



**HAL**  
open science

# L'analyse collective du travail en faveur du temps soignant. Une étude de cas sous le prisme de la valeur des activités à partir de l'approche lean healthcare

Noura Zaghmouri

## ► To cite this version:

Noura Zaghmouri. L'analyse collective du travail en faveur du temps soignant. Une étude de cas sous le prisme de la valeur des activités à partir de l'approche lean healthcare. ARAMOS, Nov 2023, Metz (France), France. hal-04314895v2

**HAL Id: hal-04314895**

**<https://hal.science/hal-04314895v2>**

Submitted on 5 Dec 2023

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

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

**11ème Congrès ARAMOS – Proposition de communication**

11ème Congrès ARAMOS

« La coopération dans tous ses états : Professionnels, organisations et territoires au service du patient »

29 et 30 novembre 2023

**L'analyse collective du travail en faveur du temps soignant  
Une étude de cas sous le prisme de la valeur des activités à partir de  
l'approche lean healthcare**

Noura ZAGHMOURI <sup>1</sup>  
Maître de conférences en Sciences de Gestion  
Laboratoire REGARDS  
Université de Reims Champagne-Ardenne, France

---

<sup>1</sup> Auteur contact : [noura.zaghmouri@univ-reims.fr](mailto:noura.zaghmouri@univ-reims.fr)

## RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, les professionnels soignants dénoncent une augmentation de la part des tâches administratives les éloignant du chevet des malades, là où le travail prend tout son sens. En mars 2022, le Sénat publie un rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France<sup>2</sup>. Au regard de la situation de « crise sans fin » et face au sentiment de perte de sens, largement exprimé par les professionnels, il est « nécessaire de remettre le soin au cœur des métiers hospitaliers qui s'en sont trop éloignés faute de disponibilité suffisante pour s'y consacrer » (Rapport commission d'enquête n° 587 (2021-2022), tome I, déposé le 29 mars 2022).

La communication proposée porte sur une analyse des activités réalisées par les professionnels soignants, sous l'angle de la notion de valeur ajoutée, à partir de l'approche *lean*. Cette dernière s'oriente naturellement vers une valorisation et une optimisation du temps soignant.

La revue de littérature porte sur l'intérêt de la transposition du *lean* au sein des organisations de santé au regard de la nécessité de considérer la valeur ajoutée des tâches effectuées par les professionnels soignants. A partir de la question de recherche suivante : comment le *lean healthcare* peut contribuer à la valeur ajoutée des activités soignantes et au temps soignant ? nous proposons une exploration de l'analyse et l'évaluation des activités permettant de redonner du temps soignant. Le terrain qui porte notre recherche est un groupe hospitalier dont les dirigeants se sont engagés dans le déploiement du *lean healthcare* par la constitution d'une équipe d'experts dédiée à soutenir méthodologiquement les professionnels de l'établissement dans la mise en œuvre de chantiers Kaizen, ou projets d'amélioration *lean*. Une étude de cas est menée au sein d'un service de gériatrie confronté à d'importantes difficultés organisationnelles sources d'un épuisement des professionnels. Les investigations s'inscrivent dans une triangulation des sources de données associant entretiens semi-directifs, observations et analyse documentaire. Les résultats révèlent le potentiel de recentrage des activités soignantes par une analyse des tâches effectuées et une limitation des tâches à non-valeur ajoutée. La discussion permet de revenir sur les apports, perspectives et limites de la recherche.

## MOTS-CLÉS

Analyse du travail – Valeur du soin – Temps du soin - Lean healthcare –Approche qualitative

## INTRODUCTION

Au sein des hôpitaux, les restrictions budgétaires se sont imposées au cours des dernières décennies face à une progression incessante des dépenses de santé liée, d'une part, à l'évolution des besoins de santé et d'autre part, à une transformation de l'offre de soins et l'apparition de traitements et équipements plus performants mais également plus coûteux (Michot *et al.*, 2019). La nécessaire maîtrise des ressources, associé à une pénurie de professionnels, a conduit à une surcharge de travail pour les professionnels de santé avec une part de tâches administratives de plus en plus chronophage provoquant un manque de temps pour le soin. Repenser les activités des professionnels soignants est devenu un impératif au regard de la perte de sens face à l'ampleur des tâches considérées à non-valeur ajoutée et des enjeux d'attractivité des métiers de la santé.

---

<sup>2</sup> Rapport de la commission d'enquête du Sénat - n° 587 (2021-2022), tome I, déposé le 29 mars 2022

Dans ce contexte, le *lean management*, défini comme un système visant une optimisation de la valeur perçue par une utilisation efficace des ressources (Womack et Jones, 1990), apparaît comme une réponse possible aux enjeux précités. Aussi, son opérationnalisation vise une suppression des différents types de gaspillage tels que définis par le fondateur de la méthode, soient le Muda (les tâches sans valeur ajoutée), le Mura (la variabilité) et le Muri (les excès, la surcharge éprouvant les professionnels) (Ohno, 1988). En considérant ces différents types de gaspillage, nous questionnons la capacité de l'approche à permettre une analyse collective du travail visant une limitation des tâches à non-valeur ajoutée au profit des activités à valeur ajoutée, telles que définies par les soignants. Nous posons la question de recherche suivante : comment le *lean healthcare* peut contribuer à la valeur ajoutée des activités soignantes et au temps soignant ?

## **I. LE LEAN HEALTHCARE, UNE ANALYSE DU TRAVAIL CENTREE SUR LA VALEUR AJOUTEE DES TACHES**

### **I.1 Le lean healthcare, une transposition de principes de gestion industriels au sein des hôpitaux**

La formalisation du lean a consisté en une transposition de la philosophie de gestion TPS hors du contexte de Toyota. La méthode s'est construite à partir de pratiques et outils importés du TPS, mais également de théories du management de la qualité (Hohmann, 2012 ; Liker, 2008). Après l'observation de résultats positifs obtenus dans divers secteurs, le *lean management* a investi le secteur de la santé en devenant le *lean healthcare*. Ce dernier peut être défini comme une méthode de réaménagement des processus (Foropon & Landry, 2014) centré sur la valeur perçue et peut s'inscrire comme une réponse gestionnaire à la volonté de maîtriser les ressources tout en limitant les gaspillages, considérés ici dans leur globalité.

### **I.2. La valeur ajoutée des activités des soignants, quelle perception ?**

La conceptualisation du *lean* s'est construite autour d'une identification des étapes visant le perfectionnement de la chaîne de valeur (Womack et Jones, 1990) :

1. Définir la valeur
2. Identifier la chaîne de valeur
3. Favoriser l'écoulement des flux en réduisant toutes les opérations sans valeur ajoutée
4. Tirer les flux en ne produisant des biens ou services qu'à la demande
5. Viser la perfection

L'évolution des modes de financement des soins conduisant à des objectifs de productivité des activités et de limitation des durées moyennes de séjour ont conduit à une réduction du temps du soin (Barrier *et al.*, 2015 ; Dumond, 2021). Aussi, les tâches administratives se sont multipliées au détriment du temps passé auprès des patients, apparaissant pourtant comme une source de valeur des activités et un enjeu majeur d'attractivité et de fidélisation des professionnels. Un récent rapport du Sénat sur le thème : "La situation de l'hôpital et le système de santé en France"<sup>3</sup> pointe l'impératif de redonner du temps soignant au regard de la perte d'attractivité des professions de santé mais également la pénurie des ressources et des compétences imposant une meilleure utilisation. Si la valeur est définie par le client (Womack & Jones, 1990), il apparaît intéressant de considérer le point de vue des professionnels soumis à des conditions d'épuisement et de perte de sens dans leur travail.

## **II. UN QUESTIONNEMENT SOUMIS A DES INVESTIGATIONS EMPIRIQUES**

Le terrain qui porte notre recherche est un groupe hospitalier comptant plus de 300 médecins et près de 2250 salariés. Le groupe est organisé en pôles de compétences, chacun dédié à une ou plusieurs

---

<sup>3</sup> Rapport de la commission d'enquête du Sénat - n° 587 (2021-2022), tome I, déposé le 29 mars 2022

spécialités médicales. La direction défend un positionnement stratégique marqué par un management axé sur la valeur (rapport annuel 2020). Depuis 2019 et à la suite du recrutement d'un directeur administratif fortement ancré dans une approche d'amélioration continue, la direction a développé une approche *lean*.

Notre recherche vise à identifier les modalités d'analyse du travail autour de la notion de valeur lors de la mise en œuvre du *lean healthcare*. Cette dernière se déroule lors d'un chantier Kaizen mené au sein d'un service de gériatrie confronté à un fort taux d'absentéisme et un épuisement des professionnels. Nous adoptons une approche qualitative (Yin, 2013) et mobilisons une triangulation des sources de données associant des entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs impliqués dans le déploiement *lean* (cf. tableau 1), des périodes d'observation documentées au sein d'un journal de bord et une analyse documentaire traçant ce déploiement. Les entretiens retranscrits sont ensuite soumis à un codage multithématique.

Tableau 1. Entretiens menés

Fonction	Durée entretien (en minutes)
Directeur administratif	87 mn
Responsable équipe amélioration continue	74 mn
Expert <i>lean</i>	68 mn
Cadre soignant	37 mn
Infirmier 1	66 mn
Infirmier 2	48 mn
Infirmier 3	51 mn
Infirmier 4	38 mn
Directeur des soins	35 mn
Coordinateur de processus	55 mn
Médecin, Directeur médical	54 mn

Les guides d'entretien sont construits à partir des fondements conceptuels de la recherche et ont été adaptés aux personnes interviewées, notamment leur participation à l'analyse du travail et à la réflexion sur la notion de valeur.

### III. DES RESULTATS METTANT EN LUMIERE UNE ANALYSE PARTAGEE DU TRAVAIL POUR DES CHANGEMENTS COMMUNS

Nous explorons l'exemple d'un projet d'amélioration mené en gériatrie aigüe sur une période de sept jours. La direction, alertée, par un épuisement des professionnels, demande au directeur administratif et l'équipe d'amélioration continue d'intervenir.

#### La préparation du chantier Kaizen

Les documents issus du *reporting* du projet permettent de tracer la phase préparatoire du chantier Kaizen. Dans un premier temps, une équipe projet composée de membres de l'équipe d'amélioration continue (2 experts *lean*), du manager de proximité du service, de 4 professionnels de l'équipe soignante et d'un médecin du service est constituée par le responsable de l'équipe d'amélioration continue, pilote du projet.

Un état des lieux est réalisé lors d'une première réunion de travail avec les professionnels du service révélant :

- L'observation d'un service en souffrance ;
- Une dérive dans les tâches demandées aux soignants ;
- Une définition des rôles et des responsabilités imprécise ;
- Un stress permanent ressenti par les équipes dans l'accomplissement des tâches dû à une organisation peu optimisée ;
- Une charge de travail très importante pour l'ensemble du personnel ;
- Un manque de temps des responsables et du personnel de soin pour participer à des projets et l'amélioration continue ;
- Un manque temps pour les patients.

Une fois l'état des lieux réalisé, l'équipe définit ce qui fait la valeur de leur travail : « s'occuper du patient », « être auprès des patients », « prendre soin des patients ».

Un indicateur visant à refléter cette valeur est construit. Il vise à mesurer le temps passé auprès du patient, synonyme de valeur ajoutée de l'activité soignante. L'indicateur est décliné de deux façons :

- Face Time Patient (en pourcentage) correspondant au taux de la période de travail qu'un soignant passe en face à face avec les patients sur un poste de travail d'une durée de 8 heures ;
- Face Time Patient (en minutes) correspondant à la durée qu'un patient passe en face à face avec un soignant sur une période de 24h.

### **La capture des données**

L'étape de capture des données se déroule sur le terrain, dans le service de gériatrie, durant une période de cinq jours. Les membres de l'amélioration continue suivent les professionnels au plus près de leurs activités de jour comme de nuit. Cette présence est acceptée par les professionnels en situation de souffrance, « nous on est content qu'on s'intéresse à nos problèmes, qu'on vienne voir ce qui se passe sur le terrain, nos difficultés » (infirmier). Cette période permet d'évaluer la situation initiale à partir d'indicateurs tels que face time patient estimé à 36mn/patient : au cours d'une journée, un patient passe 36 minutes en face à face avec un soignant. L'objectif, défini collectivement par l'équipe projet, est de porter cet indicateur à 60 mn/patient. D'autres indicateurs sont relevés tels que le temps passé auprès des patients, les distances parcourues par les professionnels, le nombre d'appels téléphoniques reçus, le nombre d'interruptions de tâches, etc.

### **L'analyse des données et le mapping de l'organisation actuelle**

Une fois ces données capturées, un important travail d'analyse est réalisé par les experts de l'équipe d'amélioration continue. Cette analyse révèle une forte variabilité du travail, ainsi que de nombreuses interruptions de tâches liées, entre autres, à la réception d'appels téléphoniques. Cette étape permet également de catégoriser les tâches réalisées par les professionnels et de distinguer les tâches à valeur ajoutée, contribuant à la prise en charge du patient, et celles à non-valeur ajoutée.

L'équipe d'experts présente les tâches afin de les caractériser. Cela provoque de vifs échanges avant d'aboutir au consensus comme en témoigne le récit de l'expert *lean* :

*« Et lorsqu'ils mettent des produits en stock, est ce que c'est une tâche soignante ou ce que c'est une tâche non soignante ? Alors qu'ils doivent plier les cartons. Et on s'est posé toutes ces questions en fait, mais vraiment tâche par tâche très très détaillée. Et il fallait aller vraiment dans un niveau de détail qui était très très très bas pour pouvoir justement identifier toutes ces petites actions. Et il y en a des multiples » (expert lean)*

Au terme du travail d'analyse, les résultats sont restitués à l'équipe projet par les experts de l'équipe d'amélioration continue, mais également à la direction de l'établissement. L'objectif est de faciliter la lecture de la situation actuelle, autant pour la direction, que pour les professionnels soignants. Une

cartographie de la situation actuelle est réalisée présentant la succession des activités et des tâches réalisées au sein du service. L'analyse de l'existant révèle de nombreux facteurs de stress correspondant, entre autres, à des interruptions répétées de tâches et des tâches pouvant être réalisés par d'autres professionnels.

### **La définition de l'organisation future**

La situation future souhaitée est ensuite formalisée, les membres de l'équipe d'amélioration continue s'effacent pour donner la parole aux professionnels de terrain.

Afin de limiter les tâches à valeur ajoutée et lutter contre les pics d'activité sources de surcharge de travail, de stress et d'épuisement, laissant peu de temps pour chaque patient, des mesures visant un lissage des activités sont proposées telles que :

- La répartition des tâches entre infirmier référent et infirmier dit « Springer » en soutien pour les tâches annexes aux soins ;
- Le changement de structure des transmissions ;
- Le déplacement des visites des médecins ;
- Le changement des horaires de repas des patients ;
- Le décalage des pauses ;
- Le respect des rythmes de sommeil des patients.

Ces mesures sont décidées collectivement par l'équipe projet puis soumises à la direction pour validation. Leurs mises en œuvre, pilotées par l'équipe d'amélioration continue, impliquent un soutien de la direction :

*« la direction nous a beaucoup aidés pour mettre en place les changements, elle a dû énormément communiquer, surtout auprès des médecins. Certains d'entre eux n'ont pas tout de suite accepté »* (responsable amélioration continue).

### **Le bilan du chantier Kaizen**

L'impact de ces mesures d'évaluation a été évalué 30 jours après leur mise en application. Une augmentation du Face time patient de +24% (ou 13 minutes par patient) est observée.

Au-delà des résultats observés, l'équipe d'amélioration continue s'est révélée un facilitateur de la méthode, elle se présente en tant que soutien de la réflexion « on est là pour aider les équipes, on assure un soutien dans la démarche » (expert *lean*). Son positionnement transversal lui permet également de dépasser le cloisonnement des activités et de faire le lien entre les différents services pour accompagner la transversalité des améliorations décidées et anticiper leur impact.

## **IV. DISCUSSION : APPORTS ET LIMITES DE LA RECHERCHE**

La recherche menée révèle la contribution de l'approche *lean* à l'analyse du travail réel par les acteurs de terrain. La méthodologie associée permet une description détaillée et une quantification des tâches réalisées. L'analyse requiert ensuite le consensus pour évaluer la valeur du travail et mettre en lumière les tâches considérées comme à non-valeur ajoutée. Elle conduit à une objectivation partagée de la valeur des tâches et permet de questionner les pratiques, l'organisation du travail et les rôles de chacun. Il est alors possible de limiter les activités à non-valeur ajoutée au profit de la valeur ajoutée et du temps soignant par une redistribution des rôles en fonction des compétences requises. Il est alors possible de proposer des recommandations et modèles organisationnels qui libèrent du temps de soins, s'adaptent aux contraintes l'établissement et optimisent ces fonctions essentielles.

Aussi, malgré les apports de la recherche présentée, il convient d'en préciser ses limites liées principalement à la méthodologie, une étude de cas. En effet, le caractère unique de l'étude limite la portée des résultats. Il serait ainsi intéressant de répliquer cette étude.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ballé, M., & Beauvallet, G. (2013). *Le management lean*. Paris: Pearson Education France.
- Ballé, M., Jones, D., Chaize, J., & Fiume, O. (2018). *La stratégie Lean: Créer un avantage compétitif, libérer l'innovation, assurer une croissance durable en développant les personnes*. Editions Eyrolles.
- Barrier, J., Georges-Tarragano, C., Saccoman, B., Pierru, F. & Astre, H. (2015). *Le temps, une dimension indispensable du soin*. Dans : Claire Georges-Tarragano éd., *Soigner (l')humain: Manifeste pour un juste soin au juste coût* (pp. 95-110). Rennes: Presses de l'EHESP. <https://rbu.univ-reims.fr:2088/10.3917/ehesp.georg.2015.01.0095>
- Dumond, J.-P. (2021). *La grande transformation hospitalière*. Millau: Seli Arslan.
- Foropon, C., & Landry, S. (2014). *Le déploiement du Lean à l'hôpital Saint-Boniface : L'importance du leadership transformationnel*. *Gestion*, 39(3), 107-115
- Hohmann, C. (2012). *Lean Management: Outils, méthodes, retours d'expériences, questions/réponses*. Editions Eyrolles.
- Landry, S., & Beaulieu, M. (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien: réflexions, observations et récits d'organisations*. JFD Éditions.
- Larman, C., & Vodde, B. (2009). *Lean primer. version, 1, 1-46*.
- Liker, J. K. (2008). *Le modèle Toyota: 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Pearson Education France.
- Liker, J. K., & Ross, K. (2016). *The Toyota way to service excellence: Lean transformation in service organizations: Lean transformation in service organizations*. McGraw Hill Professional.
- Michot, F., Launois, B., Bertrand, D., Bringer, J., Degos, L., Olie, J. P., & Thuillez, C. (2019). *Rapport 19-02. L'hôpital public en crise : origines et propositions*. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(3-4), 109-121.
- Ohno, T. (1988). *Toyota production system : Beyond large-scale production*. Boca Raton : CRC Press.
- Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). *La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?*. *Journal d'Economie Médicale*, 26(6), 371-385.
- Porter, M. E., (1985), *Competitive advantage : creating and sustaining superior performance*, Free Press.
- Riet, Z. (2023). *Relever le défi de l'attractivité pour l'hôpital public*. *Les Tribunes de la santé*, (2), 77-84.
- Womack, J., & Jones, D. (1990). *Système Lean : Penser l'entreprise au plus juste*. Paris : Pearson
- Yin, R. K. (2013). *Validity and generalization in future case study evaluations*. *Evaluation*, 19(3), 321-332