392).

L'engagement des managers

Les managers ont, eux aussi, un rôle capital dans le fonctionnement du Lean Santé car ils sont le relais entre la direction et les soignants. En effet, les managers doivent donner un soutien conséquent aux équipes de soins pour développer et maintenir leur engagement dans le Lean Santé (Jancarik et Vermette, 2013). Dans cette optique, leur engagement et leurs responsabilités vont prendre la forme d'actions quotidiennes telles que (Jancarik et Vermette, 2013) :

- ❖ L'élimination de certaines sources d'insatisfactions des employés par la standardisation de certaines tâches tout en laissant la possibilité au personnel d'être créatif et autonome ;
- ❖ La mise en place d'une gestion participative dans l'optique de développer et d'investir le personnel dans le processus d'amélioration continue ;
- ❖ Assurer une rétroaction constante au personnel ;
- ❖ La pratique de Gemba, à savoir: soutenir les employés et mieux comprendre leur travail en allant directement sur le terrain ;
- ❖ Le développement de l'autonomie et du savoir-faire des soignants grâce à la formation et au coaching (Ballé et Beauvallet, 2013) ;
- ❖ Montrer l'exemple en adoptant et en ayant l'esprit Lean (Ballé et Beauvallet, 2013) ;
- ❖ Générer des objectifs communs sans imposer une manière de faire (Drew et al., 2004).

L'engagement des employés

Finalement, l'engagement des employés est lui aussi très important. Ils sont les acteurs délivrant directement les soins et les services adjacents aux patients et à leur entourage. L'engagement des soignants va se manifester par l'intégration de la philosophie de l'organisation dans les activités de soins et les services annexes qu'ils présentent (Jancarik et Vermette, 2013).

Pratiquement, l'intégration de la philosophie de l'organisation par le personnel va prendre la forme de pratiques Lean Santé telles que le 5 S, la recherche d'amélioration et l'investissement dans la résolution de problèmes de services (Liker, 2009 cité par Jancarik et Vermette, 2013). Les employés deviennent donc des acteurs du changement et de l'amélioration de leur travail.

7.6 L'expérience Lean Santé

L'émergence du Lean dans les organisations de soins sous la forme du Lean Santé est assez récente. Comme nous l'avons mise en évidence précédemment, l'application du Lean Santé dans les organisations de soins prend souvent la forme de petits projets. Bien que plusieurs projets s'inscrivant dans le Lean Santé ont amené une amélioration dans des hôpitaux, un certain nombre d'auteurs mettent en garde qu'il faut être prudent quant aux résultats rapportés par ces projets (Jancarik et Vermette, 2013) car la diversité des contextes et des variables à étudier ainsi que le faible recul possible par rapport à la pérennité des résultats rendent difficile la comparaison des démarches Lean engagées dans les hôpitaux (de Sousa, 2009²⁸; Glasgow et al., 2010²⁹; Vest et Gamm, 2009³⁰ cité par Jancarik et Vermette, 2013)

Néanmoins, Womack et Jones (2012) soulignent que l'utilisation du Lean Santé peut augmenter la flexibilité et les performances des équipes de soignants en augmentant la polyvalence des employés. L'efficacité et l'efficience des organisations seraient aussi augmentées par l'intermédiaire d'une diminution de la durée des soins, une augmentation de la qualité des soins, une simplification des systèmes d'informations et une diminution des erreurs et des réajustements dans le processus de soins (Womack et Jones, 2012).

Graban (2012) est lui plus franc et affirme que le Lean Santé est adapté au milieu hospitalier et obtient de bons résultats. Il nuance, par contre, en mettant en évidence que la mise en place du Lean Santé peut être lente. En effet, dans cette approche, les membres du personnel sont maintenant des acteurs à part entière qui prennent part aux décisions et comme nous l'avons déjà précisé, il est capital que les employés s'engagent dans la démarche Lean Santé pour que celle-ci affiche des résultats probants. Les difficultés liées à l'implémentation du Lean dans le milieu hospitalier sont

²⁸ de Sousa, L. B. (2009). Trends and approaches in Lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.

²⁹ Glasgow, J. M., Scott-Caziewell, J. R., et Kaboli, P. J. (2010). Guiding Inpatient Quality Improvement: A Systematic Review of Lean and Six Sigma. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(12), 533-540.

³⁰ Vest, J. R., et Gamm, L. D. (2009). A critical review of the research literature on Six Sigma, Lean and StruderGroup's Hardwiring Excellence in the United States: the need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implementation Science*, 4(35).

aussi mises en évidence par Drew et al. (2004) qui notent que ces difficultés ne sont pas limitées au secteur de la santé mais peuvent être généralisées à tous les autres milieux. Ils expliquent que, dans un nombre important de cas, la démarche Lean se solde par un échec car elle demande des ressources considérables et beaucoup d'engagement de la part du personnel, des managers et de la direction.

7.7 Les dangers du Lean

Il est important de ne pas considérer le Lean uniquement comme un ensemble d'outils car l'utilisation de ceux-ci hors d'une démarche Lean, à proprement parler, ne fonctionnera pas et pourra même être contre-productive (Radnor et Walley, 2008, p.15). Même si cela n'est pas toujours évident, il est nécessaire que l'organisation s'approprie les outils et les techniques Lean de manière à répondre à ses besoins (Hohmann, 2012). De plus, se focaliser sur des outils Lean peut avoir des effets négatifs sur les employés si trop peu de considération est donnée au caractère humain de l'organisation (Garrahan et Stewart, 1992 ; Williams et al., 1992).

Discussion

Au travers de ce chapitre nous avons mis en évidence le Lean Santé. Cette démarche semble fortement dépendante de l'investissement des membres de l'organisation de santé mais également de la façon dont est abordée l'approche Lean.

L'amélioration continue est un des piliers du Lean Santé, nous pouvons nous demander si celle-ci ne connaît réellement pas de fin. Plus précisément, si le fait d'aller trop loin dans ces améliorations ne peut pas avoir un effet négatif sur l'institution. En effet, la standardisation à outrance peut selon moi déshumaniser le travail et enlever toute possibilité de créativité. Finalement, l'employé « acteur » du Lean se retrouverait « ressource » ce qui ferait perdre beaucoup de sens à la démarche Lean Santé.

Néanmoins, il paraît évident qu'un minimum de standardisation est nécessaire dans les organisations de soins pour assurer la qualité des prestations mais aussi minimiser les risques d'accidents du travail. La standardisation est donc à mon sens un outil à double tranchant qui, si elle est utilisée dans le respect des acteurs, permet des améliorations à bien des égards. Nous pourrions également nous questionner sur la limite de la standardisation des processus et la détermination de son niveau.

Chapitre 8 : Les critiques adressées au Lean

Tout au long de cette partie, nous avons étudié les points principaux du Lean à partir d'auteurs généralement «pro-Lean». Afin de nuancer le développement qui a été proposé, nous allons nous attarder sur différentes critiques qui sont régulièrement émises à l'encontre du Lean.

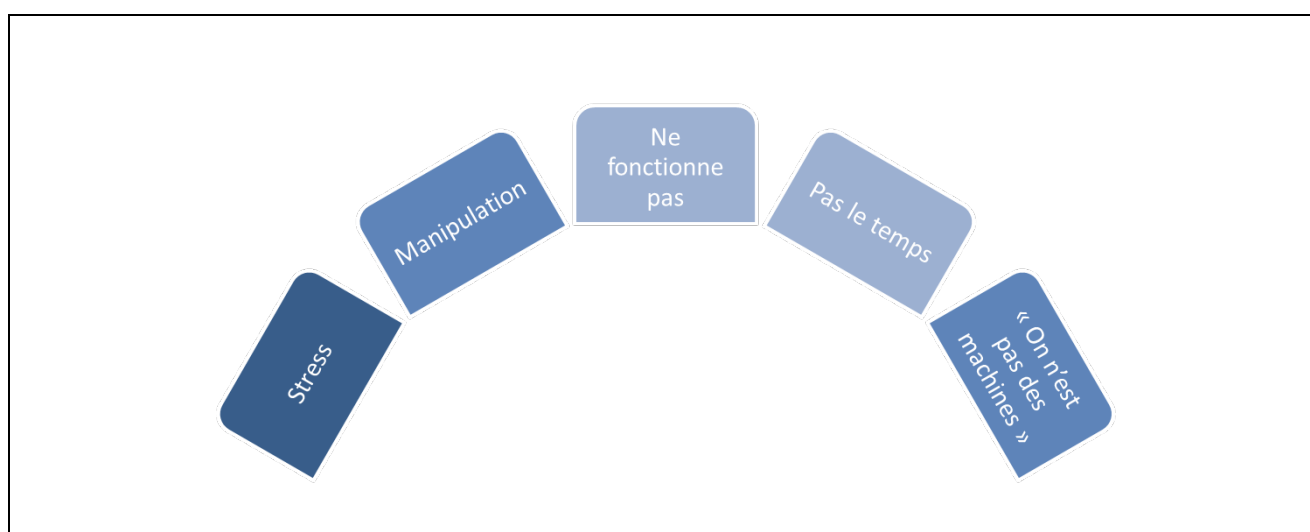
8.1 Les critiques de la littérature scientifique adressées au Lean

Au cours du temps et de son développement, le Lean a dû faire face à de nombreuses critiques dans la littérature scientifique. Néanmoins, ces critiques ont participé à l'amélioration du Lean. Hines et al. (2004) ont mis en avant l'évolution des critiques faites au Lean à travers le temps. Les aspects principaux de ces critiques peuvent être résumés en quatre points, à savoir: le manque de contingence, les aspects humains, les aspects stratégiques et la variabilité (Hines et al., 2004). Pour information, ces différentes critiques provenant de la littérature scientifique sont développées en annexe 6.

8.2 Les critiques principales adressées au Lean par les employés

Si les critiques adressées au Lean dans la littérature scientifique ont participé à son évolution, nous sommes plus intéressés, dans le cadre de ce mémoire, par les critiques les plus classiques adressées au Lean par le personnel. Jourdan de la Passadière (2016) met en évidence les critiques suivantes :

Figure 11: Les critiques du Lean énoncées par les employés



Source : Adapté de « les critiques classiques du Lean Management » (Jourdan de la Passadière, 2016).

La première critique formulée à l'égard du Lean par les employés est: le fait de pousser à outrance l'amélioration continue et suivie des activités génère beaucoup de stress (Jourdan de la Passadière, 2016). Ensuite, il est commun d'entendre que le Lean manipule les employés en les utilisant pour identifier et résoudre les problèmes afin de réduire les effectifs. Par ailleurs, une critique assez répandue concerne le manque de résultats affichés par la démarche Lean qui ne fonctionnerait pas et ne serait pas pérenne. À cela s'ajoute la critique concernant la charge de travail, « on n'a pas le temps », ajoutée par la démarche Lean qui empêcherait de poursuivre correctement l'activité principale des travailleurs. Finalement, de nombreuses personnes pensent que le Lean ne peut pas être appliqué en dehors de processus de production de masse et considèrent donc comme impossible la mise en place d'une démarche Lean dans leur organisation car « *ils ne sont pas des machines* » (Jourdan de la Passadière, 2016)

À ces critiques, il faut ajouter celle faite à l'égard de la standardisation qui est parfois perçue comme une perte d'autonomie par les employés. La standardisation vise un gain d'efficience et de qualité, mais, pour certains employés, il s'agit de la perte de leur autonomie (Toussaint, 2013³¹; Ulhassan et al., 2013³² cité par Jancarik, Vermette, 2013).

Avec une popularité grandissante, le Lean a attiré de nombreuses entreprises qui se sont lancées dans une démarche partielle en n'employant qu'un certain nombre d'outils Lean qui se focalisait essentiellement sur le gain de productivité limitant ainsi le Lean à un ensemble d'outils sans considérer ses autres principes. Tout au long de cette partie, nous avons vu que restreindre le Lean à des outils pouvait mener à de nombreux problèmes. Selon Jourdan de la Passadière (2016), ces nombreuses entreprises qui n'ont appliqué que des outils Lean, sont à la base de ces critiques. Il précise que ces critiques ne s'appliquent pas réellement au Lean mais à des entreprises qui ont un semblant de démarche Lean. Il appuie également cela en disant que la grande majorité des entreprises qui entreprennent une démarche Lean le font uniquement pour augmenter la productivité, ne prenant pas en compte des fondements du Lean tels que: l'amélioration continue et le développement des personnes (Jourdan de la Passadière, 2016).

³¹ Toussaint, J. (2013). A Management, Leadership, and Board Road Map to Transforming Care for Patient. *Frontiers of Health Services Management*, 29(3), 3-15.

³² Ulhassan, W., Sandahl, C., Westerlund, H., Henriksson, P., Bennermo, M., von Thiele Schwarz, U., et Thor, J. (2013). Antecedents and Characteristics of Lean Thinking Implementation in a Swedish Hospital: A Case Study. *Quality Management in Health Care*, 22(1), 48-61.

Discussion

Il existe un certain nombre de critiques faites à la démarche Lean trouvant écho dans de nombreuses entreprises. Après quatre mois d'observations au CHU UCL Namur, je pense pouvoir apporter un éclairage sur ces différentes critiques.

Tout d'abord, je n'ai pas ressenti un *stress* particulier, de la part des soignants, découlant de la démarche Lean. Je pense même que certains éléments de la démarche Lean Santé au CHU UCL Namur permettent de diminuer le niveau général de stress. Par exemple, l'utilisation du système de gestion de stock « Kanban » propre au Lean semble être un élément diminuant le stress car chaque objet de soin est à sa place, en nombre suffisant et cela perpétuellement.

Pour ce qui est de la *manipulation*, il existe une croyance populaire disant que le Lean fait travailler « plus » et donne davantage de responsabilités afin de pouvoir réduire les effectifs. Cette croyance me semble assez répandue au CHU. Néanmoins, elle n'est, à mon sens, pas justifiée pour deux raisons principales. Premièrement, le Lean Santé n'a pas pour objectif de diminuer les effectifs mais les gaspillages. Ensuite, la politique du CHU n'est pas de réduire les effectifs. Je peux, par exemple, illustrer cela par le fait qu'une personne du service des archives avait réussi à diminuer la charge de travail de son service d'un équivalent temps plein. Après cela, cette même personne s'est vue proposée un rôle de coach dans la cellule de l'amélioration continue afin qu'elle partage son expérience Lean.

L'idée que le Lean ne *fonctionne pas* n'est pas due, selon moi, au fait que le Lean ne fonctionne pas réellement mais plutôt au fait qu'au cours d'une carrière, de nombreux projets échouent et découragent les travailleurs. De plus, je pense que c'est un argument régulièrement utilisé pour ne pas avoir à changer. Finalement, lorsque les travailleurs ne désirent pas s'impliquer dans la démarche, celle-ci fini par donner des résultats en dessous des attentes.

« *Pas le temps* » est une phrase que l'on entend régulièrement mais qui ne s'applique pas uniquement à la démarche Lean étant donné qu'une surcharge de travail va impacter de nombreux éléments au quotidien. De plus, la démarche Lean va régulièrement permettre de gagner du temps en optimisant certains procédés tels que le réapprovisionnement des stocks ou l'organisation de la charge de travail.

Finalement, « *on n'est pas des machines* » ouvre la porte à une discussion intéressante autour de la balance entre standardisation des processus et autonomie au niveau de l'administration

des soins. Je pense que la standardisation de certains procédés peut être mal vécue par certaines personnes. En effet, celles-ci peuvent se sentir restreintes dans leur marge de manœuvre, ressentir un sentiment désagréable de « contrôle », vivre la standardisation comme une critique de leur compétence, et cetera. Cependant, la standardisation de certains processus est nécessaire pour diverses raisons de qualité, de sécurité, de performances, et cetera. Il faut donc, à mon sens, trouver un équilibre entre la standardisation et l'autonomie.

Toutes ces critiques, mis à part celles concernant la fonctionnalité du Lean, sont, selon moi, liées à la reconnaissance. En effet, l'autonomie peut être assimilée à la reconnaissance des compétences, la charge de travail à une reconnaissance de l'investissement alors que le stress et la manipulation vont être liés à la reconnaissance existentielle. Il sera donc intéressant de garder cette discussion à l'esprit lorsque nous discuterons des résultats obtenus à propos du lien entre la démarche Lean et la reconnaissance. Nous pourrions constater l'existence ou non de ces critiques au CHU UCL Namur.

Dans cette seconde partie, nous nous sommes intéressés au Lean et, plus particulièrement, au Lean Santé. Le Lean Santé est l'approche suivie par le CHU UCL Namur que nous allons étudier. Après cette partie, nous avons fait le tour des deux concepts centraux de ce mémoire. Dès lors, la prochaine partie du mémoire se concentrera sur l'étude de cas au CHU UCL Namur.

PARTIE 3 : L'ETUDE DE CAS AU CHU UCL NAMUR

Cette dernière partie sera, tout d'abord, constituée d'une description du CHU-UCL Namur, un complexe hospitalier de la région namuroise composée de trois sites. Dans ce mémoire, nous nous concentrerons sur les sites de Dinant et Godinne. En effet, le dernier site n'a été ajouté que récemment au complexe hospitalier et ne fonctionne actuellement pas comme les deux autres. Une fois le CHU UCL Namur décrit, nous nous attarderons sur la méthodologie qui a été mise en place afin d'étudier la relation entre la reconnaissance et le Lean Santé. Nous finirons par la mise en évidence de résultats en se basant sur la matrice des pratiques de reconnaissance et des plans d'interactions de Brun et Dugas.

Chapitre 9 : Le CHU UCL Namur
--

9.1 L'histoire du CHU UCL Namur

Le CHU UCL Namur est le produit de trois entités hospitalières namuroises, à savoir: le CHU Mont-Godinne, le Centre Hospitalier de Dinant et la Clinique et Maternité Sainte - Elisabeth.

Lors de cette dernière décennie, la nécessité de fusionner ces différentes institutions est apparue comme évidente afin d'augmenter l'offre de soin et de se maintenir à la pointe des technologies médicales, tout en maîtrisant les coûts. Une première union a eu lieu le 18 juin 2012 entre le CHU UCL Mont-Godinne et le Centre Hospitalier de Dinant donnant naissance au CHU Dinant Godinne | UCL Namur. Celui-ci compte plus de 2000 ETP et environ 640 lits. Enfin, 2016 a vu se concrétiser la fusion entre le CHU Dinant Godinne | UCL Namur et la CMSE. Le CHU UCL Namur compte près de 1000 lits dont 300 universitaires et emploie plus de 4000 personnes (CHU UCL Namur, 2016).

Lors d'une telle fusion, il est évident que l'intégration totale des activités et des ressources tant humaines que matérielles réclame l'application d'un plan stratégique. Celui-ci nommé « OptiPlan » (pour Optimisme, Optimum et Optimiser) a été établi pour une durée de trois ans en 2013. L'apport de la CMSE étant trop récent, nous nous focaliserons sur le déploiement du plan stratégique au niveau des implantations des sites de Godinne et Dinant.

9.2 L'OptiPlan

Nous allons donc détailler la structure de ce plan stratégique qui est structuré de la manière suivante :

Figure 12 : Le plan stratégique - OptiPlan



Source: CHU UCL Namur (2016).

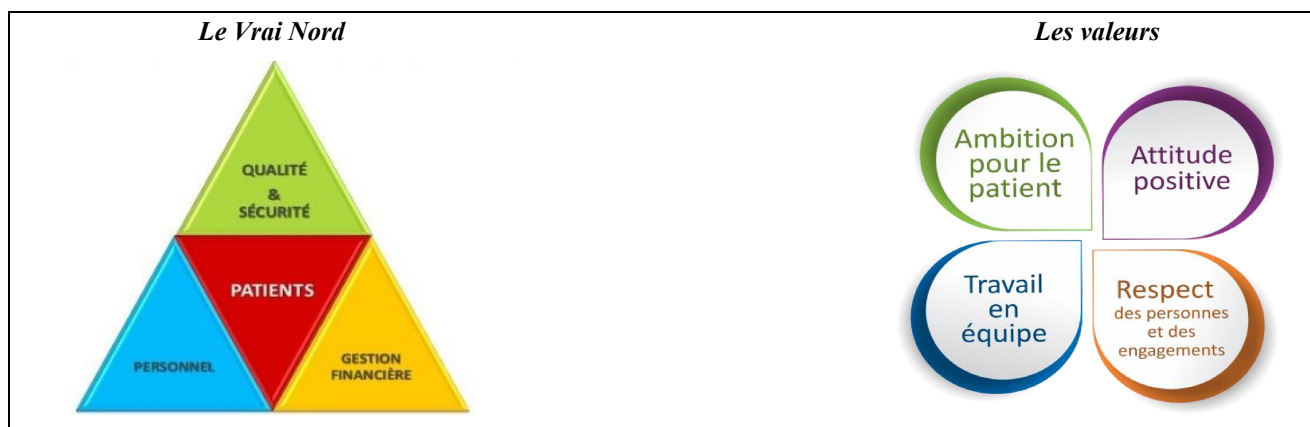
La mission

La mission du CHU UCL Namur sur les sites de Dinant et Godinne est la suivante : « Dispenser des soins d'excellente qualité pour tous, tant sur le plan humain que médical, et de développer l'enseignement universitaire et la recherche, de manière à nous positionner comme centre universitaire de référence belge dans certaines pathologies complexes, tout en améliorant encore la réponse aux besoins de soins de proximité » (CHU Dinant Godinne | UCL Namur, 2014).

La vision

Le CHU a développé le « Vrai Nord », une vision qui articule trois pôles autour du patient et qui est soutenue par un ensemble de quatre valeurs :

Figure 13 : Le Vrai Nord et les valeurs au CHU UCL



Source : CHU UCL Namur (2016).

Le patient est au cœur de ce système triangulaire où chaque élément : patient, qualité et sécurité, personnel et gestion financière interagit avec les autres afin d’accomplir la mission décrite auparavant. Le Vrai Nord « *oriente les actions en plaçant le patient au cœur des préoccupations du CHU* » (CHU Dinant Godinne | UCL Namur, 2014). Cette vision correspond donc à celle du Lean Santé qui place, elle aussi, le patient au centre des préoccupations des organisations de santé.

Le CHU met également en avant quatre valeurs institutionnelles que sont « l’Ambition pour le Patient, l’Attitude positive, le Travail en équipe, le Respect des personnes et des engagements » (CHU UCL Namur, 2016). L’application quotidienne de ces valeurs permet notamment d’accroître les échanges ainsi que d’augmenter la qualité des soins et la formation du personnel. Le respect de ces valeurs fait partie intégrante de la réussite du plan stratégique « OptiPlan ».

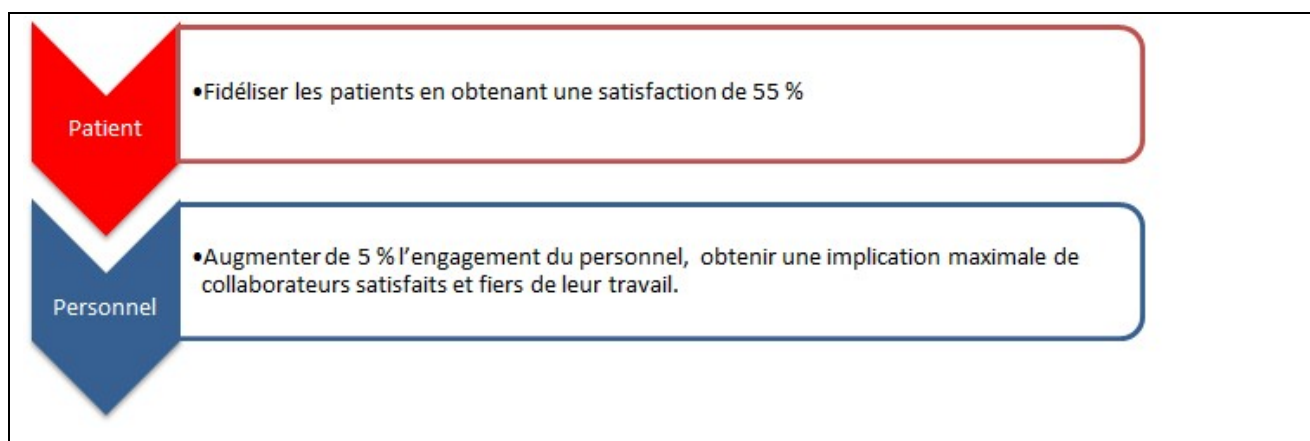
La stratégie

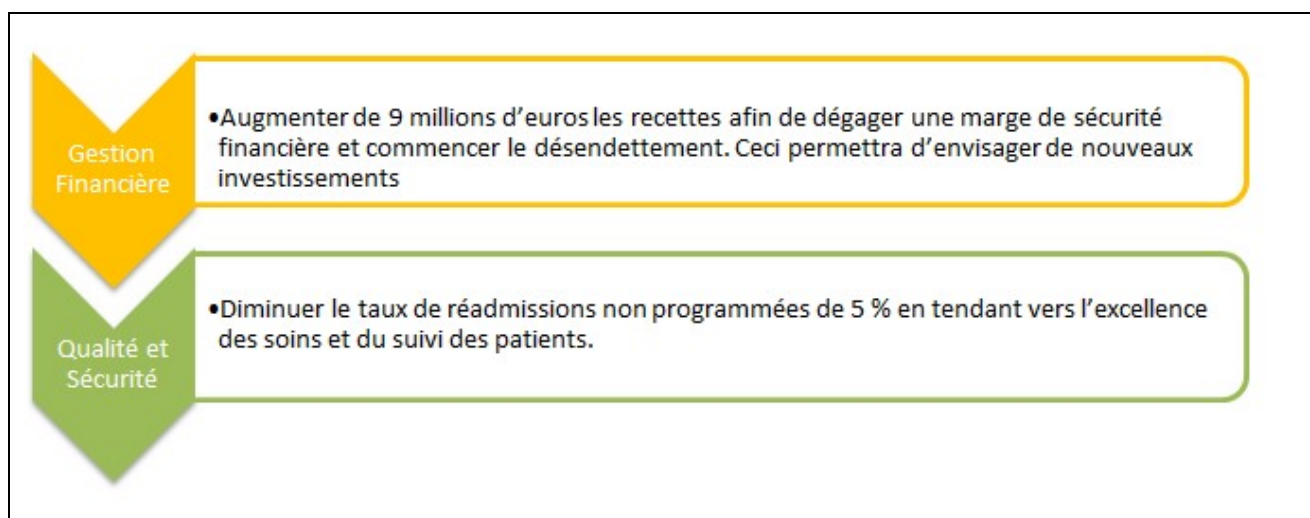
La stratégie du CHU prend forme grâce à différents choix stratégiques. Tout d’abord, l’institution oriente sa stratégie vers de l’aboutissement des différentes fusions effectuées ces dernières années. Ensuite, elle se positionne dans une optique d’accroissement de l’offre de soins et de la patientèle, et cela, en maîtrisant les coûts, en maintenant les emplois au sein de l’institution et en augmentant les recettes. Le dernier choix stratégique du CHU concerne l’intégration du Lean Santé dans l’institution.

Les objectifs

Les objectifs du plan stratégique sont en adéquation avec les différents axes du Vrai Nord. Pour chaque axe, un objectif principal a été défini :

Figure 14 : Les objectifs principaux du plan stratégique





Source : CHU UCL Namur (2016).

A côté des objectifs du plan stratégique, nous pouvons noter que le CHU UCL Namur vise également à l’aboutissement des différentes fusions CHU, CHD et CMSE mais aussi, à l’accroissement de l’offre de soin et à une patientèle élargie (Ardennes françaises (CHD), Namurois, Europe avec le rayonnement universitaire) tout en maîtrisant les coûts et en maintenant le volume d’emploi et en tendant à augmenter les recettes. Finalement, tendre à l’intégration de la gestion « Lean » dans l’institution avec une implication maximale de tous les intervenants (CHU UCL Namur, 2016).

Excellence opérationnelle au quotidien et projets de changements

Les objectifs ne peuvent être atteints que par une « Excellence opérationnelle au quotidien » et par l’élaboration de projets de changements. Le CHU compte sur l’intégration du « Lean management » pour le soutenir dans cette voie.

L’ensemble de l’institution doit tendre vers l’excellence des soins, de la gestion, des relations aux patients et interprofessionnelles. Cela passe, entre autre, par la formation continue de tous les intervenants. Un pôle de formation a été mis en place avec un catalogue de formation très étoffé. L’excellence opérationnelle au quotidien se joue également au niveau de différents outils Lean utilisés tels que le stand-up meeting, le tableau de sortie patient, et le partage de pratiques quotidiennes, les tableaux de résultats et cetera.

Les projets de changements sont des projets de grande envergure, ils sont au nombre de dix-neuf. Chaque projet est associé à un axe du Vrai Nord et a pour but la réalisation des objectifs sous-jacents à celui-ci.

Indicateurs de résultats

Le plan stratégique est finalement constitué des indicateurs de résultats. Ces indicateurs ont pour rôle d'objectiver les résultats obtenus dans les projets de changements et l'excellence opérationnelle à des intervalles réguliers. Le fait de mesurer et de contrôler est à la base de l'amélioration continue. Les indicateurs sont donc nécessaires à l'approche Lean mise en place.

Les indicateurs de l'excellence opérationnelle et des projets de changements prennent la forme de tableaux de bord affichés dans les unités concernées et suivis régulièrement lors des réunions et des stand-up meeting.

9.3 Le déploiement d'OptiPlan

La mise en place du plan stratégique OptiPlan est soutenue par la démarche Lean Santé. Dans cette partie, nous allons détailler la démarche Lean telle qu'elle est mise en place à l'hôpital.

La nouvelle démarche managériale Lean

La mise en place d'une démarche Lean Santé au CHU sur les sites de Dinant et Godinne a pour objectif de faciliter la réalisation du plan stratégique OptiPlan dans un contexte économique difficile. En effet, suite à la crise, un certain nombre d'effets négatifs ont été ressentis par le complexe hospitalier. L'hôpital fait donc face au risque que des mesures d'économie soient réalisées au détriment de la qualité de la prise en charge des patients, de leur satisfaction et de celle du personnel (de Coster et Bouzette, 2014). En 2009, le CHU décide de s'inspirer de la démarche Lean Santé afin d'obtenir de meilleurs résultats et faire face à cette situation problématique. Comme nous l'avons détaillé précédemment, le Lean Santé place le patient au centre des préoccupations de l'organisation de soins, ce qui rejoint la vision du CHU tout en proposant l'amélioration continue des processus et de la qualité grâce au développement des soignants.

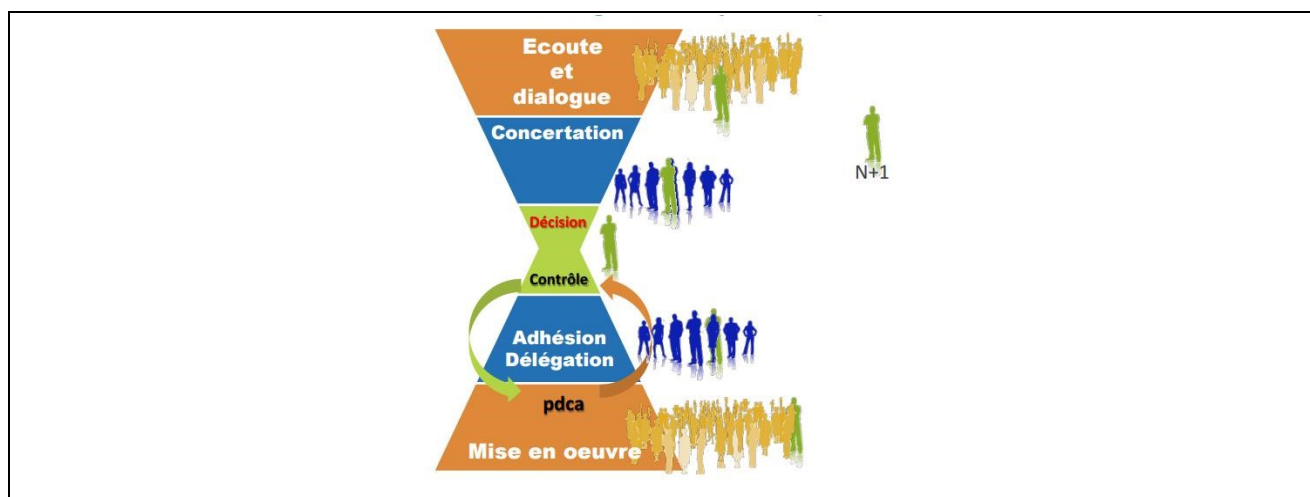
Au début de la mise en place de l'approche Lean Santé, différents signaux positifs et négatifs ont été émis de la part des unités. Malgré un début de changements de culture et des premiers résultats visibles, certaines initiatives ont mené à des expériences négatives. Cela s'explique par le fait que les premiers pas dans la démarche ont été effectués vers l'amélioration des processus sans tenir compte du développement et de l'implication des personnes. De plus, les actions étaient centrées sur l'amélioration de l'organisation et non pas sur le patient (de Coster et Bouzette, 2014). Après ce départ moyen, le CHU a recentré la démarche autour du patient tout en considérant le développement et l'implication des personnes comme des leviers essentiels pour

remplir la mission de l'organisation telle que préconisée dans la démarche Lean Santé (de Coster et Bouzette, 2014).

Le management participatif

L'implication et le développement des personnes ont alors été pensés autour d'un nouveau système de management participatif qui prend la forme suivante (de Coster et Bouzette, 2014) :

Figure 15: Le management participatif



Source : CHU UCL Namur (2016).

Dans ce système, le personnel participe à la prise de décisions et à la mise en place d'actions. Les soignants ont la possibilité de devenir des acteurs à part entière du changement et de l'amélioration de leur travail. Concrètement, dans un service de soins, les soignants vont faire remonter différents problèmes ou opportunités à leur N+1, généralement un(e) infirmier(ère) chef(fe), qui en discutera ensuite avec l'amélioration continue ou le responsable infirmier. Si besoin, l'information sera ensuite partagée au comité de direction. Une fois le niveau de décision atteint, celui-ci prendra une décision. Celle-ci parcourra ensuite le chemin inverse jusqu'aux soignants qui la mettront en œuvre. La mise en place d'un tel système repose sur la confiance et est orienté vers les solutions.

Ce management participatif est optimisé grâce aux cadres intermédiaires que sont l'amélioration continue et les infirmiers chefs. En effet, ceux-ci jouent le rôle d'interface. D'une part, ils sont proches du terrain et ont la possibilité de dialoguer plus facilement à propos de la réalité du terrain, et, d'autre part, ils ont conscience des aspects macro de l'organisation. L'autonomie joue également un rôle prépondérant dans ce système de management. En effet, un certain nombre de décisions seront prises par les acteurs de terrain ou les cadres intermédiaires.

C'est ici qu'intervient la nécessité de former le personnel afin qu'il développe des compétences, une autonomie suffisante pour faire fonctionner ce type de système managérial et être capable de faire face à des responsabilités plus importantes.

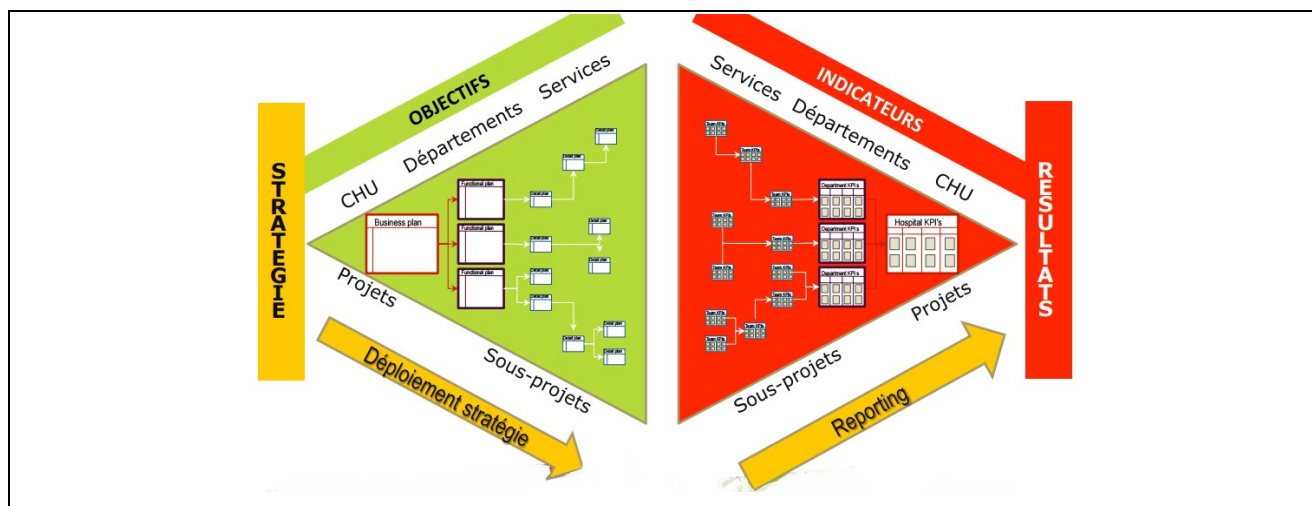
Le management visuel

Sur les sites de Dinant et Godinne, le management participatif est soutenu par du management visuel. Le management visuel du CHU se base sur des outils Lean tels que l'A3 et des indicateurs visuels comme le tableau de sortie patient ou les tableaux de communication. Ainsi, une unité de soin pratiquant le Lean aura, dans sa salle de repos, un arsenal d'outils destinés à améliorer les performances de l'unité comme ceux présenté dans l'annexe 6. A côté de cela, la plupart des espaces de travail sont standardisés de manière visuelle. On retrouvera ainsi des marquages au sol afin que des chariots ne soient pas laissés à l'abandon dans les couloirs ou des espaces de rangement tels que les Kanban qui sont organisés de manière visuelle.

Cascade d'objectifs

Dans l'objectif que chaque membre du personnel ait la possibilité de devenir un acteur du changement, le CHU Dinant-Godinne a mis en place un système en cascade des objectifs. Ce système permet aux employés de s'investir dans des objectifs et des projets à leur niveau contribuant à l'amélioration générale de l'institution. Les services fixeront les objectifs et les indicateurs qui leur semblent réalisables et pertinents en concertation avec le chef de leur département. De cette manière, les principaux objectifs du Vrai Nord que nous avons détaillés auparavant sont adaptés aux départements et également aux services. Cette cascade d'objectif permet une coordination des différents niveaux de l'organisation.

Figure 16 : La cascade d'objectifs du CHU UCL Namur



Source : CHU UCL Namur (2016).

L'amélioration continue

Afin de soutenir le premier pilier du Lean Santé, l'amélioration continue, le CHU a instauré une unité dénommée «équipe amélioration continue» chargée de supporter les 19 projets de changements ainsi que l'excellence opérationnelle.

L'équipe amélioration continue joue généralement un rôle de support dans la résolution des problèmes auxquels sont confrontés les services. Elle apporte son expertise et divers outils adaptés aux besoins du terrain. Elle va également intervenir dans le coaching des équipes souhaitant s'investir davantage dans la démarche Lean Santé. De cette manière, l'équipe Lean devient une interface supplémentaire entre la direction et les équipes facilitant ainsi la mise en place du Lean Santé dans l'institution.

Ce rôle de support est amélioré par l'utilisation du Gemba. Le Gemba consiste pour le manager à aller sur le terrain pour voir et comprendre le travail de ses équipes. Cela permet un rapprochement entre les équipes et les managers, ainsi qu'une meilleure compréhension des besoins et attentes des équipes. Ceci facilitant alors l'amélioration continue des processus de travail.

Les formations

Le CHU place la formation au centre de ses préoccupations. En effet, en tant qu'institution universitaire le développement des compétences est un élément central dans sa mission. Cela se concrétise par la mise en place d'un catalogue de formations proposé aux membres du personnel. Au début de chaque année, une analyse des besoins en compétences des managers est faite. Celle-ci permet de mettre en évidence les compétences qui pourraient apporter une plus-value aux managers dans leur travail.

9.4 Le programme de reconnaissance au CHU

Finalement, il n'y a pas de programme de reconnaissance en tant que tel sur les sites de Dinant et Godinne. Certes un système de rétribution évoluant avec les années d'ancienneté existe mais c'est l'unique programme formalisé en ce qui concerne la reconnaissance.

Nous pouvons cependant mettre en évidence que le complexe hospitalier essaye de mettre en place des dialogues de progression. Ces dialogues consistent en la rencontre entre un employé et son supérieur hiérarchique afin de discuter de la progression du premier au niveau de son métier. Le dialogue se passe en plusieurs étapes et a lieu régulièrement. Tout d'abord, un récapitulatif de ce qui s'est passé dans la période de travail précédente est fait. De cette manière, les différents

problèmes vécus par l'employé sont mis en évidence de même que les solutions qu'il a mises en place afin de les résoudre. Après cela, le responsable hiérarchique discute de ce qu'il pourrait apporter afin d'aider à la résolution de problèmes et de ce qu'il pourrait faire pour supporter la démarche d'amélioration continue. Ces dialogues participent donc à la reconnaissance du travail quotidien.

Aux côtés des dialogues de progression, le CHU met également en place le programme PEPS. Il consiste, de nouveau, en une réunion entre un employé et son supérieur hiérarchique qui a lieu annuellement. L'objectif de cette réunion est de voir si l'employé a besoin d'aide pour évoluer et s'il a besoin d'une formation pour améliorer ses compétences. Quand cela est décelé, alors une formation adéquate lui sera proposée.

Finalement, le programme « revue des talents » est un programme qui permet de faire l'inventaire des compétences des employés et de connaître leurs aspirations dans un futur proche. Cela permet de puiser dans les employés du CHU lorsqu'une personne est nécessaire à un poste mais aussi d'offrir la possibilité aux employés de se développer dans l'institution.

Discussion

Dans ce chapitre nous avons vu que le plan stratégique est en accord avec la démarche Lean Santé. Tout d'abord la vision « Vrai Nord » de l'hôpital met le patient au centre des préoccupations tout comme le Lean. Ensuite, la valeur « respect des personnes et des engagements » concorde avec le pilier du Lean qui met en avant l'importance de respecter les personnes. De plus, les objectifs visés par le plan stratégique concordent avec ceux du Lean Santé.

A côté de cela, le management participatif soutient la démarche Lean et permet aux employés de s'investir dans l'amélioration continue des processus. De même, ce type de management semble répartir les responsabilités. Cela permet donc d'éviter que les employés soient livrés à leur propre sort tel que nous en avons discuté précédemment.

Ensuite, le statut universitaire du complexe hospitalier requiert la mise en place de formations permettant de développer les compétences des employés. Ceci va donc de paire avec le développement des personnes prôné par le Lean Santé. La démarche Lean Santé mise en place sur les sites de Dinant et Godinne semble donc portée par les différents éléments cités ci-dessus.

Au niveau de la reconnaissance, nous pouvons noter que la promotion des employés via la « revue des talents » pourrait apporter une reconnaissance des compétences et de leurs investissements. L'utilisation du programme PEPS est également source de reconnaissance des compétences. Toutefois, ces différents programmes n'ont pas des origines Lean et prennent place dans de nombreuses entreprises « non-Lean ».

Maintenant que nous avons fait le tour du CHU UCL Namur, nous allons nous concentrer sur la relation entre la reconnaissance et le Lean Santé implémenté au CHU. Pour ce faire nous nous attarderons dans un premier temps sur la méthodologie utilisée.

Chapitre 10 : La méthodologie

Ce chapitre se focalise sur de la méthodologie utilisée lors de la recherche exploratoire faite au CHU UCL Namur site Godinne. Nous nous pencherons sur la définition et l'approche de la question d'étude. Ensuite, nous discuterons de l'élaboration du design d'étude ainsi que de la collecte et de la préparation des données.

10.1 La définition de la question d'étude

La définition de notre question d'étude est faite selon l'approche proposée par Dessart (2016) qui suggère de commencer par formuler de manière générale notre question d'étude pour ensuite s'attarder sur les composantes plus spécifiques de celle-ci. Tout d'abord, la formulation générale de notre question d'étude est la suivante :

L'approche Lean Santé mise en place au CHU UCL Namur site Godinne permet-elle une amélioration de la reconnaissance perçue par ses soignants ?

Il est à noter que nous nous concentrons sur la reconnaissance perçue par les soignants car nous considérons que certaines pratiques de reconnaissance peuvent être mises en place sans pour autant avoir un impact au niveau de la reconnaissance réellement perçue par le soignant. Cela a d'ailleurs été vérifié lors des interviews.

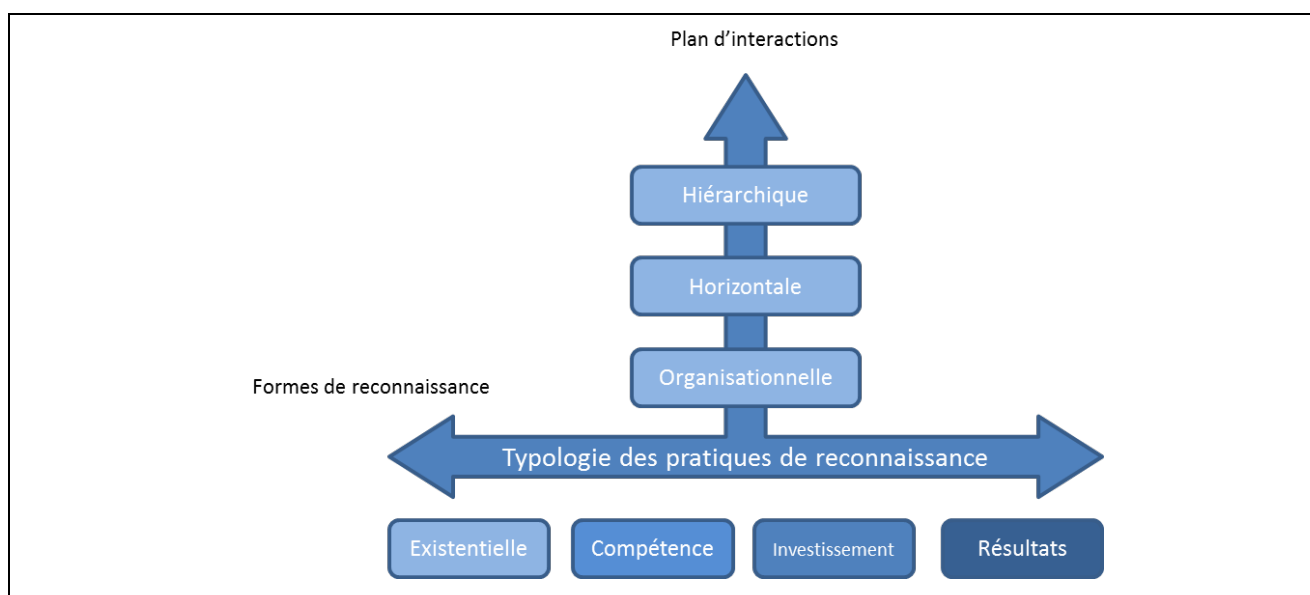
Les composantes spécifiques de la formulation générale correspondent aux dimensions proposées par Brun et Dugas (2005) sous la forme matricielle que nous avons mise en évidence

précédemment. Cependant, bien que la typologie des formes de reconnaissance soit conservée et utilisée comme modèle d'analyse, les plans d'interactions étudiés seront limités au nombre de trois.

Tout d'abord, le plan d'interactions social disparaît de notre matrice car nous considérons qu'il serait trop complexe d'étudier la relation entre la démarche Lean Santé du CHU et la reconnaissance sociale attribuée aux soignants. En effet, l'impact d'une approche Lean Santé sur ce plan d'interactions est très certainement limité et difficilement observable sans une étude quantitative approfondie.

Ensuite, nous considérons que le plan d'interactions externe n'est pas non plus adapté à notre étude étant donné que Brun et Dugas le détaillent comme un niveau où la reconnaissance provient des clients, des partenariats ou de personnes externes à l'organisation. Bien que la pensée Lean mette en évidence l'importance du développement des partenariats et des relations clients, nous n'étudierons pas ce plan d'interactions. En effet, il serait trop difficile de mettre en lumière une amélioration ou une dégradation de la reconnaissance à ce niveau étant donné qu'il prendrait la forme d'un effet secondaire difficilement généralisable. Suite à ces modifications, les composantes spécifiques de la question générale de recherche peuvent être mises en avant de la manière suivante :

Figure 17 : Les composantes spécifiques de la question générale de recherche



10.2 L'approche de la question

Dessart (2016) propose une méthodologie en cinq étapes permettant d'approcher la question. Premièrement, il met en avant que toute étude doit être fondée sur une base théorique afin de

déterminer les variables, de les opérationnaliser et de les mesurer mais également pour organiser et interpréter les résultats. Afin de compléter cette première étape, nous avons exposé les fondements théoriques concernant les thèmes étudiés, à savoir: le Lean Santé, la reconnaissance et le CHU.

La seconde étape consiste en la détermination du modèle d'analyse. Le modèle sur lequel nous baserons notre analyse n'est autre que la matrice développée par Brun et Dugas que nous avons adaptée en enlevant deux plans d'interactions, comme présenté auparavant.

La troisième étape demande la rédaction des questions de recherche correspondant aux différentes composantes spécifiques de la question générale (Dessart, 2016). Ces composantes correspondent aux différentes dimensions de notre modèle d'analyse. Afin de donner une esthétique visuelle à ces questions, nous les avons organisées d'une manière matricielle inspirée de la matrice de Brun et Dugas (2005) comme présenté à la figure 18 :

Figure 18 : Les questions de recherche

X Y		Type de reconnaissance			
		Existentielle	Compétence	Investissement	Résultats
Plan d'interactions	Horizontal	Q1	Q4	Q7	Q10
	Vertical	Q2	Q5	Q8	Q11
	Institutionnel	Q3	Q6	Q9	Q12

Chacune des questions de recherche prend donc la forme suivante : « *L'approche Lean Santé au CHU UCL Namur site Godinne a-t-elle un impact sur la reconnaissance X perçue par les soignants au plan d'interactions Y ?* ».

Par exemple, la question de recherche numéro 1 (Q1) se formule de la manière suivante : « *L'approche Lean Santé au CHU UCL Namur site Godinne a-t-elle un impact sur la reconnaissance existentielle perçue par les soignants au plan d'interactions horizontale ?* ». La question de recherche numéro 5 (Q5) prend, quant à elle, la formulation qui suit : « *L'approche Lean Santé au CHU UCL Namur site Godinne a-t-elle un impact sur la reconnaissance des compétences perçue par les soignants au plan d'interactions vertical ?* ».

Après la rédaction des questions de recherche, Dessart (2016) met en évidence la nécessité de déterminer les hypothèses concernant les questions de recherche. Nos hypothèses prendront une

forme simple correspondant à « *La démarche Lean Santé n'a pas d'impact sur la reconnaissance de type X au plan d'interactions de type Y* ». Cela correspond donc à un point de départ neutre qui facilitera les discussions futures et qui ne nécessite pas une présentation détaillée de nos nombreuses hypothèses.

Dans le prochain chapitre, nous mettrons en avant différentes matrices construites sur base de la matrice de question de recherche afin de répondre à celle-ci. Elles mettront en évidence trois situations possibles grâce à un code couleur :

- ❖ La démarche Lean Santé a un impact positif sur la reconnaissance de type X au niveau d'interaction de type Y **(Vert)**
- ❖ Pas d'impact du Lean Santé sur la reconnaissance X perçue par les soignants au niveau d'interaction de type Y **(orange)**
- ❖ La démarche Lean Santé a un impact négatif sur la reconnaissance de type X au niveau d'interaction de type Y **(Rouge)**

En respectant ce code couleur, notre matrice reprenant les 12 hypothèses de recherche prend la forme suivante :

Figure 19 : Les hypothèses de recherche

X Y		Type de reconnaissance			
		Existentielle	Compétence	Investissement	Résultats
Plan d'interactions	Horizontal	H1	H4	H7	H10
	Vertical	H2	H5	H8	H11
	Institutionnel	H3	H6	H9	H12

10.3 L'élaboration du design d'étude

Le choix du design de recherche est important pour déterminer le sens que l'on donne à notre travail. Nous nous porterons sur une étude qualitative étant donné que nous effectuons une approche exploratoire. De plus, les thèmes abordés se prêtent particulièrement bien à une analyse qualitative sachant que les éléments et informations à recueillir sont de type qualitatif. En effet, la relation entre le Lean Santé et la reconnaissance des employés ne semble pas encore avoir été étudiée dans la littérature scientifique. L'objectif de notre recherche est donc de générer une

première idée par rapport au lien qui existe entre les deux thématiques et d'élaborer un début de compréhension de ce lien.

Pour information, l'étude qualitative est définie comme étant une «*étude à caractère intensif, utilisant au niveau de la récolte de données une approche relativement ouverte, non directive, permissive et indirecte des personnes interrogées*» (Suma, 1988³³ cité par Dessart, 2016). Elle a donc pour objectif de comprendre une thématique en termes de qualités en collectant des données de manière non-structurée sur un nombre limité de cas non représentatif (Dessart, 2016).

10.4 La collecte des données

Afin de collecter les données nécessaires, nous avons utilisés trois techniques, à savoir: l'observation participante, l'analyse documentaire et finalement les entretiens individuels.

L'observation participante

Une période d'observation participante de trois mois a permis la compréhension de l'environnement hospitalier et la démarche Lean Santé appliquée au CHU UCL Namur. Si l'observation permet une première approche, elle comporte cependant un certain nombre de biais auxquels il faut faire attention. Ainsi Journé (2008) met en évidence les trois biais cognitifs que sont:

- ❖ Le biais d'attention: limiter son attention sur certains éléments au détriment d'autres;
- ❖ Le biais affectif: distordre les faits à cause des émotions et sentiments ressentis ;
- ❖ Le biais comportemental: distordre le comportement des personnes observées suite à notre présence.

Afin de limiter ces trois biais, mais aussi d'aller plus en profondeur dans notre approche exploratoire, une analyse documentaire et des interviews ont été réalisées. Dans le cadre de cette recherche, l'observation participante a été principalement utilisée dans l'élaboration des interviews mais également afin de prendre du recul par rapport à celles-ci. Dès lors, l'observation participante a également joué un rôle lors de l'analyse des résultats obtenus suite aux interviews. Finalement, cette période d'observations a favorisé notre compréhension du monde soignant à l'hôpital et nous a donc permis une meilleure appréhension de cette recherche.

³³ Suma (s.a.). *Les études de marché qualitatives*, (Louvain-la-Neuve : Séminaire IAG perfectionnement, UCL 1988)

L'analyse documentaire

Le CHU UCL Namur produit un nombre important de documents de tout type chaque année. Afin d'enrichir les données et la compréhension des différentes thématiques, une analyse d'une partie de ces documents a été effectuée. Ces documents ne sont cependant pas disponibles dans ce mémoire.

Les entretiens individuels

Finalement, nous avons réalisé des entretiens individuels semi directif constitués d'un agencement précis de différents thèmes. Ces entretiens permettent une certaine latitude au répondant tout en apportant une certaine précision (Dessart, 2016). Ce type d'entretien a été utilisé car les soignants disposaient de peu de temps pour les interviews. La forme semi-structurée a donc permis de donner un fil conducteur aux entretiens et de leur procurer un certain dynamisme. Cependant, la liberté des échanges en a été diminuée. Les différents guides d'entretiens sont disponibles en annexe 7.

La sélection et le recrutement des participants

Tout d'abord, il est important de préciser que notre approche se fait au CHU UCL Namur site Godinne. Afin de mener à bien notre approche exploratoire, nous avons décidé d'interviewer différentes personnes faisant partie de la direction, de l'équipe d'amélioration continue, des ressources humaines et finalement d'équipes de soins impliquées dans la démarche Lean Santé. Les interviews de la direction, de l'amélioration continue et des ressources humaines se justifient par le fait que ces acteurs sont au centre de la démarche Lean Santé. Il est donc intéressant d'avoir leur point de vue concernant le rapport Lean Santé - reconnaissance. Cela nous permettra de confronter leurs opinions et perceptions à celles des soignants. La sélection des interviewés est la suivante :

Figure 20 : Les personnes interviewées

Groupe	Nombre d'interviewé(s)	Fonction(s) des interviewé(s)
Direction	1 personne	Directrice communication et amélioration continue, membre du comité de direction
Amélioration continue	2 personnes	Accompagnement dans l'amélioration des processus
Ressources Humaines	1 personne	Responsable formation et développement des compétences
Soignants	10 personnes	1 infirmière- chef ; 2 aides-infirmières administratives ; 4 infirmières ; 3 aides-soignantes

Dans un souci d'anonymat, la liste des répondants n'est pas davantage détaillée. En effet, lors des interviews, plusieurs personnes ont demandé à ce que certain de leurs propos et leur identité ne soient pas révélés. Etant donné que certaines personnes se sont livrées davantage sous couvert de l'anonymat, la retranscription des interviews n'est pas disponible. A la place, des matrices résumant les éléments évoqués par les interviewés sont disponibles en annexe 8. Pour rappel, les différents guides d'entretiens sont disponibles en annexe 7.

10.5 La préparation des données

La préparation des données est faite en plusieurs étapes. Sur base des retranscriptions des différentes interviews, une analyse a été réalisée au regard de la matrice discutée auparavant. Ces matrices individuelles sont disponibles en annexe 8. Ensuite, une matrice pour chaque groupe a été conçue afin de mettre en évidence les éléments prépondérants évoqués par ceux-ci. Chaque matrice faisant référence à un groupe est analysée séparément. Ces analyses servent de base à une discussion générale confrontant le contenu des matrices de groupes.

Chapitre 11 : Les résultats

Dans cette partie, nous allons mettre en avant les différents résultats obtenus par l'observation, l'analyse de documents et les interviews. Dès lors, nous discuterons de la reconnaissance découlant de la démarche Lean Santé mise en évidence dans les matrices de reconnaissance construites sur base des interviews. Nous noterons qu'un certain nombre de pratiques communes mises en place à l'hôpital tel que la reconnaissance des années de service ou les lettres personnalisées lors d'événements particuliers ne seront pas traitées car elles ne proviennent pas spécifiquement du Lean Santé. Pour rappel, les matrices présentées dans le corps du texte sont des matrices récapitulatives créées sur base des différentes matrices individuelles réalisées lors des interviews. Ces matrices individuelles sont disponibles en annexe 8.

11.1 L'amélioration continue

Tout d'abord, les membres de l'amélioration continue ont principalement mis en évidence que l'apport du Lean Santé se manifestait au niveau de la reconnaissance hiérarchique et horizontale comme on peut le constater dans la matrice suivante :

Figure 21 : Matrice de la reconnaissance - Amélioration continue

X Y		Type de reconnaissance			
		Existentielle	Compétence	Investissement	Résultats
Plan d'interactions	Horizontal	☐ Stand up ☐ Dialogue de progression	☐ Compétence « Feedback » du manager Lean ☐ A3	☐ Compétence « Feedback » du manager Lean	☐ Compétence « Feedback » du manager Lean ☐ A3
	Vertical	☐ Stand up (humeur du jour)	☐ A3		☐ A3
	Institutionnel		☐ Analyse des besoins en compétences ☐ Catalogue de formation		

Nous pouvons noter que les membres de l'amélioration continue ont relevé un nombre important d'éléments propres à la démarche Lean Santé. Tout d'abord, le Gemba³⁴ qui consiste pour les membres de l'amélioration continue, à se rendre sur le terrain afin de mieux comprendre la réalité du travail des soignants. Cela représente un outil particulièrement important pour la reconnaissance hiérarchique.

« Dans les techniques Lean, le manager n'est plus enfermé dans son bureau mais va sur le terrain. Donc, je pense que le fait d'aller voir le travailleur sur le terrain, à travers les yeux du manager, du directeur général, du directeur des opérations, c'est une sorte de reconnaissance. » (Amélioration continue-intervenant 1, juillet 2016)

Le Gemba est très complémentaire avec la vision de management participatif de l'institution que nous avons évoquée précédemment. En effet, comme les distances entre les niveaux hiérarchiques sont réduites, la communication s'en trouve améliorée. A cela s'ajoute l'idée que lorsque la direction, ou les managers, descendent sur le terrain, ils ont une meilleure représentation de la réalité du travail des équipes. Ces deux éléments devraient permettre à la fois de faciliter l'échange de reconnaissance mais aussi de donner une certaine légitimité à la reconnaissance offerte aux équipes de soins. En effet, la direction et les managers peuvent entrevoir l'éventail de compétences et l'investissement développés par les soignants dans leur travail.

³⁴ Chaque outil discuté dans ce chapitre est présenté de manière approfondie en annexe 5

La second outil n'est autre que le stand up meeting qui consiste en de petites réunions quotidiennes permettant l'échange d'informations tel que son humeur ou les problèmes particuliers que l'on a eus ou aura au travail. Il agit comme un catalyseur dans l'échange de reconnaissance en créant un espace de discussion où chacun à son tour va avoir la parole. Cela permet aussi au chef de service d'en savoir plus sur ses subalternes et leur moral. En général, le stand up meeting commence avec un tour de l'humeur de chacun des membres de l'équipe, ce qui facilite la reconnaissance au niveau existentiel. La question: «Comment vas-tu ?» permet ainsi de commencer un dialogue où l'équipe s'inquiète de la situation d'un de ses membres et ouvre la porte à d'autres discussions à caractère personnel si besoin.

Le stand up permet également de parler des problèmes au niveau du travail et des différentes difficultés qui ont été ou pourraient être rencontrées et comment elles ont/pourraient été/être solutionnées. Cela permet de mettre en avant les compétences des membres de l'équipe qui face à une situation problématique, (v)ont utiliser certaines compétences et les transmettre à d'autres membres de l'équipe. Ceci est appuyé par la «petite histoire» qui consiste en la présentation d'un « geste au patient » par un membre de l'équipe lors de ces stand up meeting. La personne peut alors mettre en évidence une compétence particulière et les autres vont généralement partager leurs façons de faire. Cette pratique permet de reconnaître les compétences des membres de l'équipe.

Le Lean Santé place le patient au centre des préoccupations des différents acteurs présents dans l'institution de soins. Sur les sites de Dinant et Godinne, ce principe est soutenu par la vision «Vrai Nord» mise en place dans l'OptiPlan. En plaçant le patient au centre des préoccupations, un effet positif s'est exercé sur la reconnaissance. En effet, la participation de chacun au processus de soins va être mise en évidence. En regardant l'ensemble du processus de soins par rapport au patient et en ne se limitant plus à sa performance individuelle, chaque travail va être reconnu comme étant important dans la démarche de soins par les autres.

«Le Lean nous a permis de prendre cette vision uniquement « patient ». Les métiers se reconnaissent entre eux, dans le sens où, le médecin reconnaît le travail de l'infirmière, l'infirmière reconnaît le travail du médecin, de la technicienne de surface et tout. On remarque que mettre ensemble les gens permet que les gens se disent entre eux que le travail est réalisé à différents niveaux et ajoute de la valeur pour le patient. Je suis sûr qu'il y a dix ans d'ici, mettre dans la même pièce le médecin et la technicienne de surface, ce n'était pas possible parce que le médecin ne voyait pas ce que pouvait lui apporter la technicienne de surface. Maintenant, on est passé tout à fait au-delà de cette vision-là. Pas plus tard qu'il y a deux semaines, on a vu ce système, il y avait des assistantes aux soins infirmiers, qui préparent les chambres, qui discutaient

dans le cadre d'un projet de la façon de ranger la chambre et le médecin a enfin compris pourquoi on faisait ça comme ça et pas autrement.» (Amélioration continue - intervenant 1, juillet 2016)

La participation à des projets d'amélioration est également un vecteur de reconnaissance selon les interviewés de l'amélioration continue. Les soignants deviennent alors des acteurs à part entière de l'amélioration de leur travail ce qui leur permet de s'impliquer sur le long terme.

«Je pense qu'à partir du moment où les gens sont motivés et impliqués dans la résolution de problèmes, pour moi, c'est un certain type de reconnaissance. Cela veut dire que plus les gens sont impliqués, plus ils ont d'engagements et plus ils aiment justement, ils ont ce souci de vouloir centrer tout ce qu'ils font par rapport au patient. » (Amélioration continue - intervenant 2, juillet 2016)

Cette reconnaissance provenant de la hiérarchie se situe tout d'abord au niveau des compétences. Le fait de donner aux soignants la possibilité de s'investir dans des projets est basé sur le postulat que ceux-ci sont experts dans leurs activités mais aussi qu'ils ont les compétences pour mener un projet à terme.

La mise en place d'indicateurs de résultats et l'utilisation d'A3 pour la résolution de problèmes permettent une reconnaissance des résultats de la part des différents acteurs dans l'institution. Lors des différents projets et dans la routine de travail des différentes unités de soins, des indicateurs de résultats sont utilisés afin d'évaluer les performances. A partir du moment où un suivi est mis en place, ces résultats peuvent directement être relevés.

«A mon avis, c'est là qu'on est le plus démonstratif, dans le sens où, dans les démarches Lean, on évalue toujours la situation initiale, la situation finale en sachant bien que dans 95% des cas, il y a une amélioration. Quand on évalue les résultats et qu'ils sont positifs, que ces résultats remontent au comité de direction, remontent dans des midis d'OptiPlan, je pense que c'est là que se situe la plus grosse des reconnaissances.» (Amélioration continue - intervenant 1, juillet 2016)

A côté de cela, un bon environnement et la sécurité au travail participent à la reconnaissance existentielle des soignants.

«Il faut que l'environnement soit performant pour le travailleur, dans le sens où, il ne doit pas se blesser, je donnais l'exemple de la piqûre mais pas non plus devoir se baisser trente-cinq fois parce que le tiroir le plus utilisé est tout en bas. Essayer d'avoir un espace ergonomique pour toutes les personnes afin que tout se passe bien. (...) La base du Lean, c'est le respect des personnes via la sécurité des personnes. Donc, on part

du principe que la première chose à faire, c'est sécuriser l'espace de travail. Je ne sais pas si tu vois ça comme de la reconnaissance mais on veut qu'il y ait le moins d'accidents de travail possibles. Donc c'est peut-être une sorte de reconnaissance de reconnaître peut-être l'humain pour ce qu'il est. C'est un être humain, qui se pique avec une aiguille. Nous, on ne veut pas diminuer le nombre de piqûres, on veut qu'il y en ait zéro. Parce que tout être humain qui se pique, c'est grave... Avec une aiguille d'un patient, on ne sait jamais ce qu'il y a dessus...». (Amélioration continue – intervenant 1, juillet 2016)

Un bon environnement et la sécurité au travail sont améliorés par des pratiques et outils Lean. Ainsi, la standardisation des processus, chère au Lean Santé, permet de diminuer les différents risques encourus par les soignants mais aussi d'améliorer la qualité de l'environnement de travail. Par exemple, la mise en place du 5S, qui consiste en l'optimisation de l'environnement de travail et au rangement de celui-ci, va contribuer à la reconnaissance existentielle.

11.2 La direction

Après avoir mis en évidence la matrice développée à partir des interviews de l'amélioration continue, nous allons nous intéresser à celle développée suite à l'interview d'un membre de la direction :

Figure 22 : Matrice d'analyse - Direction

X Y Type de reconnaissance					
		Existentielle	Compétence	Investissement	Résultats
Plan d'interactions	Horizontal	☐ Dialogue de Progression ☐ Stand up ☐ Gemba	☐ Gemba	☐ Gemba	☐ Indicateurs de résultats
	Vertical	☐ Stand up			
	Institutionnel				

La matrice met en lumière que le membre de la direction pense que certains éléments du Lean Santé favorisent principalement la reconnaissance sur le plan d'interactions hiérarchique. Nous pouvons noter que presque aucun élément n'a été abordé au niveau des plans d'interactions horizontal et institutionnel. Ceci s'explique certainement par le fait que la direction a principalement des interactions de type hiérarchique avec les différents acteurs de l'institution et relève donc en priorité des éléments de ce plan d'interactions.

Nous pouvons noter que le Gemba et les stand up sont, de nouveau, considérés comme étant des catalyseurs de la reconnaissance.

«Je crois que le fait de connaître le personnel également, le fait d'aller sur le Gemba, on commence à connaître les gens. Et ne serait-ce que de dire bonjour à quelqu'un et de savoir ce qu'il fait, c'est une reconnaissance en soi que les personnes apprécient.» (Direction - intervenant 1, juillet 2016)

De manière identique aux membres de l'amélioration continue, le membre de la direction interviewé met en évidence que le Gemba est un outil essentiel dans la démarche Lean Santé et qu'il est un élément catalyseur de reconnaissance. Il permet, en effet, de diminuer les distances entre la direction et les managers ainsi qu'entre les managers et leurs équipes et, facilite donc l'échange de reconnaissances pour les mêmes raisons que celles évoquées auparavant.

A côté de cela, les indicateurs de résultats mis en place dans la démarche Lean permettent une reconnaissance des performances des équipes. Les indicateurs prennent place dans les différents projets menés au CHU ou dans le travail quotidien des soignants. Cela s'inscrit ainsi dans la continuité des projets de changements et de l'excellence opérationnelle au quotidien évoqués dans le plan stratégique de l'hôpital. Ces indicateurs sont construits en collaboration avec les soignants afin que ceux-ci aient du sens et soient cohérents avec les objectifs fixés. Cela fait écho au management participatif mis en place dans l'institution dont nous avons discuté précédemment. Les indicateurs permettent, par la suite, de donner un feedback aux équipes et de reconnaître leurs performances. Dans la pratique, la direction donne généralement un feedback par rapport aux indicateurs lors de présentations nommées « midis d'Optiplan ». Durant ces présentations, les soignants sont invités à présenter les projets auxquels ils ont pris part. Toute personne est invitée à participer et à réagir lors de ces présentations. Ainsi, cela soutient le management participatif du CHU et encourage les soignants à s'investir dans des projets. Ce type de présentation est une occasion de donner de la reconnaissance aux soignants investis dans des projets ou dans l'achèvement d'une excellence opérationnelle quotidienne et de reconnaître les résultats qu'ils ont obtenus.

Finalement, l'interviewé a également mis en évidence un outil qui n'est cependant pas encore utilisé partout dans l'organisation, à savoir le dialogue de progression. Etant donné qu'il n'est pas encore mis en application dans l'ensemble de l'hôpital, il y a peu de chance que celui-ci ait eu un impact sur la reconnaissance perçue par les soignants.

11.3 Les ressources humaines

La dernière matrice réalisée à partir d'une interview d'acteur non-soignant de l'hôpital n'est autre que celle des ressources humaines :

Figure 23 : Matrice d'analyse – Ressources humaines

X Y		Type de reconnaissance			
		Existentielle	Compétence	Investissement	Résultats
Plan d'interactions	Horizontal	☐ Stand up ☐ Dialogue de progression	☐ Compétence « Feedback » du manager Lean ☐ A3	☐ Compétence « Feedback » du manager Lean	☐ Compétence « Feedback » du manager Lean ☐ A3
	Vertical	☐ Stand up (humeur du jour)	☐ A3		☐ A3
	Institutionnel		☐ Analyse des besoins en compétences ☐ Catalogue de formation		

La personne interviewée faisant partie des ressources humaines a principalement mis en avant des éléments participant à la reconnaissance des soignants au niveau des interactions hiérarchiques et horizontales.

Les ressources humaines ont mis en place un programme de développement assez important qui va de pair avec le développement des équipes prôné par le Lean Santé. Ainsi chaque manager doit développer différentes compétences «transversales», c'est-à-dire qu'elles doivent être maîtrisées par tout manager peu importe sa position dans l'entreprise. Une compétence transversale retient particulièrement notre attention.

« Fais preuve de reconnaissance, estime à leur juste valeur des prestations de leurs collaborateurs et célèbre les succès remportés avec l'équipe. » (Ressource humaine - Intervenant 1, juillet 2016)

Le développement de cette compétence impacte la reconnaissance dans toutes ses formes au niveau hiérarchique. En effet, le manager, fort de cette compétence, comprend l'importance de donner de la reconnaissance à ses équipes. Nous pouvons néanmoins nous questionner sur la mise en pratique de cette compétence supposée essentielle à chaque manager du CHU. Pour soutenir le développement des compétences, une analyse des besoins en compétences des acteurs est faite en début d'année afin de leur proposer des formations adaptées et demandées.

Ensuite, il ressort de l'interview que certains outils utilisés sur base régulière par les différentes équipes investies dans la démarche Lean Santé pourraient permettre certains types de reconnaissance et cela, à différents niveaux d'interactions. Nous pouvons notamment mettre en évidence l'outil A3 qui valorise les leçons apprises et invite les équipes à fêter la réussite d'un projet.

Finalement, comme la direction, la personne des ressources humaines met en avant la reconnaissance liée au stand up et au dialogue de progression qui comme évoqué auparavant n'est pas encore appliqué partout dans l'organisation.

Nous pouvons noter que les éléments évoqués par les ressources humaines sont principalement des éléments théoriques dont les soignants n'ont certainement pas conscience. Cela se vérifiera d'ailleurs lors des interviews des soignants.

11.4 Les soignants

Maintenant que nous avons présenté les matrices des différents acteurs « non-soignants » de l'institution, nous allons nous attarder sur la matrice conçue à partir des interviews des soignants. Elle correspond également aux réponses aux questions de recherche formulées précédemment étant donné que nous nous limitons à la perception des soignants :

Figure 24 : Matrice d'analyse - Soignants

X Y		Type de reconnaissance			
		Existentielle	Compétence	Investissement	Résultats
Plan d'interactions	Horizontal		☐ Participation aux projets		
	Vertical		☐ Petite histoire		
	Institutionnel	☐ Kanban	☐ Formations		

Une nouvelle fois la matrice résumant les différents éléments évoqués dans les interviews est différente. Nous pouvons noter qu'assez peu d'éléments issus de la démarche Lean Santé ont été évoqués contrairement aux matrices précédemment discutées. La moitié des interviewés n'a même évoqué aucun élément de la démarche Lean Santé durant les interviews comme le démontrent les

matrices individuelles en annexe 8. La perception des soignants semble donc fortement éloignée de ce qui avait été mis en évidence par les autres acteurs non-soignants lors des interviews.

Nous constatons également qu'aucun élément provenant du Lean Santé n'a été perçu comme apportant ou facilitant les reconnaissances de résultats et d'investissement. Nous allons néanmoins nous attarder rapidement sur les quelques éléments qui ont été démontré lors des entretiens.

Tout d'abord, la participation aux projets a été évoquée car elle permet aux soignants de s'investir dans l'amélioration de leur travail ce qui est une reconnaissance de leurs compétences.

« On se sent concerné dans l'avenir de l'unité et on est pas juste là, juste pour faire le boulot. » (Soignant – Intervenant 4, juillet 2016)

La petite histoire permet de mettre en évidence certaines compétences et de partager celles-ci avec ses collègues. C'est donc une reconnaissance appréciable qui permet également d'enrichir son propre bagage de compétences.

« On a déjà fait, par exemple, la petite histoire avec les bas de contention et elle me demandait quelle technique j'utilisais pour placer sur les patients. (...) C'est une sorte de reconnaissance car elle aurait pu ne pas me le demander et demander à une autre. » (Soignant- Intervenant 4, juillet 2016)

L'accès aux formations est parfois considéré comme une forme de reconnaissance de la part de l'institution qui permet aux différents acteurs de se former dans différents thèmes proposés. Cela rejoint donc l'idée qui avait été soulignée par les ressources humaines.

Le Kanban a également été assimilé à une forme de reconnaissance par l'un ou l'autre soignant car celui-ci contribue à un environnement de travail efficace et il peut donc se concentrer sur son travail autour du patient alors que certaines tâches sont simplifiées.

« De mon côté, le Kanban m'apporte beaucoup de choses, puisque je ne dois plus faire les commandes donc là, il y a déjà une bonne partie. » (Soignant - Intervenant 3, juillet 2016)

Finalement, assez peu d'éléments provenant de la démarche Lean Santé ont été abordés par les soignants en comparaison à ce qui avait été mis en évidence par les matrices de l'amélioration

continue, de la direction et des ressources humaines. Dans le prochain point, nous discuterons des raisons qui pourraient expliquer une telle différence.

11.5 Une discussion transversale des résultats

Les différentes matrices révèlent que les éléments Lean perçus comme porteur de reconnaissance par les acteurs interviewés varient en fonction de leur rôle dans l'organisation. Nous allons donc nous pencher plus en détail sur ce phénomène en s'attardant sur chaque plan d'interactions de la matrice de reconnaissance utilisée pour formuler nos hypothèses.

Le plan d'interactions hiérarchique

Différents éléments provenant de la démarche Lean ont été énoncés par la direction, les ressources humaines et l'amélioration continue. Au fil des interviews réalisées, il est ressorti que le Gemba, le stand up meeting et la participation au projet étaient les principaux éléments pouvant avoir un apport de reconnaissance pour les soignants. Cependant, mis à part la participation aux projets d'amélioration qui a été évoquée quelques fois lors des interviews des soignants comme étant une forme de reconnaissance des compétences, aucun des autres éléments n'a été évoqué au niveau d'interactions hiérarchique.

Le Gemba a souvent été évoqué comme un catalyseur de reconnaissance dans les interviews. Il permet, en effet, de réduire la distance entre les managers et leurs équipes. Cela devrait dès lors permettre un échange de reconnaissance plus fréquent et plus légitime étant donné que le manager perçoit mieux la réalité du terrain à laquelle ses équipes sont confrontées. Le simple fait de descendre sur le terrain pourrait également être associé à de la reconnaissance de la part des soignants. Néanmoins, le Gemba n'a pas été évoqué dans les différentes interviews des soignants. Cela peut s'expliquer par différentes choses. Tout d'abord, les soignants n'ont pas conscience de cette pratique car elle n'est enseignée qu'aux managers. Dès lors, les soignants sont dans l'incapacité d'assimiler à une pratique Lean le fait que les managers soient davantage sur le terrain. Ensuite, il est possible que cette pratique du Gemba ne soit pas réalisée, ce qui n'amènerait donc aucun changement perceptible pour les soignants au niveau de la reconnaissance. Finalement, si le Gemba offre davantage d'opportunités de donner de la reconnaissance aux équipes, rien ne garantit que celle-ci soit effectivement donnée ou perçue.

Le stand up meeting a été mis en avant comme étant un vecteur de reconnaissance car il offre la possibilité de discuter d'un problème ou de son humeur du jour avec toute l'équipe.

Cependant, celui-ci n'a pas été abordé dans les interviews des soignants. Cela peut s'expliquer par le fait que ceux-ci ont généralement l'occasion de discuter durant leur travail et que finalement le stand up meeting n'a que peu d'utilité pour la reconnaissance qui est donnée à d'autres occasions avec leur infirmier-chef. Et comme nous l'avons mentionné, cet outil ne permet pas une reconnaissance avec les qualités attendues par les soignants.

La participation aux projets est le seul point évoqué par les différents acteurs. Il semblerait que celle-ci soit valorisante pour les soignants qui peuvent alors s'investir dans des projets et même en proposer des améliorations. Il faut cependant garder à l'esprit que très peu des interviewés ont évoqués cette possibilité comme étant une reconnaissance donnée par la hiérarchie. Toutefois, cette participation est un des points principaux du Lean et semble pouvoir amener de la reconnaissance aux soignants. Cette participation est également soutenue par le management participatif.

Le plan d'interactions horizontal

De manière identique, il existe un gouffre entre les matrices des « non –soignants » et celle des soignants au niveau du plan d'interactions horizontal. Ainsi, le stand up, l'A3 et le placement du patient au centre des préoccupations ne se retrouvent pas dans la matrice des soignants.

Le stand up est une nouvelle fois cité par les différents acteurs comme étant un vecteur de reconnaissance au niveau horizontal et pour qu'il offre un espace de discussions où toute personne intéressée peut s'exprimer face au reste de l'équipe. Néanmoins, les interviews avec les soignants ont révélé que la majorité de la reconnaissance perçue par les collègues était reçue tout au long de la journée, généralement sous la forme de remerciement ou de petits gestes. Celle-ci est habituellement adressée de manière personnelle. En effet, les unités de soins sont comme des petits mondes où chacun interagit à de nombreuses occasions. D'un point de vue de la reconnaissance, le stand up perd donc énormément d'intérêts, si ce n'est lorsque l'on veut donner de la reconnaissance à l'équipe entière et que l'on profite que le groupe soit rassemblé pour le faire.

L'A3, un outil de résolution de problèmes et d'opportunités, a été cité comme étant un outil Lean permettant la reconnaissance en valorisant les leçons apprises et en invitant les équipes à fêter la réussite d'un projet. Cependant, l'A3 n'a pas été évoqué dans les interviews des soignants. Cela est certainement dû au fait qu'il est encore peu utilisé par les soignants au quotidien.

Finalement, le fait de placer le patient au centre des préoccupations n'a pas non plus été mis en avant lors des différentes interviews avec les soignants. Cela découle certainement du fait que

leur travail est à la base axé sur le patient. Dès lors, ce principe au centre du Lean Santé n'a pas impacté énormément sur leur travail ou, du moins, ils n'ont pas fait de lien direct entre la reconnaissance qu'ils perçoivent et ce principe cher au Lean Santé.

Le plan d'interactions institutionnel

Finalement au niveau institutionnel, certains soignants ont identifié les mêmes éléments que les ressources humaines et l'amélioration continue. Néanmoins, il est important de noter que ces éléments ne sont pas souvent revenus dans les interviews des soignants.

Tout d'abord, le Kanban est considéré par certaines personnes comme étant une certaine reconnaissance individuelle car il permet d'améliorer les conditions de travail et qu'il est adapté aux soins dispensés.

Ensuite, les formations sont évoquées par certains soignants comme étant une reconnaissance de leurs compétences. En effet, en leur permettant d'accéder à la formation, ceux-ci se sentent considérés comme étant capables d'apprendre et de développer leurs compétences.

De manière générale, nous pouvons identifier deux raisons qui expliquent une telle différence dans les matrices de reconnaissance sur les différents plans d'interactions. Premièrement, il est possible que les éléments relevés par les matrices des « non-soignants » ne soient pas mis en place dans les unités de soins interrogées. Deuxièmement, il est simplement envisageable que ces éléments ne soient pas perçus par les soignants car ils ne sont pas importants à leurs yeux ou paraissent naturels. Néanmoins, nous pouvons mettre en avant qu'aucune des critiques formulée à l'encontre de la démarche Lean n'a trouvé écho dans les interviews des soignants, ce qui conforte l'opinion présentée lors de la discussion de ces critiques.

Finalement, nous noterons que la perception de la reconnaissance issue de l'approche Lean Santé est généralement une reconnaissance des compétences, ce qui semble tout à fait cohérent avec l'idée que le Lean Santé promeut le développement des compétences des acteurs de terrain. Nous pouvons être surpris quant au fait que la reconnaissance des résultats n'a jamais été abordée dans les différentes interviews des soignantes alors que « les projets de changements » et « l'excellence opérationnelle au quotidien » sont soutenus par la prise de mesures et l'évaluation des résultats. Pour ce qui est de l'excellence opérationnelle, cela est certainement lié au fait qu'il est difficile de mettre en place des indicateurs utilisables au quotidien et dépendants des soignants étant donné que

chaque patient peut présenter des spécificités requérant une performance personnalisée et donc difficilement évaluable sur base d'indicateurs.

Des éléments de reconnaissance chers aux soignants

Au-delà des différents éléments portant directement sur le Lean Santé, les soignants ont évoqué certains éléments qu'ils considèrent comme essentiels à leur reconnaissance au travail. Nous allons donc nous attarder sur ces éléments de reconnaissance tout en essayant de mettre en évidence le rôle que le Lean Santé pourrait jouer par rapport à ceux-ci.

Tout d'abord, la reconnaissance donnée par les patients est une reconnaissance régulièrement évoquée lors des interviews. Si le Lean Santé place le patient au centre des préoccupations, il est sans doute présomptueux de penser que les soignants n'aient jamais fait autrement. L'intérêt du Lean Santé au niveau de cette reconnaissance pourrait se manifester au niveau de l'augmentation de la qualité des soins proposés, c'est donc de manière indirecte que le Lean Santé pourrait permettre une augmentation de la reconnaissance des patients envers les soignants. Ce plan d'interaction n'a cependant pas été étudié en raison de la difficulté liée à l'explicitation d'un tel lien entre le Lean Santé et la reconnaissance offerte par les patients.

Ensuite, la reconnaissance entre collègues a régulièrement été mise en avant comme étant une reconnaissance quotidienne participant au bon fonctionnement de l'équipe ainsi qu'à l'épanouissement de ses soignants. Le Lean Santé propose un certain nombre d'outils tels que les stand up et la petite histoire qui permettent ce type de reconnaissance. Cependant, à chaque fois que cette reconnaissance a été évoquée, elle prenait la forme d'un petit mot glissé de manière personnelle et informelle juste après un événement particulier. Le fait que cette reconnaissance soit perçue comme importante est certainement dû au fait qu'elle rassemble la majorité des critères de qualité des signes de reconnaissance tels que la sincérité, la proximité, la réactivité, la personnalisation et la spécificité que nous avons évoqués dans la partie théorique. Néanmoins, les éléments proposés par le Lean Santé omettent certains de ces critères qui sont chers aux yeux des soignants. Le Lean Santé ne suffirait donc pas à combler, à lui seul, ce besoin de reconnaissance.

La reconnaissance provenant de la hiérarchie est également évoquée comme une reconnaissance importante aux yeux des soignants. Néanmoins, les contacts semblent assez limités hormis ceux avec le responsable direct. Le Lean Santé et le management participatif mis en place au CHU devraient cependant permettre un rapprochement entre les différents niveaux hiérarchiques bien qu'actuellement l'impact du Lean Santé à ce niveau semble assez limité.

Le rejet et le non-rejet des hypothèses

Précédemment, nous avons mis en évidence la matrice de la reconnaissance perçue par les soignants provenant du Lean Santé. Si nous nous limitons à ce que les interviews des soignants ont révélé et à la matrice correspondante alors il apparaît que le Lean Santé n'a que peu d'impact du point de vue de la reconnaissance perçue par les soignants. Cela se traduit au niveau du rejet et du non rejet des différentes hypothèses formulées précédemment. Bien qu'elles prennent toutes la même forme, à savoir: « *La démarche Lean Santé n'a pas d'impact sur la reconnaissance de type X au niveau d'interaction de type Y* », nous pouvons constater que la plupart des hypothèses ne sont pas rejetées. Ainsi, seules l'hypothèse numéro 3 concernant la reconnaissance existentielle au niveau institutionnel et les hypothèses numéro 4, 5 et 6 concernant la reconnaissance des compétences sont rejetées. En effet, il est apparu que certains éléments du Lean sont perçus par les soignants comme donnant une reconnaissance des compétences et cela à tous les niveaux d'interactions mais également une reconnaissance de type existentiel au niveau d'interactions institutionnel.

Si nous nous penchons sur la question de recherche générale, à savoir « *L'approche Lean Santé mise en place au CHU UCL Namur site Godinne permet-elle une amélioration de la reconnaissance perçue par ses soignants ?* », nous pouvons, à ce stade, répondre de manière positive. Nous devons cependant garder à l'esprit que c'est un très petit « oui ». En effet, peu de soignants avaient mis en évidence des éléments provenant du Lean Santé lors des interviews. La perception que nous avons mise en lumière dans la matrice « soignant » n'est, de plus, pas généralisée au sein des soignants. Cela donne donc un faible poids aux éléments Lean Santé que nous avons identifiés dans cette matrice. Ensuite, la perception des soignants nous est apparue comme étant très éloignée des croyances des autres acteurs, ce qui porte à croire que de nombreux éléments Lean Santé ne sont pas exploités de manière optimale du point de vue de la reconnaissance. Finalement, nous avons mis en évidence des éléments de reconnaissance qui sont considérés comme étant importants par les soignants dans l'exercice de leur travail. Certains de ces éléments semblent également pouvoir être soutenu par la démarche Lean Santé et le management participatif du CHU UCL Namur.

Chapitre 12 : Les limites du travail

Un certain nombre de limitations relatives aux résultats existent dans ce travail. Tout d'abord, nous pouvons nous rappeler les différentes limites assimilables aux biais de la méthodologie utilisée afin de répondre à la question de recherche. Ainsi, les biais provenant dans

l'observation participative évoqués auparavant sont à prendre en compte. Nous pouvons aussi mettre en évidence que l'analyse des entretiens semi-directifs sont également sujets à des biais. En effet, étant donné que les questions n'invitent pas à une réponse de type binaire ou ordinal, les réponses ont été interprétées et analysées afin de faire ressortir des éléments dans la matrice de reconnaissance utilisée pour répondre aux hypothèses.

Ensuite, les différentes interviews ont été réalisées sans donner le guide d'entretien au préalable aux personnes interviewées. Dès lors, ces interviews ne révèlent que les éléments qui arrivent rapidement à l'esprit des interviewés. Il y a fort à parier qu'avec un temps de réflexion supplémentaire les différents interviewés auraient eu des réponses plus complexes et approfondies. Il serait dès lors intéressant de voir si, avec une réflexion préalable, les interviews donneraient des résultats différents.

Par ailleurs, la reconnaissance est un sujet assez sensible. Cela peut donc amener les interviewés à modifier leurs réponses aux questions ou à ne pas se livrer intégralement. Une enquête totalement confidentielle et approfondie permettrait certainement de dévoiler davantage la réalité. De même, la perception de la reconnaissance va varier en fonction de la sensibilité de chacun. Il est donc très difficile de généraliser les résultats. Un aspect quantitatif pourrait donc aider à généraliser de manière plus précise la relation entre Lean Santé et reconnaissance.

Ainsi, d'autres paramètres pourraient être ajoutés à l'étude. En effet, nous pouvons nous demander si l'âge, l'ancienneté dans l'entité et d'autres variables de soins jouent sur la perception de la reconnaissance. Cela permettrait d'affiner notre approche de la question.

Nous nous sommes limités à une approche mettant en évidence la relation entre la reconnaissance perçue par les soignants et le Lean Santé au CHU. Il serait donc intéressant de créer un modèle relevant les caractéristiques précises du besoin de reconnaissance des soignants afin de mieux cerner la capacité du Lean Santé à répondre à celui-ci. Cela amènerait certainement à des discussions comparant différents systèmes de management au niveau de leur capacité à assouvir le besoin de reconnaissance des soignants.

Finalement, en raison de la taille restreinte de l'échantillon analysé, les résultats ne peuvent pas être généralisés à toutes les institutions de soins mettant en place une démarche Lean Santé. Ce travail n'est donc qu'un prélude à des études d'envergure plus importante et ne possède qu'un caractère indicatif par rapport à la relation du Lean Santé et de la reconnaissance des soignants.

CONCLUSIONS

Au travers de ce mémoire, nous avons étudié différents thèmes actuels dans le monde hospitalier, à savoir: la reconnaissance des soignants et l'approche Lean Santé mise en place dans de nombreux hôpitaux de par le monde. Dans les différentes discussions de fin de chapitre, nous nous sommes interrogés par rapport aux sujets abordés laissant la porte ouverte à certaines réflexions intimement liées à ces thématiques. Nous avons ensuite formulé une question de recherche générale relative aux thématiques de la reconnaissance et de l'approche Lean Santé :

L'approche Lean Santé mise en place au CHU UCL Namur site Godinne permet-elle une amélioration de la reconnaissance perçue par ses soignants ?

Celle-ci a été affinée par différentes hypothèses à partir d'une adaptation de la matrice de Brun et Dugas. Afin de tester ces différentes hypothèses, nous avons analysés des interviews réalisées auprès de différents acteurs du CHU UCL Namur site Godinne, un complexe hospitalier de la région Namuroise.

Ensuite, nous avons mis en évidence que les perceptions de la relation entre le Lean Santé et la reconnaissance des soignants ainsi que des acteurs non-soignants, tels que la direction, l'amélioration continue et les ressources humaines, étaient différentes. Après cela, nous nous sommes concentrés sur la validation et le rejet de nos hypothèses. Nous avons donc mis en lumière qu'au niveau du Lean Santé, les soignants percevaient principalement une reconnaissance des compétences. Néanmoins, la moitié des soignants n'ont pas évoqué d'éléments d'origine Lean Santé apportant de la reconnaissance lors des interviews. Par ailleurs, ils ont mis évidence certains types de reconnaissance importants à leur yeux. Nous avons alors discuté de la capacité limitée du Lean Santé à fournir ces types de reconnaissance.

Par après, nous avons répondu à notre question de recherche en statuant que le Lean Santé possédait certaines caractéristiques et proposait des outils capables d'améliorer la reconnaissance perçue par les soignants, bien que leur impact sur celle-ci semble assez limité.

Finalement, nous avons soulevé un certain nombre de limites à cette recherche, telles que la petite taille de l'échantillon ou le manque d'aspect qualitatif, qu'il faudrait lever afin de généraliser les résultats à l'ensemble des organisations de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Aon Hewitt (2012). *Trends in global employee engagement*. En ligne http://www.aon.com/attachments/human-capital-consulting/2012_TrendsInGlobalEngagement_Final_v11.pdf.
- Arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant la liste des activités que l'aide-soignant(e) peut effectuer sous le contrôle de l'infirmier/ère et dans une équipe structurée (2006). *Moniteur belge*, 12 juin, p.6077. En ligne http://www.afiso.be/Activites-infirmieres-qui-peuvent-etre-effectuees-par-des-aides-soignants-12-janvier-2006_a112.html.
- Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (1967). *Moniteur belge*, 12 juin, p.11881.
- Badet, E. (2014, October, 29). *Lean et conditions de travail*. En ligne <http://fr.viadeo.com/fr/groups/detaildiscussion/?containerId=00222afdhk8gutqdetforumId=00214pu7artdujsnetaction=messageDetailmessageId=002wswieaulz7g>.
- Ballé, M., & Beauvallet, G. (2013). *Le management Lean* (1ère éd.). France: Pearson.
- Ballé, M., & Champion-Daviller, M. N. (2004). *Organiser les services de soins: Le management par la qualité*. Paris, France: Elsevier Masson.
- Barnas, K. (2011). Developing a Business Management System for Continuous Daily Improvement. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(9), 387-399. En ligne <https://createvalue.org/wp-content/uploads/2013/12/BPS-article-Barnas.pdf>.
- Berne, E. (1968). *Games people play: The psychology of human relationships* (Vol. 2768). Penguin UK. En ligne [http://inner-voyage-meditation.com/library/gamespeopleplay\[1\].pdf](http://inner-voyage-meditation.com/library/gamespeopleplay[1].pdf).
- Bourgeois, F. (2012). Que fait l'ergonomie que le Lean ne sait/ne veut pas voir. *Revue Activités*, 9(2), 138–147. En ligne <http://activites.revues.org/444>.
- Browne, J. H. (2000). Benchmarking HRM practices in healthy work organizations. *American Business Review*, 18(2), 54–61.
- Brun, J. P. (1999). Une question d'identité... une question de dignité humaine. Propos recueillis par Chantal Hivon, *Échange*, 13(2), 2–4.
- Brun, J. P., & Dugas, N. (2002). *La reconnaissance au travail: une pratique riche de sens*. Québec, Canada: CSST. En ligne http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/reconn-trav_02.pdf.
- Brun, J. P., & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail: Analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, 30(2), 79–88. doi:10.3917/riges.302.0079
- Brun, J. P., & Dugas, N. (2008). An analysis of employee recognition: Perspectives on human resources practices. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(4), 716–730. doi:10.1080/09585190801953723
- Chandezon, G., & Lancestre, A. (2010). *L'analyse transactionnelle*. Paris, France: Presses universitaires de France.o
- CHU Dinant Godinne | UCL Namur (2014). *Le CHU en poche*, de Coster, Namur.

- CHU UCL Namur référentiel de document (2016) Document non publié, CHU UCL Namur, Namur
- de Coster, P., & Bouzette, A. (2014, June 10). *Lean Management dans le Secteur Hospitalier - CHU Dinant-Godinne*. En ligne <http://fr.slideshare.net/CoworkingNamur/lean-management-dans-le-secteur-hospitalier-chu-dinantgodinne>.
- Deloitte (2012, June 12). *Bersin et associates unlocks the secrets of effective employee recognition*. En ligne <https://www.bersin.com/News/Content.aspx?id=15543>.
- Dessart, F. (2016). *Etudes de marché*, EGESB333. Syllabus, Université de Namur, Namur.
- Drew, J., Mc Callum, B., & Roggenhofer, S. (2004). *Objectif Lean. Réussir l'entreprise au plus juste: Enjeux techniques et culturels*. Paris, France: Editions d'Organisation.
- Engagement. (2016). Dans *Dictionnaire Larousse*. En ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/engagement/29510>.
- Ester, J. L. (2008). *Factors contributing to nurses' dissatisfaction with recognition initiatives* (Thèse de doctorat en école des professionnels des soins et de la santé). Northern Kentucky University. Highlands Heights, Kentucky.
- Garrahan, P., & Stewart, P. (1992), *The Nissan enigma: Flexibility at work in a local Economy*. London, Royaume-Uni: Mansell.
- Globoforce (2012a). *The business impact of employee recognition*. En ligne http://go.globoforce.com/rs/globoforce/images/SHRMFall2012Survey_web.pdf.
- Globoforce (2012b), *The impact of recognition on employee engagement and ROI*. En ligne <http://go.globoforce.com/rs/globoforce/images/SHRMWinter2012Report.PDF>.
- Graban, M. (2012). *Lean hospitals: Improving quality, patient safety, and employee satisfaction* (2nd ed.). New York, NY: CRC Press.
- Guéguen, H., & Malochet, G. (2014). *Les théories de la reconnaissance* (1er éd.), Paris : La Découverte.
- Hines, P., Holweg, M., & Rich, N. (2004). Learning to evolve: A review of contemporary lean thinking. *International Journal of Operations et Production Management*, 24(10), 994–1011. doi:10.1108/01443570410558049
- Hohmann, C. (2016, January 16). *Le diagramme spaghetti*. En ligne <http://christian.hohmann.free.fr/index.php/lean-entreprise/la-boite-a-outils-lean/128-le-diagramme-spaghetti>, consulté le 23 Juin 2016.
- Institut Français d'Analyse Transactionnelle (n.d.). *Les états du moi*. En ligne http://ifat.net/etat_moi.php
- Jancarik, A.-S., & Vermette, L. (2013). *Recension des écrits relatifs à des méthodes de types Lean*. Longueuil, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Jourdan de la Passardière, B., & Arsonneau, B. (2016, February 8). *L'humain et l'amélioration des conditions de travail au cœur des principes du Lean Management*. En ligne <https://www.fr.capgemini-consulting.com/blog/the-voices-of-capgemini-consulting/2016/02/lhumain-et-lamelioration-des-conditions-de-travail>.
- Journé, B. (2005). Etudier le management de l'imprévu : méthode dynamique d'observation in situ, *Finance Contrôle Stratégie*, 8, 63-9. En ligne <http://leg.u-bourgogne.fr/rev/084091.pdf>.

- Langlois, S. (2002). Nouvelles orientations en sociologie de la consommation. *L'Année Sociologique*, 52(1), 83–103. doi:10.3917/anso.021.0083
- Larman, C. (2009). *Lean Primer Version 1.6*. En ligne http://www.leanprimer.com/downloads/lean_primer.pdf, consulté le 3 Juin 2016.
- Lean Entreprise Institute (n.d.). *Toyota production system*. En ligne <http://www.lean.org/lexicon/toyota-production-system>, consulté le 21 Juin 2016.
- Macrez, P. (2001) *Une profession en quête de reconnaissance*. En ligne, <http://www.aide-soignant.com/article/ressources/dossiers/as/une-profession-en-quete-de-reconnaissance>, consulté le 11 Juin 2016.
- Mann, D. W. (2005). *Creating a Lean culture. Tools to sustain Lean conversions* (1st ed.). New York, NY: Productivity Press.
- Medical Modular System S.A. (2012, November). *New MMSlog® intelligent "Kanban" label*. En ligne <http://medicalmodularsystem.com/en/article?n=5>.
- Midy, F. (2002). *Les infirmières: image d'une profession*. En ligne <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf>, consulté le 5 Juin 2016
- Ohno, T. (1988). *Toyota production system: Beyond large-scale production*. Portland, Oregon: Productivity Press. En ligne : http://www.ce.berkeley.edu/~tommelein/lci/tps_ono.pdf.
- Pavnaskar, S. J., Gershenson, J. K., & Jambekar, A. B. (2003). Classification scheme for lean manufacturing tools. *International Journal of Production Research*, 41(13), 3075–3090. doi:10.1080/0020754021000049817
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: Literature review. *Quality Management in Healthcare*, 19(4), 319–329. doi:10.1097/QMH.0b013e3181fa07bb
- Radnor Z. (2011). Implementing Lean in Health Care: Making the link between the approach, readiness and sustainability. *International Journal of Industrial Engineering and Management*, 2(1), 1–12. En ligne http://www.iim.ftn.uns.ac.rs/casopis/volume2/ijiem_vol2_no1_1.pdf.
- Radnor, Z., & Walley, P. (2008). Learning to walk before we try to run: adapting lean for the public sector. *Public money and management*, 28(1), 13-20. En ligne https://www.researchgate.net/profile/Zoe_Radnor/publication/4779667_Learning_to_Walk_Before_We_Try_to_Run_Adapting_Lean_for_the_Public_Sector/links/54e274940cf2c3e7d2d3a3c2.pdf.
- Renault, E. (2004). Reconnaissance, institutions, injustice. *Revue du MAUSS*, 23(1), 180–195. doi:10.3917/rdm.023.0180
- Renault, E. (2007). *Reconnaissance et travail*. Travailler, (2), 119-135. doi: 119-135. 10.3917/trav.018.0119
- Renault, E. (2013). *L'expérience de l'injustice: reconnaissance et clinique de l'injustice*. Paris, France: La Découverte.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (4th ed.). San Francisco, Californie: Jossey-Bass.

- Shah, R., & Ward, P. T. (2007). Defining and developing measures of lean production. *Journal of Operations Management*, 25(4), 785–805. doi:10.1016/j.jom.2007.01.019
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism; an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53.
- Steiner, C. M. (1971). The stroke economy. *Transactional Analysis Journal*, 1(3), 9–15. doi:10.1177/036215377100100305
- Stewart, I., & Joines, V. (1987). *TA today: A new introduction to transactional analysis*. Nottingham, Royaume-Uni: Lifespace Publishing.
- Tauzier, B. (2013). *Dépoussiérer vos processus ! Entreprises de services*. Paris, AFNOR. En ligne <https://www.boutique.afnor.org/extraits/FA092716.pdf>, consulté 7 mai 2016.
- Wikilean (n.d.). *Le A3*. En ligne <http://www.wikilean.com/Articles/Standardisation/Le-A3>, consulté le 20 Juin 2016.
- Williams, K., Harlam, C., Williams, J., Cutler, T., Adcroft, A., & Johal, S. (1992). Against lean production. *Economy and Society*, 21(3), 321–354.
- Womack, J. P. & Jones, D. T. (2009). *Système Lean: Penser l'entreprise au plus juste*. Montreuil, France: Pearson Education.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2010). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. New York, NY: Free Press.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2012). *Système Lean: Penser l'entreprise au plus juste* (2nd ed.). Orléans, France: Pearson.
- WorldatWork (2013). *Trends in employee recognition*. En ligne <https://www.worldatwork.org/adimLink?id=72689>.