

dossier

Innovations

Nous avons voulu aborder ce numéro sur l'innovation au sein du monde hospitalier avec un regard un peu décentré et décalé, en partant du constat communément ressenti, mais qui ne cesse d'interroger, d'une dichotomie relativement répandue dans nos établissements entre, d'un côté, une technophilie avide d'innovations « high-tech » et de prouesses médicales, de l'autre un environnement hospitalier souvent rétif au risque, plutôt traditionnel au niveau managérial et encore marqué par un cadre réglementaire rigide et de forts corporatismes.

La culture hospitalière est ainsi faite que l'innovation, prise au niveau clinique, s'y diffuse beaucoup plus lentement lorsqu'elle interroge les organisations ou les processus, qu'ils concernent les achats, les enjeux architecturaux et d'hospitalité ou plus encore les ressources humaines et les collectifs professionnels, tout autant que les liens et partenariats pourtant nécessaires à tisser avec des acteurs extérieurs – industriels, patients ou aidants –, encore trop souvent vus comme des intrus dans un monde de jeux de rôles codifiés.

En guise d'introduction, alors que la période pandémique a déjà naturellement bousculé l'hôpital, nous avons souhaité interroger plus encore et sur le moyen terme nos organisations traditionnelles, nos schémas établis et nos référentiels rassurants, à partir notamment de quelques questions simples, gentiment provocantes, mais révélatrices des contradictions et limites de notre système : pourquoi par exemple l'hôpital public n'a-t-il

pas été capable d'inventer et de diffuser un modèle comme Doctolib ? Pourquoi les innovations managériales hospitalières ou les enjeux de partenariats patients viennent-ils toujours du Canada ou d'Europe du Nord ? Pourquoi la diffusion des innovations est-elle si lente et si compliquée dans nos établissements où, de surcroît, le mimétisme règne en maître ? Quels sont les freins culturels, anthropologiques, financiers et réglementaires en France qui handicapent les expérimentations et les « hôpitaux libérés » que l'on peut davantage observer ailleurs ? Pourquoi le monde hospitalier est-il considéré par de nombreux industriels et de start-up comme trop complexe et trop hermétique à aborder ?

Sans naïveté, sans dogmatisme et sans masochisme excessifs, nous avons voulu donner la parole à des industriels, à des hospitaliers qui ont fait un pas de côté par rapport aux normes et cadres traditionnels du système français, à des universitaires d'ici et de là-bas, à des designers hospitaliers qui interrogent, expérimentent, comparent et veulent faire bouger les conservatismes et les rigidités qui entravent encore trop souvent nos hôpitaux, où les enjeux d'adaptabilité et de réactivité doivent pourtant être plus que jamais au rendez-vous, tout en offrant un cadre bienveillant et empathique, tant pour les professionnels y travaillant que pour les patients et leurs proches venant y trouver soins et hospitalité. ●

Aurélien DELAS

Directeur de la politique médicale, de la recherche et des partenariats, GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

MOTS CLÉS

Innovation
Slack organisationnel
Relation curvilinéaire
Innovation frugale
Catégorisation



dossier

RÉFLEXION

Innovation : une difficile et complexe définition

Étudier les innovations dans les organisations, notamment sur la base de données secondaires, conduit à faire référence à une définition « subjective » de l'innovation. L'innovation est ainsi définie comme étant l'adoption d'un changement perçu comme nouveau pour une organisation et un environnement donné. Le terme « nouveau » peut être considéré à la lumière de Schumpeter⁽¹⁾ comme toute façon différente de faire les choses. L'idée de départ peut être une combinaison d'idées anciennes, un schéma qui remet en cause l'ordre présent, une formule ou une approche perçues comme complètement nouvelles par les individus impliqués. Le Minnesota Innovation Research Program⁽²⁾ définit le processus d'innovation comme le développement et la mise en œuvre d'idées nouvelles par des individus qui engagent des transactions dans un contexte institutionnel donné. Cette définition est suffisamment large pour s'appliquer à des innovations portant à la fois sur des produits ou des services, des procédés de production, des méthodes de gestion ou encore des structures organisationnelles. Que ce soit dans la société en général ou, ce qui nous intéresse ici, à l'hôpital...

Toujours selon Schumpeter, père de la notion de destruction créatrice – idée selon laquelle la disparition de secteurs d'activité est concomitante à l'émergence de nouvelles activités –, le processus d'innovation est lié à celui du changement, pas à celui de l'invention. Mais si l'innovation implique toujours le changement, tout changement – en tant qu'il n'est pas toujours perçu comme nouveau par l'organisation – n'est pas une innovation. D'autre part, l'innovation peut être générée en interne ou fournie par une organisation extérieure. L'introduction du système de prise de rendez-vous de Doctolib à l'hôpital en est une illustration.

Laurent BOURGEON
Professeur de stratégie
et management
Essec

Dans les recherches sur l'innovation, de nombreux auteurs ont tenté de catégoriser les formes que pouvait prendre celle-ci, en distinguant innovation organisationnelle et innovation technologique, innovation « produit » et innovation « process », ou encore innovation incrémentale et innovation radicale. Mais ces approches dichotomiques sont largement critiquables car les oppositions créées ne sont bien souvent qu'apparentes. Ainsi, la distinction entre système technique et système social (innovation organisationnelle ou managériale) est souvent arbitraire, le lancement d'un nouveau produit entraînant fréquemment de nouveaux processus de production. Il en va de même de l'opposition innovation radicale/innovation incrémentale, au sein de laquelle vient s'immiscer l'innovation architecturale de produits ou de services, consistant à recomposer les liens entre des éléments existants.

De la difficile catégorisation de l'innovation et du processus qui l'a créée

Au printemps 2020, alors que l'Europe est touchée par ce que l'on appellera, par la suite, la première vague Covid-19, une innovation défraye la chronique : l'adaptation par des médecins italiens du

masque de *snorkeling* EasyBreath, de Decathlon⁽³⁾. Les analyses produites sur cette innovation démontrent la difficile catégorisation de celle-ci. Certains y ont trouvé un très bon exemple d'innovation frugale, consistant à « bricoler » à partir d'inputs existants une solution *lowtech* à moindre coût ; d'autres y ont vu une excellente illustration de ce que peut produire l'innovation ouverte, impliquant des échanges de connaissances et faisant participer des acteurs issus de différents secteurs aux compétences complémentaires ; d'autres encore la manifestation du rôle clé joué par les « utilisateurs pionniers » (ou « innovation ascendante ») qui, par leur inventivité et leur créativité, engagés dans une démarche de travail collaborative

NOTES

(1) J.A. Schumpeter, *Business cycles*, Porcupine Press [1939], 1989.

(2) A.H. Van de Ven, H.L. Angle, M.S. Poole, *Minnesota Innovation Research Program*, Research on the Management of Innovation, The University of Minnesota, 1989.

(3) <https://youtu.be/w4Csqdxkrfw>

(4) J. Birkinshaw, G. Hamel, M.J. Mo, "Management Innovation", *Academy of Management Review*, 2008, 23(4), 825-845.

échappant à l'entreprise, vont repenser l'usage du produit en l'adaptant, et produire ainsi ce que cette dernière n'a pas été capable de faire ou même d'envisager.

On voit bien au travers de cet exemple que les efforts de catégorisation, s'ils sont louables et séduisants pour un esprit cartésien, opèrent souvent une simplification discutable et sont complexes à manipuler et à opérationnaliser. Il est en effet bien rare qu'une innovation telle que l'exemple qui vient d'être pris « coche toutes les cases » de sa définition théorique. Ainsi, le masque EasyBreath précité ne pourrait être totalement considéré comme une innovation frugale car il ne répond pas au critère de viabilité économique, sans doute compensé, dans le contexte d'urgence sanitaire, par une très forte utilité sociale.

Néanmoins, certaines de ces catégories méritent d'être présentées **de façon tant elles apparaissent communes ???**.

» La première distinction communément mobilisée est celle opposant innovations technologiques et innovations organisationnelles. Les premières sont comprises comme des innovations faisant intervenir des transformations dans les technologies matérielles de l'organisation. Elles peuvent être liées à la façon dont les individus travaillent et interagissent, par exemple le déploiement d'un nouvel outil informatique, ou à de nouvelles activités, par exemple le développement de la médecine nucléaire. Les innovations organisationnelles, elles, se rapportent aux changements dans la structure, les règles ou les procédures de gestion : une nouvelle procédure



ENCADRÉ

Innovation disruptive

Des innovations de business models

« **S**e faire disrupter » : cette expression mobilisant le concept d'innovation disruptive est souvent employée à mauvais escient. L'innovation disruptive consiste à proposer une offre simplifiée à moindre coût et à moindre prix sur un marché, souvent mature, où les principaux acteurs poursuivent une logique d'amélioration continue de leur offre, appelée sophistication, pour des clients perçus comme étant de plus en plus exigeants, **s'interdisant ainsi d'adresser les non-clients de leur offre respective??**. Ces non-clients des offres actuelles sont peu enclins à payer ce qu'ils perçoivent comme un surprix pour des caractéristiques qu'ils ne recherchent pas. Il y a innovation disruptive quand un nouvel acteur capte, au travers de l'offre qu'il propose, à la fois une partie des clients qui recherchent une offre à moindre prix et les non-clients des offres actuelles. Cet acteur élimine la sophistication génératrice de surcoût et propose une offre focalisée sur les quelques caractéristiques comptant vraiment à la fois pour les clients et les non-clients. En simplifiant ou réduisant certains attributs de son offre (produit ou service), ce nouvel acteur réduit ses coûts sans bénéficier dans un premier temps des effets liés au volume. Ensuite, le disrupteur, bénéficiant d'une structure de coûts allégée par rapport à celle de ses concurrents installés, va chercher à améliorer progressivement son offre pour conquérir de nouveaux clients, plus exigeants, et gagner ainsi des parts de marché sur les acteurs en place. Il bénéficiera ensuite des effets cumulatifs

de réduction de coûts liée au volume. L'exemple cité par Christensen et ses coauteurs pour illustrer cette notion d'innovation disruptive est celui de la compagnie aérienne Easyjet*.

Dans leur ouvrage *Stratégie Océan bleu*** , Chan Kim et Renée Mauborgne invitent le lecteur stratège à reconsidérer les frontières actuelles de la concurrence, à sortir des « océans rouges » – espaces concurrentiels connus dans lesquels les acteurs se livrent une concurrence sanglante et à nous intéresser aux espaces de marché encore vierges, les océans bleus. L'océan rouge correspond à l'espace de marché connu, où les frontières de l'activité sont connues et acceptées par tous, clients, fournisseurs, prescripteurs... tout comme les règles de la concurrence. Dans ce type de contexte concurrentiel, les entreprises tentent de dépasser leurs rivaux en proposant aux clients un surcroît de valeur ou en baissant leurs prix, parfois les deux à la fois. Dans ce contexte, il leur est difficile de dégager des marges et donc des profits.

Au contraire, l'océan bleu est constitué par les activités qui n'existent pas encore. C'est un marché encore inconnu et non couvert par la concurrence. La demande latente y est essentiellement constituée par les non-clients des offres actuelles. Ce sont ces non-clients qui vont constituer le gisement de croissance pour les entreprises qui s'intéressent à ce marché.

* C. Christensen *et al.*, « Innovation disruptive », *Harvard Business Review*, Dec. 2016-Jan. 2017, 28-38.

** C. Kim, R. Mauborgne, *Stratégie Océan bleu. Comment créer de nouveaux espaces stratégiques*, Éditions Village Mondial, 2005.

de recrutement, un partenariat entre plusieurs hôpitaux ou un nouveau système de management. On parlerait ici aujourd'hui d'« innovations managériales », définies par Birkenshaw, Hamel et Mol comme « ce qui modifie substantiellement la façon dont les tâches de management sont réalisées et la structure traditionnelle de l'organisation pour lui permettre d'atteindre ses objectifs plus efficacement⁽⁴⁾ ».

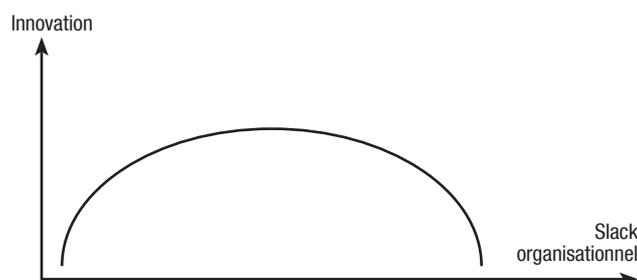
» Le caractère incrémental ou radical de l'innovation capte, quant à lui, le degré de changement introduit par chaque innovation au sein des pratiques de l'organisation. L'innovation radicale, à ne pas confondre avec l'innovation disruptive (*encadré page précédente*), produit des transformations fondamentales dans les pratiques ou les produits de l'organisation. L'innovation incrémentale s'écarte peu des pratiques en vigueur ou des produits déjà offerts.

» Une troisième distinction oppose les innovations en termes de produit de celles en termes de processus. Les innovations de processus sont les nouveaux éléments introduits dans les opérations de production des produits ou des services. Les innovations produits recouvrent quant à elles tout nouveau produit ou service mis sur le marché par l'organisation. Une innovation produit se traduit donc par la mise sur le marché d'une offre qui n'existait pas.

À l'heure où la question des ressources de l'hôpital est au cœur de tous les débats, il est intéressant de noter qu'un pan entier de la littérature a tenté d'établir un lien entre les ressources dont dispose l'organisation et sa capacité d'innovation ou le type d'innovations privilégiées⁽⁵⁾. En effet, on sait que pour un niveau d'activité donné, les organisations sont plus ou moins « riches ». Ce constat a été théorisé et cette richesse relative correspond à ce que certains auteurs nomment le « *slack organisationnel* », qui peut être défini comme l'excès de ressources, le « coussin de confort » dont bénéficie l'organisation pour amortir des chocs externes, pour prendre des risques, expérimenter et finalement innover. Le *slack organisationnel* se compose du *slack non absorbé*, autrement dit les ressources financières dont dispose l'organisation, et du *slack absorbé*, qui renvoie aux ressources humaines et matérielles « en excès ».

Au cours des années 1980-1990, la recherche académique en management de l'innovation va chercher à établir des relations entre cette notion de *slack organisationnel* et la capacité d'innovation des organisations, entre le niveau de *slack* caractérisant les organisations et le type d'innovations qu'elles produisent, et même entre le type de *slack* dont elles disposent (*slack absorbé vs slack non absorbé*) et le type d'innovations. Ainsi, pour Kanter ou Damanpour⁽⁶⁾, on observe plutôt des innovations technologiques dans les organisations disposant de ressources abondantes, plutôt des innovations organisationnelles dans celles où les ressources sont rares. D'autre part, parce que le *slack* autorise aux organisations qui en sont dotées des comportements risqués⁽⁷⁾, on peut donc s'attendre à ce que les organisations les mieux dotées en *slack* mettent en œuvre des innovations radicales tandis que celles qui le sont moins mettent plutôt en œuvre des innovations incrémentales.

» FIGURE La relation curvilinéaire inversée slack/innovation selon Nohria et Gulati⁽⁹⁾



Mais le point d'orgue de ces recherches est sans doute atteint par Nohria et Gulati⁽⁸⁾ qui mettent en évidence une relation curvilinéaire inversée entre *slack* et innovation (*figure ci-dessus*). En autorisant les expérimentations, le *slack* a un effet positif sur l'innovation, jusqu'à un point d'inflexion. Au-delà de ce point d'inflexion, et en l'absence de contrôle sur les expérimentations réalisées, il a un effet négatif sur l'innovation. La profusion de ressources engendre un manque de contrôle et de sélection qui pousse l'organisation à poursuivre des projets de R&D qui ne déboucheront jamais. Autrement dit, sans ressources en excès, pas d'innovation possible (par absence de moyens), mais quand les ressources sont trop abondantes, les organisations ont tendance à les gâcher en se dispersant faute de pression sur les moyens. C'est le sens de cette relation curvilinéaire inversée.

Plus récemment, quelques recherches sont revenues sur les résultats de ces études des années 1980-1990, mais fort est de constater que leur fréquence s'est ralentie, un peu comme si les plans d'économies successifs qui ont touché les organisations dans nombre de secteurs d'activité avaient fait disparaître le *slack*, tout à la fois en tant que ressource « en excès » dans les organisations et en tant qu'objet d'étude. Pour quelles conséquences sur la capacité d'innovation des organisations? ●

NOTES

- (5) L. Bourgeon, B. Demil, "Organizational Slack and Innovations: Some Evidence from the French Hospital Sector", in "Proceedings of the 17th ANZAM Conference. Surfing the Waves: Management Challenges-Management Solutions", Australian and New Zealand Academy of Management (ANZAM), 2003.
- (6) R.M. Kanter, "When a thousand flowers bloom: structural, collective, and social conditions for innovation in organization", in B.M. Staw, L.L. Cummings, *The evolution and adaptation of organizations*, JAI Press, 1990, 277-319.
- F. Damanpour, "Organizational innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators", *Academy of Management Journal*, 1991, 34(3), 555-590.
- (7) J.V. Singh, "Performance, Slack, and Risk Taking in Organizational Decision Making", *Academy of Management Journal*, 1986, 29(3), 562-585.
- (8) N. Nohria, R. Gulati, "Is slack good or bad for innovation?", *Academy of Management Journal*, 1996, 39(5), 1245-1264..

MOTS CLÉS

Innovation centrée sur l'humain
Transformation durable
Lean management
Design thinking
Management
Approche agile
Valeur ajoutée réelle

dossier**ANALYSE**

L'innovation centrée sur l'humain

S'engager dans une transformation durable

Qui ne s'est pas posé la question : pourquoi l'hôpital n'a-t-il pas inventé Doctolib ? Le concept est pourtant simple, le besoin clair, les moyens de mise en œuvre pas si complexes et l'hôpital a tous les ingrédients en main, non ? Eh bien non, pas vraiment. Car pour qu'une innovation réussisse, soit adoptée et fleurisse, il ne suffit pas d'avoir une idée, ni même un budget fléché, une solution technologique ou une équipe recherche et développement. Le petit plus pour réussir, c'est l'innovation centrée sur l'humain, un ensemble d'approches participatives pour trouver, changer et durer. Explications.

Pour innover et trouver des solutions durables et efficaces aux problèmes du quotidien qui irritent patients et professionnels, telle la prise de rendez-vous, la littérature ⁽¹⁾ démontre qu'il faut réunir plusieurs ingrédients :

» **se centrer sur l'humain.** Pour qu'une innovation soit adoptée dans la durée, elle doit être intimement liée aux usagers (les utilisateurs finaux : professionnels de première ligne, patients, proches...) et à leurs expériences, leurs vécus ;

» **ne pas chercher uniquement la disruption et l'invention :** l'innovation, c'est aussi plus simplement construire des solutions nouvelles à des problèmes du quotidien ;

» **créer un nouveau cadre managérial** qui offre un terrain favorable à la prise d'initiatives et à l'émergence d'idées nouvelles. C'est là que l'innovation centrée sur l'humain rencontre les enjeux de transformation culturelle et managériale : elle requiert une approche

résolument participative, basée sur la confiance, flexible et itérative, où l'on teste, essaie, échoue et recommence sans se décourager.

C'est tout le postulat de l'innovation centrée sur l'humain : un ensemble d'approches qui trouvent progressivement leur place. Nous en proposons ici un panorama dans l'univers de la santé et du médico-social, en France et ailleurs, nous concentrant sur les postures et les leviers qui permettent de s'engager dans une transformation durable.

La santé de demain

L'exigence de participation des patients, un mouvement global

Des collectifs ⁽²⁾ de patients et d'aidants, épaulés par des professionnels, se constituent partout dans le monde pour challenger les acteurs en santé traditionnels et les inciter à prendre en compte leur expérience et à concevoir des services qui répondent mieux à leurs besoins. Que ce soit à travers la montée en puissance de la santé dite « comportementale » ou le développement de la pair-aidance, l'avenir de la santé se trouve entre les mains des patients et des usagers, comme le dit Eric Topol, dont la prédiction se concrétise chaque jour davantage ⁽³⁾.

Lise BURGADE

Experte en stratégie d'innovation et de transformation par le design dans le secteur santé social, directrice d'Open Communities

Emmanuelle GARNIER

Directrice d'hôpital
CHU de Montpellier - En mastère Innovation by design à l'ENSCI

Inès GRAVEY

Directrice d'hôpital Intrapreneuse
HAD AP-HP - Lauréate de la bourse Harkness du Commonwealth Fund

Emilie LEBÉE-THOMAS

Directrice d'hôpital
Responsable des programmes internationaux de Dialog Health, auteure spécialisée freelance

Laetitia ROBILLARD

Conseillère principale en gestion de changement et développement organisationnel
Polytechnique Montréal
Coach et facilitatrice professionnelle

L'épuisement des soignants, une crise internationale

Dans le monde entier, au cœur de la crise sanitaire liée au Covid-19, des soignants quittent les hôpitaux en nombre, fatigués et décus, évoquant des pressions à l'activité, un manque d'humanité, une perte de sens, un souhait d'autonomie et une crise de confiance. Avec les nouvelles générations de professionnels et comme dans d'autres secteurs, arrive une profonde remise en question des modèles organisationnels traditionnels.

L'espoir d'un « monde d'après »

La crise sanitaire liée au Covid-19, sans précédent, a permis, temporairement, un renversement des modes de décision au plus proche du terrain. Malgré la difficulté de cette crise, les professionnels du secteur de la santé expriment la satisfaction qu'ils ont ressentie à faire partie d'un collectif soudé, à imaginer ensemble des solutions et à les voir se mettre en place rapidement. Pourtant, cet espoir d'aboutir à un « ordre nouveau » se heurte aux modèles et réflexes bien ancrés, la déception accroissant la lassitude des acteurs de terrain.

Une opportunité unique de changer de progiciel

Les termes « volatilité, incertitude, complexité et ambiguïté » (le fameux acronyme Vica) caractérisent désormais notre environnement, faisant appel à un profond renouvellement des modèles de leadership et des paradigmes guidant l'action. Après des années passées à se concentrer sur l'amélioration de la qualité, puis à rechercher la performance, il est aujourd'hui temps d'investir dans l'expérience.

L'innovation centrée sur l'humain - Définition

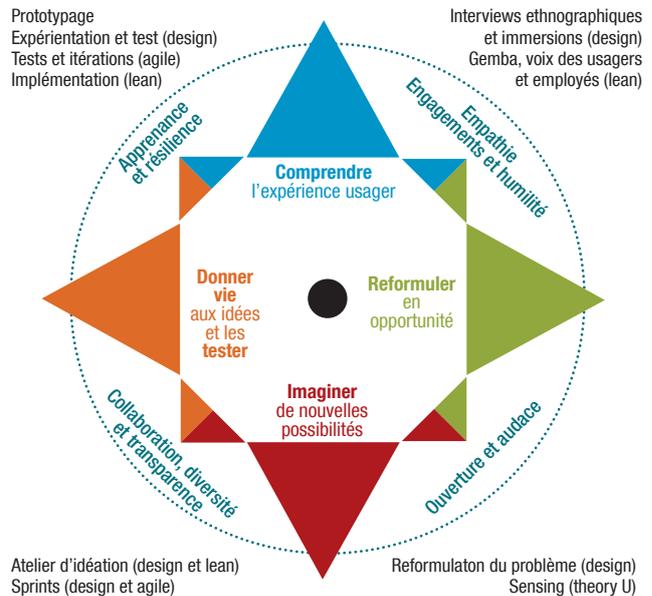
Cette forme d'innovation met l'humain au centre du jeu, au-delà du slogan : un parti pris outillé méthodologiquement dans le cadre de ces différentes approches.

L'innovation centrée sur l'humain peut concerner des organisations, des technologies, des pratiques d'accompagnement, qui toutes requièrent des changements de comportements, de postures, pour être adoptés dans la durée. L'adhésion au changement, parce que celui-ci est co-construit, est au cœur de l'innovation centrée sur l'humain. Elle peut, dans cette perspective, accompagner la transformation durable de l'hôpital et du secteur médico-social, en lui donnant un sens, c'est-à-dire à la fois une direction et une signification.

Postures et intentions

Un des éléments clés de l'innovation centrée sur l'humain repose sur la culture de l'organisation : celle-ci doit en constituer un cadre fertile. Une condition de succès des outils ou approches proposés dans les

FIGURE 1
Les quatre intentions cardinales de l'innovation centrée sur l'humain

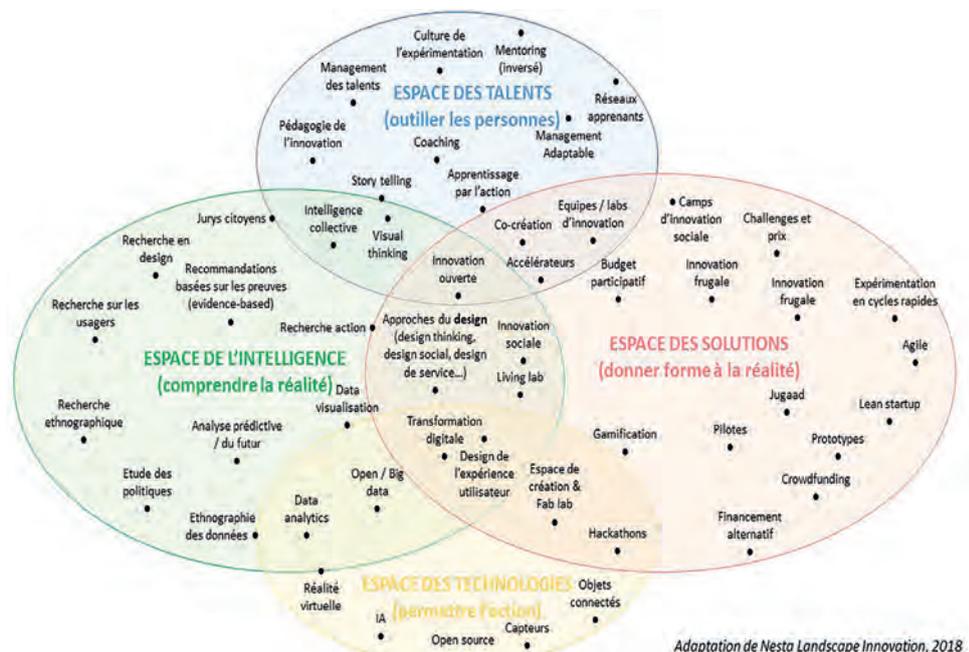


démarches d'innovation centrée sur l'humain est leur incarnation jusque dans les intentions et postures de ceux qui les portent. Utilisés comme une simple « boîte à outils », ils sont privés de leur portée transformatrice et ne produisent que des effets limités (4). Nous proposons ici une boussole indicative des quatre intentions cardinales de l'innovation centrée sur l'humain (figure 1).

NOTES

- (1) Ph. Lefebvre, *Innovation et administration : quelles avancées récentes ?*, Berger-Levrault, 2018.
- (2) Inspirés du modèle de Montréal sur le partenariat relationnel entre les patients et professionnels de la santé qui a fait l'objet de nombreuses publications (cf. notamment Marie-Pascale Pomey).
- (3) E.J. Topol, *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine Is in Your Hands*, Turabian, 2015.

FIGURE 2
La constellation des approches

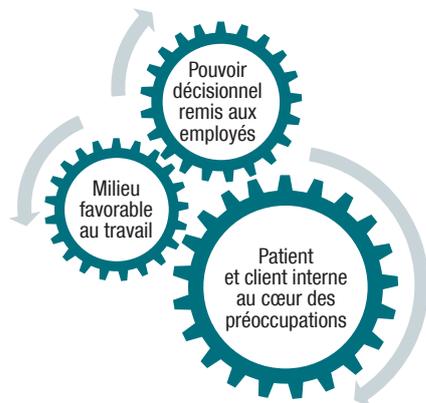


Adaptation de Nesta Landscape Innovation, 2018

FIGURE 3

Approche lean et amélioration continue

Impliquer tous les acteurs



Méthodes et outils

De nombreuses méthodes et approches composent l'univers de l'innovation centrée sur l'humain et peuvent de manière complémentaire constituer la palette d'un manager du secteur sanitaire ou médico-social (figure 2). Nous choisissons ici d'en donner quelques aperçus.

Le lean management et le lean Six Sigma

Quelles que soient les définitions du lean, un trait et objectif commun est l'amélioration continue des processus et des flux par une démarche structurée de résolution de problèmes. Cette approche

centrée sur les besoins des clients ou usagers sollicite la créativité de tous pour offrir soins et services de la façon la plus efficace possible. Tous les acteurs impliqués dans le processus sont responsables de l'amélioration continue (et pas uniquement les dirigeants ou gestionnaires). *Figure 3*. Les notions de valeurs ajoutées et de non-valeurs ajoutées y sont centrales. Une activité est dite « à valeur ajoutée réelle » lorsqu'elle ajoute de la valeur aux yeux de l'utilisateur (ou client), qu'elle est essentielle pour rendre le service ou qu'elle vient en soutien (condition de bon fonctionnement, de respect des exigences notamment du cadre légal). L'approche Six Sigma et lean management vise à réduire le temps « gaspillé » entre les actions à valeur ajoutée (à cause de la méthodologie trop complexe, du temps de traitement des demandes, les outils désuets, etc.).

L'innovation par les approches du design

En entendant parler de « design », la plupart d'entre nous pense d'abord aux objets, aux espaces ou à l'architecture tels que l'évoquent le design industriel et le design d'intérieur. Pourtant, depuis plusieurs décennies, le design a largement dépassé le champ des objets physiques pour s'appliquer au monde du service, gagnant ainsi nombre de secteurs, privés comme publics, jusqu'au champ des politiques publiques⁽⁵⁾. Ces démarches émergent désormais dans le secteur santé/social⁽⁶⁾. Le design thinking, version la plus accessible (et parfois dévoyée) du design, fait l'objet d'une attention croissante⁽⁷⁾. La méthode déployée est rigoureuse, pragmatique, collaborative, créative et itérative, souvent modélisée en cinq étapes, chacune étant potentiellement transformatrice de nos modèles managériaux et organisationnels (figure 4) :

» **empathie avec les usagers et les professionnels** : entretiens, immersion terrain et autres outils issus des sciences

NOTES

(4) Cf. par exemple Z. J. Radnor, M. Holweg, J. Waring, "Lean in healthcare: the unfilled promise?", *Soc Sci Med.* 2012 Feb;74(3):364-371. M. Graban, A. Prachand, "Hospitalists: lean leaders for hospitals", *J Hosp Med.*, 2010 Jul-Aug;5(6):317-9.

(5) Voir les travaux de la 27^e région concernant les collectivités et, dans la sphère de l'État, la boîte à outils de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) - <https://comment-faire.modernisation.gouv.fr>

(6) Sur le design en santé :
• *Dessin Desein*, podcast, épisode 14.
• *Sciences du design*, n°17 - www.cairn.info/revue-sciences-du-design-2017-2.htm
• www.ocula.it/files/OCULA-20-DELANOE-VIEUX-COIRIE-COUBARD-MILLLOT-FIGUEROLA-L-experience-du-patient-en-design.pdf
• www.dschooll.fr/linnovation-au-service-dune-maison-de-retraite

(7) T. Brown, B. Katz, *Change by design: how design thinking transforms organizations and inspires innovation*, Harper Business, 2009.

(8) manifesteagile.fr

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Hospitalents*

Le GHT Est Hérault Sud Aveyron (dont le CHU de Montpellier est l'établissement pivot) a souhaité accueillir la démarche Hospitalents qui vise à promouvoir un travail d'innovation collaborative avec des équipes hospitalières issues de tous horizons (soin, administratif, logistique...). Depuis la journée de lancement en mai 2019 sous forme de hackathon, le travail de quelques équipes convaincues poursuit son chemin. Dans l'accompagnement de ces équipes, des designers soutiennent et donnent l'impulsion sur différents temps forts avec l'appui de quelques convaincus en interne. Le constat, au regard des retours des équipes porteuses de projet, est que la démarche procure une énergie nouvelle pour les acteurs participants, une réelle joie de collaborer dans un nouveau cadre et de rencontrer des personnes issues d'autres univers. Leur engagement pour le projet en lui-même est porteur de

sens. Des idées puissantes sont toujours en gestation. Pourtant, nous devons avec clairvoyance identifier certaines limites : les organisations hospitalières ne sont pas pensées pour jouer un rôle d'accélérateur de ce type de projet, malgré un fort soutien institutionnel au plus haut niveau et un sponsorship important. Les projets d'intrapreneuriat se heurtent parfois aux cadres institutionnels dans leur avancement et perdent en agilité. La transgression est de temps en temps au rendez-vous pour contourner les obstacles. Il en ressort que la portée de transformation de ses projets s'en trouve sous-exploitée et qu'un épuisement des équipes pourrait survenir. Il nous faut donc chercher collectivement la façon dont les initiatives terrain pourraient grandir dans un environnement offrant des conditions plus favorables et susceptibles de promouvoir la création de valeur propre à ces projets.

* <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/article/hospitalents>

humaines... C'est la phase d'observation attentive de la situation pour capter l'expérience globale de l'utilisateur (y compris sa dimension émotionnelle), sans s'enfermer dans la définition *a priori* du problème. Puissant levier contre la déconnexion au terrain, elle permet aussi de repérer des « bricolages » révélateurs de l'intelligence des acteurs de terrain pour s'adapter aux contraintes, valorisés ensuite comme sources d'inspiration pour la conception de solutions;

» **définition de la problématique et du défi à relever**: étape stratégique où l'on « recadre » le problème sur la base des enseignements et révélations de la phase précédente. On passe souvent d'une question centrée sur l'organisation à une question centrée sur l'utilisateur et son expérience;

» **idéation**: la recherche de solutions ou de pistes d'améliorations se nourrit de la sensibilité et de l'intelligence collective des acteurs, dans le cadre de travaux collaboratifs largement ouverts, auxquels sont conviés des participants rarement invités (parce qu'en bas de la hiérarchie par exemple). Elle se nourrit aussi d'inspirations diverses: le recours à des analogies et à des imaginaires éloignés du secteur de la santé est souvent un moteur fructueux de créativité, qui permet un décentrage et une réflexivité bien utiles dans des contextes de transformation;

» **prototypage**: propre au design, cette étape consiste à donner une forme aux pistes de solutions envisagées (et priorisées). On passe ainsi très rapidement au concret, sans s'enfermer dans un tunnel de conception déconnecté du réel. Des prototypes tangibles aident chacun à se projeter et constituent un support au dialogue interprofessionnel;

» **test**: les prototypes sont mis en situation d'usage. On éprouve ainsi leur pertinence, leur désirabilité, leur cohérence. Des protocoles encadrent leurs itérations et ajustements successifs selon différentes variables, jusqu'à approcher le plus possible de la solution cible. La logique de prototypage/test banalise l'essai-erreur, dimension essentielle d'une organisation innovante et apprenante et d'un climat managérial porteur de sécurité psychologique.

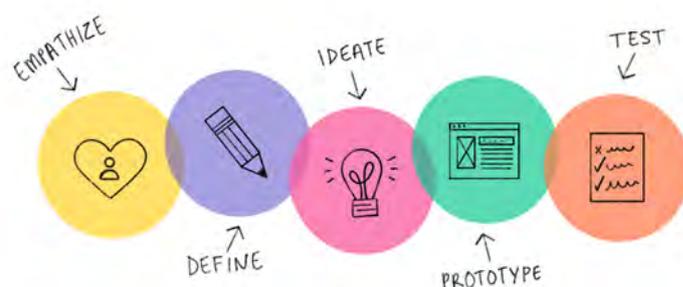
Mises en œuvre de façon parfois rapide, ponctuelle et partielle, ces démarches peuvent être vécues comme des « gadgets ». Elles recèlent pourtant une portée transformatrice bien réelle, à condition d'être conduites de façon rigoureuse et d'obéir à des intentions de cette nature.

La philosophie agile

Le mouvement agile est un ensemble de principes et de valeurs, un état d'esprit que l'on pourrait résumer en quelques mots clés: *participatif, collaboration, interaction, essai-erreur, itérations, empirisme, pragmatisme, expérimentation, inspect & adapt...*

La valeur apportée à l'utilisateur y est, là encore, un concept central. L'introduction du Manifeste agile⁽⁸⁾, dans les années 90, met ainsi en avant « les individus et leurs interactions plus que les processus et les outils; des logiciels opérationnels plus qu'une documentation exhaustive; la collaboration avec les clients plus que la négociation contractuelle; l'adaptation au changement plus que le suivi d'un plan. Nous reconnaissons la valeur des seconds éléments mais nous privilégions les premiers ».

FIGURE 4 Les cinq étapes du design thinking



RETOUR D'EXPÉRIENCE Québec : la fonction de « développement organisationnel »

Depuis 2015, l'offre de soins au Québec est structurée autour de superstructures regroupant les compétences des ARS et des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics d'un territoire. Ces centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (Ci(u)sss) ont tous un service de conseil interne composé de conseillers en développement organisationnel. Le Ciusss du Centre Sud de l'Île de Montréal compte ainsi un service de six conseillers en développement organisationnel* pour 21 000 employés. Ils ont pour mission :

- l'accompagnement de la transformation : ils sont saisis par la direction générale ou par les directions fonctionnelles et les cadres eux-mêmes pour soutenir les changements par des stratégies dédiées;
- le coaching : les conseillers peuvent être amenés à coacher les gestionnaires, à leur demande. Une partie d'entre eux sont coachs certifiés;
- le développement personnel et formation des cadres et professionnels : les conseillers accompagnent le plan de développement de compétences du Ciusss pour les cadres. Tous les gestionnaires et médecins sont encouragés à se former en amélioration continue, notamment via les ceintures certifiées lean Six Sigma. Les conseillers assurent des séances de sensibilisation à la gestion de changement pour développer une culture et une posture d'agents de changement;
- l'accompagnement de l'équipe Performance et amélioration continue pour soutenir le volet « humain » du déploiement du lean healthcare au Ciusss;
- la création d'outils et l'animation de programmes qui visent la mobilisation, la valorisation, et le maintien des compétences des cadres.

Au-delà de ce travail quotidien, le MSSS québécois a aussi soutenu le besoin d'accompagnement de la transformation des pratiques et des organisations dans le cadre des grands investissements immobiliers qu'il finance**.

* C'est le métier qu'a exercé Laetitia Robillard, coauteure de ce dossier*. Elle a été coordinatrice de la transformation organisationnelle à l'Institut de cardiologie de Montréal et conseillère en développement organisationnel au Ciusss du Centre-Sud de l'Île de Montréal.

** « Accompagner la transformation à l'Institut de cardiologie de Montréal », interview de Laetitia Robillard, blog Hôpital Trotter <http://ht.hopital-trotter.com/accompagner-la-transformation-a-linstitut-de-cardiologie-de-montreal-1/>

Née dans le secteur des technologies de l'information, l'approche agile a évolué depuis une dizaine d'années pour essaimer dans des organisations de tout domaine et de toute taille, ainsi que dans différents départements comme les ressources humaines. Un nouveau manifeste agile a d'ailleurs émergé⁽⁹⁾, plus adapté à ces nouvelles réalités organisationnelles⁽¹⁰⁾.

NOTES

(9) modernagile.org

(10) <https://sdtimes.com/agile/agile-2016-agile-old-need-make-modern>

(11) www.liberatingstructures.fr

(12) www.artofhosting.org/fr

La facilitation

Chacun a pu le constater : il ne suffit pas de mettre plusieurs personnes dans une même pièce pour qu'elles sachent penser et agir ensemble efficacement. La facilitation est une posture et une compétence visant à faire émerger l'intelligence collective d'un groupe (un Codir, un groupe de travail, une équipe...) dans le respect de chaque individu. Un des éléments clés est d'apporter un soin particulier au cadre qui va structurer les échanges et sécuriser les participants, car il est déterminant pour la qualité et la productivité des interactions. Ce cadre est composé autant de l'installation logistique que des règles partagées en passant par la conception du déroulé.

Les méthodes et postures qui révolutionnent les réunions sont largement accessibles. Nous recommandons vivement la découverte de l'outillage proposé par les *liberating structures*⁽¹¹⁾ et « l'art d'accueillir des conversations qui comptent » (*art of hosting*)⁽¹²⁾.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Le cheminement des champions de la santé américains

L'exemple de la transformation à la Mayo Clinic

Les grands groupes de santé américains ont tous adopté au moins une partie de la boîte à outils de l'innovation centrée sur l'humain et des approches du design. La Mayo Clinic a documenté ce processus dans un ouvrage vendu à des milliers d'exemplaires : *Think Big, Start Small, Move fast* [« Penser en grand, commencer petit et agir rapidement »]*. L'évolution de l'innovation centrée sur l'humain aux États-Unis peut nous donner des enseignements sur cette approche novatrice.

2002 - Lancement du lab SPARC (See/Plan/Act/Refine/Communicate)

À la Mayo Clinic comme à Kaiser Permanente, la démarche d'innovation transformationnelle commence sous l'influence d'IDEO, un cabinet de design de service californien pionnier. Le lab SPARC était conçu sur le modèle des *skunkwork*, ces équipes légères, autonomes et peu visibles, avec un budget dédié et une grande liberté d'action.

L'objectif était de permettre aux médecins du service de médecine interne, en lien avec des designers et ingénieurs en organisation, de répondre aux problèmes rencontrés dans les services de soins en testant des hypothèses et solutions en lien avec les interactions prestataires/patients, par exemple en étudiant et améliorant les flux au sein d'un service de consultation.

La création du lab a permis d'attirer des médecins pour participer à ce nouveau type

de recherche, de combler le fossé culturel médecins/designers, d'expérimenter avec de « vrais » patients et d'obtenir un soutien institutionnel pour ce travail inhabituel. En six ans, SPARC est devenu un centre de l'innovation établi, offrant ses services à l'ensemble du groupe.

2010 - La reconnaissance avec la création du centre de l'innovation

Le centre est devenu un consultant interne respecté des équipes de la Mayo Clinic, comptant 32 employés. À cette étape, la stratégie de transformation repose sur le recrutement de personnels qualifiés, un élément crucial du succès du centre, puis sur la collaboration avec les personnels des services cliniques en y dédiant officiellement du temps de travail de personnels de première ligne.

Le centre de l'innovation a aussi pour objectif explicite de diffuser l'innovation dans toute l'institution via des cours, des groupes de discussion et un symposium annuel. Une « plateforme de lancement » permet aux employés de proposer des idées pour résoudre un problème spécifique : environ 15 000 y ont participé en 2009, ce qui a généré des idées qui ont permis à la Mayo Clinic de réaliser des économies de plusieurs millions de dollars.

2016 - Créer une culture de la transformation et disséminer la compétence d'innovation

Les centres de l'innovation des grands champions américains connaissent souvent une crise de croissance quand vient le temps de

disséminer les innovations à l'échelle de groupes de santé présents sur plusieurs États et comptant des milliers d'employés et des millions de patients. La formation devient alors un élément clé de la stratégie.

La Mayo Clinic a créé trois programmes de développement du leadership* destinés à ses professionnels à différents stades de leur carrière. Ces programmes partagent trois principes fondamentaux qui sont au cœur de la révolution managériale requise par l'innovation centrée sur l'humain :

- chaque programme repose sur un travail en équipe, existante ou *ad hoc*, multidisciplinaire et réunissant des représentants des différents établissements, afin de contribuer à la réduction des cloisonnements,
- au-delà du leadership en tant que tel, l'objectif des formations est de créer un capital social, de la confiance et de renforcer l'interconnexion de l'organisation,
- tous les programmes reposent sur un projet qui a un impact concret. La plupart sont ainsi des formations-actions appliquées à des projets concrets conçus pour renforcer le leadership et qui continuent à être utiles aux participants une fois la formation terminée.

* N. LaRusso, G. Farruja, *Think Big, Start Small, Move fast: a blueprint for transformation from the Mayo Clinic Center for Innovation*, septembre 2014.

** J. Sweeney-Platt, "The secret of Mayo Clinic's physician-leader training program", *Athena Health Blog*, December 1, 2016.

Le coaching

Le coaching professionnel⁽¹³⁾ vise à aider une personne à trouver des solutions par et pour elle-même, en accédant à ses propres ressources, dans le cadre d'une relation suivie (coach/coaché) avec l'objectif d'obtenir des résultats concrets et d'améliorer la performance. La démarche s'inscrit dans un espace-temps délimité et avec des objectifs définis dès le début. Pour réussir, il doit s'agir d'une démarche volontaire ou acceptée par la personne concernée.

L'approche appréciative (appreciative inquiry)

Il s'agit là d'une méthode de conduite du changement centrée sur l'humain et ses potentialités. L'approche permet d'identifier les opportunités, les succès et de valoriser les potentiels d'un collectif. La reconnaissance, l'estime, la pleine conscience sont des éléments clés de la démarche. Sur un plan méthodologique, une grande importance est accordée aux questions posées et au langage qui forge une certaine vision du monde. Des synergies ou similitudes peuvent être trouvées avec la communication non violente (CNV)⁽¹⁴⁾.

Obstacles et leviers

Encourager l'émergence d'une culture de l'innovation au sein des offreurs de soins traditionnels peut remettre en question le *statu quo* en place dans votre organisation. Sur votre route vous ne manquerez pas de trouver des obstacles mais également quelques facilitants à garder à l'esprit (*tableau ci-dessous*).

Focus

Petit crash test du « lab » comme modèle organisationnel pour encourager l'innovation

Le lab est devenu le modèle organisationnel favori pour encourager l'innovation. En 2020, on en comptait une trentaine ayant pour point commun de tenter d'incarner des espaces protégés, des « bulles », dans leur organisation, poursuivant au moins l'une de ces trois finalités⁽¹⁵⁾ :

- » faciliter l'émergence et l'accélération des projets;
 - » diffuser de nouveaux modes de travail;
 - » contourner les rigidités bureaucratiques.
- À l'heure où l'engouement pour les labs gagne le secteur de la santé, tant au niveau des politiques publiques que des offreurs de soins, les acteurs ont tout à gagner à tirer les leçons de ceux qui les ont devancés. Le retour d'expérience de la 27^e région sur son programme « La transfo »⁽¹⁶⁾ est riche en enseignements et, dans le secteur santé, les travaux de Molloy⁽¹⁷⁾ passent en revue une trentaine de labs embarqués dans les institutions hospitalières les plus renommées pour proposer la check-list du lab gagnant :

NOTES

- (13) International Coaching Federation, section France. www.coachfederation.fr/ressources/coaching/quest-ce-que-le-coaching/#:~:text=ICF%20d%C3%A9finie%20le%20coaching%20comme,leur%20potentiel%20personnel%20et%20professionnel.
- (14) Marshall Rosenberg
- (15) Siapartners.com, « Retours d'expérience de labs et incubateurs », mars 2020.
- (16) « La Transfo - Code source », 2020 - www.la27eregion.fr
- (17) S. Molloy, *Innovation Labs in Healthcare - A Review of Design Lab+s as a Model for Healthcare Innovation*, 2018.

TABLEAU Innovation centrée sur l'humain : obstacles et leviers

Barrières	Leviers	Inspirations
La bureaucratie, dans son organisation (hiérarchie, strates, silos, périmètres de postes), l'idéologie qui l'accompagne (culture de la commande et de la permission, rapport à la transparence, etc.)	Encourager les logiques de communautés et réseaux réunissant des professionnels ayant une appétence pour une « autre manière de faire* », qui transcendent les divisions traditionnelles et permettent aux innovateurs de trouver du soutien	Les communautés d'innovation telles celles pratiquées par exemple chez Decathlon ou Salomon**
Les habitudes, « notre manière de faire »	Soutenir l'audace de ceux qui veulent essayer de faire autrement	L'audace au cœur des plans stratégiques d'un certain nombre de systèmes de santé champions (la stratégie des <i>bold moves</i> de Kaiser Permanente par exemple)
L'aversion au risque que l'on retrouve à la fois dans les environnements d'intérêt général et de santé du fait de la prégnance de la culture qualité et sécurité	Favoriser l'émergence d'espaces sécurisés d'expérimentation dans les environnements santé permettant de limiter les conséquences de l'échec	Les dispositifs s'inspirant du principe des « bacs à sable » réglementaires et organisationnels qui voient le jour au niveau des politiques publiques (ex. art. 51) comme des organisations
La culture de l' <i>evidence-based</i> et la hiérarchie des preuves	Soutenir la reconnaissance progressive de la valeur de l'expérience vécue par les usagers et des savoirs expérimentiels	Le modèle de Montréal, qui illustre comment l'expertise de la vie avec la maladie des patients peut être intégrée au niveau des soins et avoir un impact mesurable sur la qualité des soins, l'enseignement et la recherche
Utiliser les « mots à la mode » de l'innovation (irritants, prototype, <i>feedback</i> test, etc.) en dehors de toute démarche construite	Reconnaître l'innovation comme une discipline en soi, nécessitant des compétences clés	Les formations en innovation par le design, en agile, en lean sont accessibles aux managers hospitaliers
Le diktat du <i>return on investment</i> (ROI) indépendamment de l'évaluation de l'adoption et de l'impact sur l'expérience des solutions/services financés	Promouvoir le <i>return on learning</i> (ROL) pour mesurer le degré « d'apprenance » des organisations. Déterminant clé de l'innovation : qu'a-t-on appris de ce projet ? Comment ne pas renouveler nos erreurs ? Comment transmettre les savoirs acquis ?	Modèles d'organisations apprenantes : par exemple les recommandations d'Amy Edmondson*** pour créer un climat de sécurité psychologique, clé de succès de l'apprenance, les organisations Opales****

* La recherche en management et sociologie des organisations souligne le rôle majeur des *change agents* (Battilana, 2013), positive deviants (Pascale, Sternin, 2010) et autres *corporate hackers*.
 ** B. Sarazin, P. Cohendet, L. Simon, *Les Communautés d'innovation: De la liberté créatrice à l'innovation organisée*, EMS Éditions, 2017.
 *** A.C. Edmondson, *The fearless organization. Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation and growth*, Wiley, 2019.
 **** F. Laloux, K. Wilber, *Reinventing organizations: A guide to creating organizations inspired by the next stage in human consciousness*, Nelson Parker, 2014.

» **cohérence ambition/réalité des projets portés** : les labs sont souvent issus de manifestes ou de définition de missions particulièrement ambitieux (*détecter, soutenir et accélérer l'innovation, transformer l'expérience patient...*) qui contrastent parfois avec la réalité du périmètre d'action qui leur est attribué. Pour combler cet écart, il est indispensable que l'organisation définisse son ambition en matière d'innovation au niveau le plus stratégique, que le lab viendra outiller ;

» **cohérence ambition/réalité des compétences mobilisées** (designers notamment de service, professionnels issus des sciences humaines, spécialistes de la méthode agile, etc.). Les pionniers du sujet (Mayo Clinic, Kaiser Permanente, John Hopkins...) ont pour point commun de s'être appuyés au départ sur un trône leader/soignant/designer ;

» **caractère « embarqué »** : pour dépasser le lab « niche » de compétences ultraspecialisées, aux projets anecdotiques, et avoir un impact systémique, il est indispensable qu'il s'appuie sur un réseau décentralisé d'innovateurs intégrés aux services et assure la formation à grande échelle des professionnels aux disciplines de l'innovation. Les

champions du sujet ont ainsi souvent croisé leur approche des théories du mouvement social intra-entreprise et dans une claire ambition de démocratisation du design par exemple ;

» **primauté donnée aux usagers** : les labs sans accès directs et relations solides avec leurs usagers, qu'il s'agisse de réseaux de patients-experts, partenaires ou ressources et de professionnels bénéficiant d'un temps de travail dédié auprès du lab, ont toutes les chances de participer du « théâtre de l'innovation » plutôt qu'engendrer une transformation concrète ;

» **hybridation avec les autres méthodes de travail en place dans l'organisation** : la capacité du lab à faire le pont et à proposer l'intégration harmonieuse du design et de l'agile par exemple avec les autres méthodes de travail ayant plus d'ancienneté à l'hôpital (qualité, performance ou méthodes analytiques, contrôle de gestion) est un facteur clé de son impact potentiel sur la culture de l'organisation.

Si le lab peut être un puissant accélérateur des capacités d'innovation des organisations, y compris en santé, il ne reste qu'un modèle organisationnel qui ne peut pallier l'absence de stratégie d'innovation : le manque de considération pour les compétences dédiées ou pour l'expérience des usagers.

Managers de la santé, collectifs de patients et soignants impliqués, vous avez un rôle majeur pour accompagner ce changement de paradigme et participer à faire évoluer les environnements de travail. Pour promouvoir cette vision et la faire vivre en pratique, nous formons un collectif impliqué, militant en quelque sorte autour de ces valeurs. N'hésitez pas à manifester votre intérêt et à nous rejoindre: groupe LinkedIn, « Les Étincelles-Communauté d'innovation en santé » ●

dossier

Faciliter l'émergence d'idées nouvelles

Comment accélérer les nouveaux usages et innovations au sein des établissements de santé ? Pour faciliter l'émergence d'idées nouvelles et l'ouverture au développement de collaboration, il est nécessaire, avant tout, de créer un cadre adapté permettant aux individus de s'approprier les concepts de l'innovation en toute sécurité. Seraient ainsi anticipés les risques potentiels liés aux questions juridiques, de sécurité des données, de prise en charge, de management ou de budget. Construite en cohérence avec l'organisation et ses objectifs, cette plateforme incuberait les projets qui pourraient ainsi devenir pérennes et s'incrémenter dans la stratégie de l'établissement. L'hôpital doit s'inspirer des autres secteurs d'activité et intégrer de nouveaux profils pour aider l'entreprise à se transformer. Il faut ouvrir de nouvelles compétences avec une vision transversale, une expertise pluridisciplinaire, des méthodes de conception comme le *design thinking* et des outils d'innovation collaborative tels que le *start-up relationship management* (SURM). Pour réussir cette transition, on doit aussi bien sûr lever les inhibitions

des profils sceptiques ou détracteurs. Aussi convient-il de rappeler combien il serait important d'informer les futurs professionnels de santé dès la faculté sur les nouvelles technologies applicables à leur métier. L'hôpital se situe parmi les secteurs les plus concernés par de nombreux professionnels qui exercent leur métier sans bureau (*deskless workers*). De ce point de vue, de nombreuses innovations d'usage sont attendues. Pour être réellement disruptive, l'innovation doit d'abord se centrer sur les usagers. Les hôpitaux ont besoin d'envisager de nouvelles façons de travailler. Enfin, pour développer durablement cette démarche, il faudrait labelliser un programme d'innovation au même titre que la démarche qualité et gestion des risques, et inviter l'ensemble des acteurs du secteur à investir dans un plan de modernisation. Ce mouvement se révélera bénéfique pour tous et permettra d'encourager l'attractivité et la fidélisation des personnels médicaux et paramédicaux. ●

Julie VALETTE

Responsable développement innovation numérique, GH Paris Saint-Joseph

MOTS CLÉS

Design
GHU Paris
Lab-ah
Innovation
Culture et santé
Médiation
Hospitalité



dossier

INITIATIVE

Un laboratoire d'innovation culturelle par le design

Le lab-ah du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Le lab-ah du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences marque la rencontre singulière entre le développement culturel, le design et la recherche appliquée dans un contexte sanitaire. Unique en son genre, bien qu'inspiré du travail d'autres équipes de culture et de design à l'hôpital en France⁽¹⁾ et à l'étranger, ce laboratoire expérimente de nouvelles manières de conduire des projets dédiés à l'hospitalité, en convoquant des compétences de création et de conception, l'expérimentation d'artefacts, la production avec les patients et les équipes, ou encore l'évaluation qualitative. Ces projets opèrent des déplacements dans les cultures hospitalières en sortant des cadres existants et en proposant d'autres façons d'accueillir, de prendre soin et de travailler ensemble. Pour autant, peut-on dire que le lab-ah constitue une forme d'innovation dans l'institution hospitalière ?

Le GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences est issu de la fusion en 2019 de trois grands hôpitaux psychiatriques publics parisiens : Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse. En 2016, à la demande de la direction commune du GHT préfigurateur, nous avons fondé le lab-ah⁽²⁾. La commande initiale visait à faciliter l'émergence d'une culture commune entre les trois établissements fondateurs pour laquelle le lab-ah a construit une réponse fondée sur l'idée qu'une culture commune ne se décrète pas mais qu'elle se construit, notamment par le métissage (la « pensée métisse » résistant, selon les termes de l'anthropologue François Laplantine⁽³⁾, à l'uniformisation comme aux particularismes). Ainsi, les professionnels de la culture comme ceux du design ont vocation à exercer

une fonction de traducteur entre les mondes, les métiers et les expertises des uns et des autres.

À ce titre, la vocation du lab-ah est d'articuler, par la médiation, la direction de projet et l'assistance à maîtrise d'ouvrage, les univers hospitalier et médico-soignant d'une part et ceux de l'art, de la culture et du design d'autre part, s'intégrant enfin dans la politique publique interministérielle « culture et santé » qui met en relation ces deux secteurs depuis une vingtaine d'années. Nous devons à cette dernière le déploiement d'initiatives de création tant dans le pilotage des établissements sanitaires que dans la vie quotidienne des unités de soins. Or, là où les projets culturels se sont ancrés durablement, on a pu constater une évolution des institutions, ou tout au moins de certains services que l'on peut synthétiser par une approche plus holistique de la santé, une ouverture vers les acteurs de la cité ainsi qu'un développement de l'empathie liée à la reconnaissance des potentiels créatifs de chacun. À cet égard, l'action du lab-ah dans le développement culturel est guidée par une ambition de transformation de la culture, au sens anthropologique du terme, de l'hôpital.

Carine DELANOE VIEUX

Marie COIRIE
Responsables du lab-ah

GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Le design, arrivé plus tardivement en tant que ressource culturelle à l'hôpital, ajoutée aux compétences créatrices une vocation de transformation concrète des environnements, des organisations ainsi qu'une préoccupation pour la vie quotidienne. Le design est une discipline de création à la croisée de la culture et de l'industrie. Plus qu'un outil ou une méthode, c'est une démarche de conception holistique qui place l'humain au centre de l'action et s'appuie sur l'expérimentation à travers la création de prototypes, pour tester et faire progresser les projets.

Le champ d'action du design est en profonde mutation depuis les années 1980, à mesure qu'il s'ouvre à de nouveaux sujets, entre autres le développement durable, le digital, les services, les politiques publiques et le design des organisations. Il se trouve de ce fait à même d'incarner dans des formes *ad hoc* les valeurs appelées de leurs vœux par toutes les parties prenantes de l'hôpital, telle l'hospitalité.

L'hospitalité est en effet une valeur princeps de l'hôpital dont l'évidence n'a d'égale que les nombreux obstacles à sa mise en œuvre au quotidien. Pour Emmanuel Lévinas⁽⁴⁾, l'hospitalité relève d'une éthique qu'il définit comme la responsabilité de chacun face à la figure de la vulnérabilité d'autrui, ce qui est la quintessence même du soin. Cependant, l'effectivité au quotidien de cette éthique ne trouve pas toujours les conditions organisationnelles et formelles à sa mesure, loin s'en faut. C'est pourquoi le lab-ah s'est saisi de ce concept dans sa double dimension expérientielle et projective. Car l'hospitalité, comme le rappelle Derrida⁽⁵⁾, c'est faire droit à «l'étranger» dans son propre territoire. Or, toute personne malade ou accompagnante arrive à l'hôpital en terre étrangère, elle n'en possède pas les codes qui lui permettraient une lecture rassurante et efficace. Sans compter que le geste

qui consiste «à faire de l'étranger un hôte» se complique à l'hôpital par la diversité des personnes, des environnements et des organisations impliqués dans l'accueil. L'hospitalité doit donc passer par la mise en place d'un ensemble d'initiatives visant à rendre accessible aux patients et à leurs familles un système de signes pour les familiariser à ce territoire. Mais, plus encore, cela doit amener à repenser l'hôpital en partant du point de vue et de l'expérience des personnes (patients et familles, professionnels), qui subissent souvent les conséquences d'une organisation qui n'a pas été pensée pour eux mais pour les besoins de l'organisation elle-même.

Du point de vue du design, les enjeux de conception se situent à deux niveaux :

» **construire un langage signalétique, spatial et symbolique lisible et inclusif**, afin de soutenir l'autonomie des personnes qui les conduira à s'affranchir, à terme, de cette même hospitalité. Cette aporie de l'hospitalité, soulignée par Derrida, prend tout son sens en psychiatrie dans le mouvement du rétablissement ;

» **caractériser, modéliser et expérimenter de nouveaux scénarios relationnels et organisationnels** bâtis sur l'observation de l'existant, sur l'expérience et sur la coopération des parties prenantes pour intégrer l'hospitalité à toutes les étapes et dans le fin détail du parcours des patients.

Le travail du lab-ah vise donc à rendre réellement effective cette éthique de l'hospitalité en améliorant ou en revisitant l'ensemble des interfaces et points de contact entre les patients, s'inscrivant ainsi dans l'approche holistique et globale qui caractérise le design de services⁽⁶⁾.

Les chantiers d'attention

Déplier une problématique par l'expérience

Le lab-ah intervient à ce jour selon **deux modalités d'action**.

La première s'appelle «les chantiers d'attention», en clin d'œil à l'injonction bien connue «Attention chantier». En effet, le regroupement des trois hôpitaux a entraîné de si nombreuses restructurations spatiales et architecturales que la communauté médicale et la direction ont jugé opportun d'y associer l'expérience des usagers et des hospitaliers dans toute leur diversité.

Cependant, le concept d'attention – faire attention à..., porter attention à... – est également central dans la philosophie de l'action du lab-ah car il en condense les postures. Il traduit en effet un mouvement intime, un élan d'intérêt vers autrui, une situation ou un objet. Ce faisant, il éclaire des zones ombragées par l'habitude et les certitudes. Enfin, en design comme en art, l'attention est une pensée du monde qui pose l'expérience au cœur de la perception⁽⁷⁾. Comme le souligne Paul Ricœur, «il faut chercher quels aspects prennent les objets perçus quand la perception est attentive et, parallèlement, quelles impressions sont vécues par le sujet dans l'acte même de l'attention».

La deuxième ? C'est pourquoi, dans le format des chantiers d'attention, l'équipe du lab-ah répond à des sollicitations des pôles médico-soignants, le plus souvent relatives à des problématiques spatiales, ou collabore auprès d'autres directions aux chantiers institutionnels transversaux. Elle investit alors

NOTES

(1) Avec la Fabrique de l'hospitalité des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, le lab-ah est le deuxième laboratoire d'innovation culturelle par le design consacré à l'hospitalité et pleinement intégré à un établissement hospitalier public.

(2) Marie Coirié, designer spécialisée dans la conception pour les secteurs sanitaires et médico-sociaux, et Carine Delanoë-Vieux, directrice de projets culturels avec une expérience dans plusieurs hôpitaux publics et chercheure en art et design (actuellement en thèse à l'université de Strasbourg), ont depuis été rejointes par deux designers, Coline Fontaine et Benjamin Salabay, et un doctorant en histoire de la psychiatrie, Gaspard Bouhallier.

(3) Laboratoire Accra (Approche contemporaine de la création et de la réflexion artistique), ED 520 Humanités, sous la direction de Pierre Litzler

(3) F. Laplantine, *De tout petits liens*, Éditions Mille et une nuits, 2003

(4) E. Levinas, *Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité*, Le Livre de poche, 1971

(5) J. Derrida, A. Dufourmantelle, *De l'hospitalité*, Calmann Lévy, 1997.

(6) Le design de services est une branche du design issue du design industriel, émergente en France depuis les années 1990. Accélérée par le développement des NTIC, elle s'appuie sur une conception à l'échelle systémique, «centrée sur l'utilisateur» et souvent collaborative - www.designdeservices.org

(7) P. Ricœur, «L'attention. Étude phénoménologique de l'attention et de ses connexions philosophiques», Conférence pour le Cercle philosophique de l'Ouest, 1939.

un site ou une question dans toutes ses dimensions et appuie les équipes pour développer un projet d'hospitalité avec les méthodes qui lui sont propres.

À titre d'exemples, les projets menés entre 2016 et 2020 ont mis en œuvre des actions en lien avec les points suivants :

- » aménager la place de l'hospitalité dans le cahier des charges de conception d'un nouvel hôpital,
- » faciliter les interactions entre les accompagnants des patients et les services,
- » repenser les relations entre les structures de psychiatrie de secteur et leur quartier,
- » mettre la musique au service de la modulation de l'anxiété des patients en unité d'hospitalisation adulte,
- » penser le processus d'appropriation d'un nouvel espace pour les patients et les professionnels lors des déménagements des structures de soin,
- » accompagner la fermeture d'un site historique par l'animation d'une maison du patrimoine, un projet de valorisation historique, patrimonial et culturel.

Les labos du lab-ah

Produire et projeter une connaissance nouvelle

Dès l'année 2018, les chantiers d'attention ont fait émerger des questions réitérées d'un service à l'autre qui s'agrègent en axes de travail : les labos du lab-ah.

À partir de l'observation de terrain et des propositions de partenaires académiques, l'équipe du lab-ah investit progressivement une démarche de recherche en structurant des thèmes à déplier et à expérimenter. Elle met en œuvre une pratique réflexive et itérative, entre actions menées sur le terrain et questions de recherche convoquant les humanités et les sciences sociales. Parmi ces sujets, nous pouvons citer les enjeux de l'orientation des patients dans l'espace et dans le

temps, notamment dans des contextes de déménagement, ou encore la place du son et de la sensorialité comme auxiliaires du rétablissement des patients en hospitalisation (exemple actuel de la conception d'un espace d'apaisement et d'un dispositif sonore et musical de désamorçage des états d'agitation).

L'ambition des labos du lab-ah est bien de produire une connaissance nouvelle sur les processus de conception et de création à l'hôpital, que nous nommons « poïétique »⁽⁸⁾, tout en la métabolisant aussitôt dans une perspective concrète de projet.

Horizon 2021-2024

Modéliser, théoriser, partager et diffuser

Fort de quatre années passées sur le terrain dans les services de soins, le lab-ah aborde une prochaine saison dédiée au déploiement des projets explorés et testés localement à l'échelle du GHU Paris. Nous envisageons de décliner, pérenniser et essayer les processus et les productions issus des collaborations des services avec le lab-ah selon deux stratégies complémentaires : d'une part le développement et la consolidation de la recherche en design, d'autre part la conception de référentiels de maîtrise d'usage.

NOTE

(8) Étude scientifique et philosophique des conduites créatrices d'œuvres. Alors que d'autres branches de l'esthétique s'occupent spécifiquement de l'œuvre en elle-même, ou de ses effets en aval de sa manifestation, la poïétique a pour objet tout ce qui, en amont, est parvenu à lui donner l'existence.



De gauche à droite et de haut en bas
 La pépinière du patio d'Avron
 - L'annonceur : mobilier
 d'information patients - La cour
 de récréation de l'hôpital de jour
 pédopsychiatrique de Compoint -
 Le Canard confiné, le journal des
 patients pendant le confinement
 du Covid-19 - La maison du
 patrimoine du site de Perray-
 Vaucluse - Un aperçu de la vision
 des parcours des patients suivis
 à Neuro Sainte-Anne.

Les multiples formes d'un abécédaire de l'hospitalité disponible pour tous

Dans une première approche, nous proposons de recentrer nos interventions auprès des services de soins autour du concept de maîtrise d'usage⁽⁹⁾. Parce qu'il n'est pas possible de multiplier les projets de design et d'action culturelle sur mesure par le nombre de sollicitations et que ce mode d'action a un impact limité sur la montée en compétences des professionnels, nous privilégierons un mode d'accompagnement en soutien à leur autonomie, pour définir leur projet et agir sur leur milieu.

Concrètement, ces interventions prendront la forme de rencontres sur place pour apporter conseil, orientation et prescription, en nous appuyant sur une gamme d'outils conçus avec les équipes de la direction des achats et de la logistique. Ceux-ci comprennent des référentiels thématiques avec des entrées basées sur les usages (salle à manger, salons de lecture, espaces extérieurs, etc.) et des modules de formation *ad hoc* pour accompagner les équipes médico-soignantes à faire vivre ces nouveaux équipements et espaces. Ces ressources ont aussi pour ambition d'inclure les usagers dans toute réflexion de transformation concrète visant à améliorer l'expérience de l'hospitalisation et de la prise en soins. L'objectif est de mettre les équipes en capacité de formuler leurs besoins, de pouvoir s'orienter dans les vastes options possibles pour y répondre et de porter les projets de manière pérenne en les inscrivant dans les pratiques de la vie quotidienne et en y incluant les patients et leurs accompagnants.

De la recherche-projet en design à l'evidence-based design for healthcare
Comme le souligne le chercheur en design Alain Findeli, « le passage d'une question de design à une question de recherche ne s'effectue pas automatiquement : c'est un acte constructif⁽¹⁰⁾ ».

La recherche-projet en design présente de fortes similitudes avec la recherche-action mieux connue des professionnels de la santé. Théorisée dans les années

1940 par le psychologue Kurt Lewin⁽¹¹⁾, la recherche-action est une démarche qui mène en parallèle l'acquisition de connaissance scientifique et des actions transformatrices du terrain. La recherche-projet en design ajoute une singularité à cette définition parce qu'elle met à disposition de la recherche ses propres ressources de création et de méthodes de co-conception et qu'elle valide la place centrale de l'imagination et de la prospective.

La recherche-projet en design que le lab-ah envisage d'investir consiste donc à intriquer dans les projets prioritaires la somme des preuves disponibles en recherche, une enquête empirique spécifique au projet, l'expertise et la participation des professionnels et des usagers pour éclairer le processus de conception et atteindre l'objectif du projet, qu'il s'agisse d'une production matérielle et/ou immatérielle.

Toutefois, parce que nous sommes à l'hôpital, la recherche-projet en design ne peut s'exonérer de l'exigence de produire des données probantes concernant les effets sur la santé des usagers. Les Anglo-Saxons ont nommé cette articulation conception/impact évalué sur la santé des usagers *evidence-based design for healthcare*⁽¹²⁾. Cette approche a été popularisée par l'étude menée en 1984 par Roger Ulrich, psychologue de l'environnement, qui a montré l'impact d'une vue de fenêtre sur la nature dans la récupération des patients⁽¹³⁾. Ces études ont apporté la démonstration scientifique que la conception des établissements de santé influe sur la durée des séjours et réduit le temps de guérison dans les hôpitaux somatiques, diminue l'agressivité en psychiatrie, mais aussi combat le syndrome de burn-out chez les soignants.

Au GHU Paris, il s'agit alors de documenter les effets du design sur la santé en utilisant les méthodologies du domaine médical, soit *evidence-based medicine*, afin d'apporter la preuve de leur efficacité sur les soins, et ce en se fondant sur les meilleures informations scientifiques disponibles. Cependant, le lab-ah y ajoute la rigueur d'une méthode *evidence-based design for healthcare* au prisme d'un design « à la française », centré sur le social et le service autant que sur l'environnement. Il pose comme hypothèse à son travail que l'efficacité des soins est corollaire de la qualité globale de l'expérience des usagers, dans une perspective de rétablissement. Pour autant, le lab-ah doit être en capacité *in fine* de produire, de formaliser et de valoriser des modèles théoriques d'une poétique de l'hospitalité en psychiatrie, quels que soient les aléas de chaque projet.

Il sera alors seulement permis de considérer le lab-ah comme une innovation à l'hôpital, devenant ainsi un véritable laboratoire d'innovation en design pour la santé, mettant en œuvre des expérimentations en rupture avec les cadres dans lesquels il intervient, même si la question de sa pérennité et de son extension à d'autres hôpitaux comme modèle doit être interrogée.

Le lab-ah doit être pensé comme un processus d'ouverture dynamique à de nouveaux profils issus de la conception et de la création, exogènes aux compétences métier traditionnels de l'hôpital, tout autant qu'un outil inclusif favorisant la montée en compétence et le changement de perspective des agents hospitaliers, notamment dans leurs rapports aux usagers et aux espaces. ●

NOTES

(9) La maîtrise d'usage (MU) est une troisième dimension de la conception, entre la maîtrise d'ouvrage (MOA) et la maîtrise d'œuvre (MOE). Elle vise à mieux intégrer les besoins et les aspirations des usagers dans la conception des environnements.

(10) A. Findeli, « La recherche-projet en design et la question de la question de recherche : essai de clarification conceptuelle », *Sciences du design*, vol. 1, n°1, 2015, pp. 45-57.

(11) K. Lewin, "Action Research and Minority Problems (1946)", in *Resolving social conflicts and field theory in social science*, American Psychological Association, 143-152.

(12) E. Peavey, B. Kiley, W. Vander, "Evidence-Based Design and Research-Informed Design: What's the Difference? Conceptual Definitions and Comparative Analysis", *Health Environments and Research Design Journal*, 2017.

(13) R. Ulrich, « La vue à travers la fenêtre peut influencer le rétablissement suite à une opération chirurgicale », *Revue Science*, 1984, n°27, vol.224, p. 420.

MOTS CLÉS

Innovation
Management
de l'innovation
Efficience
Start-up
Fonds Recherche
& Innovation

dossier

EXPÉRIENCE

Innovation : de spectateur à acteur

Les start-up occupent une place de plus en plus importante au sein de l'innovation en santé, même si 60 % d'entre elles expriment encore des difficultés à travailler avec les établissements sanitaires et médico-sociaux. Avec la multiplication de solutions innovantes en santé, ces derniers ne peuvent pourtant qu'être amenés à s'y intéresser. Or, 80 % d'entre eux n'ont pas de processus dédié au management de l'innovation. Autrement dit, ils ne sont pas organisés pour accompagner leurs projets innovants en interne ou travailler avec des start-up.

» le management de l'innovation interne⁽¹⁾, visant à faire émerger des innovations avec les collaborateurs de l'établissement;

» le management de l'innovation externe⁽²⁾, visant à organiser l'intégration d'innovations issues de l'écosystème de l'établissement, et plus particulièrement des start-up.

Le manque d'organisation des établissements de santé vis-à-vis de l'innovation s'explique principalement par une mauvaise perception de ce qu'est cette dernière : une activité secondaire à laquelle on accorde peu de temps et de ressources, un phénomène aléatoire ne nécessitant de fait pas de management particulier, une activité coûteuse réservée à un cercle restreint d'experts ou de personnes aux profils créatifs, ou encore confondue avec la recherche ou la technologie. L'innovation n'est pourtant rien de tout cela : c'est une activité de support dédiée à la recherche de l'amélioration, s'organisant de manière collaborative, agile et itérative, basée sur l'expérience et centrée sur les utilisateurs et leurs usages. En d'autres termes, l'innovation est la meilleure façon de s'améliorer dans ses activités et d'en développer de nouvelles.

Une organisation adaptée

Si l'on souhaite s'organiser et manager l'innovation, il est tout d'abord nécessaire de se doter d'une équipe dédiée et de développer une culture de l'innovation au sein de son établissement. Ensuite, il faut mettre en place des processus adaptés permettant de répondre à tous les cas de figure :

Guillaume MERCY

Enguerrand HABRAN
Fonds Recherche
& innovation, Fédération
hospitalière de France

Une équipe dédiée

Au même titre que les sujets portés par les différentes directions fonctionnelles d'un établissement de santé, l'innovation doit être soutenue et accompagnée par une équipe dédiée. Par ailleurs, étant donné le caractère universel de l'innovation, il est essentiel que cette équipe soit transversale et puisse être capable de travailler avec l'ensemble des acteurs d'un établissement.

Dans un monde idéal, l'équipe innovation est composée d'au moins cinq collaborateurs aux profils et compétences complémentaires :

» un directeur pour coordonner et animer l'innovation au sein de l'établissement ; il participe à la diffusion d'une culture de l'innovation et à la création d'un écosystème innovant autour de l'établissement ;

» un responsable processus pour coordonner l'ensemble des processus

« L'innovation offre l'opportunité de mobiliser ses collaborateurs, de développer son attractivité et d'améliorer son image de marque.

d'innovation au sein de l'établissement, qu'ils soient internes ou externes. ;

» des chefs de projet : placés sous la direction du responsable processus, ils sont le support des innovateurs. Ils doivent conduire et animer les démarches d'innovation sur le terrain, en interne en accompagnement des innovateurs jusqu'au déploiement des solutions, en externe en interlocuteurs des start-up ;

» le chargé de valorisation : dans le cadre des innovations internes, il est responsable de la valorisation des innovations produites. Dans le cadre des innovations externes, il est le responsable de la négociation et de l'institutionnalisation du partenariat entre la start-up et l'établissement ;

» le chargé d'évaluation, qui a pour mission d'évaluer les solutions innovantes proposées par les start-up ou d'autres acteurs extérieurs, via une veille technologique et un réseau d'experts.

D'autres profils peuvent être amenés à compléter l'équipe, par exemple des acheteurs, des biostatisticiens ou des économistes de la santé.

La mise en place d'une telle équipe ne doit pas être perçue comme un coût.

En effet, l'innovation étant un levier d'efficacité, l'optimisation des activités d'un établissement permet de générer des économies et le développement de nouvelles activités permet de créer de nouvelles sources de revenus.

Développer une culture de l'innovation

L'innovation étant avant tout un état d'esprit, il est essentiel que la recherche de l'amélioration continue devienne une habitude pour l'ensemble des collaborateurs.

Comme toute modification importante au sein d'une organisation, l'ancrage de l'innovation à la culture de l'établissement s'appuie sur les leviers classiques du management du changement. Le partage de cette culture repose notamment sur l'écoute et la communication, la mise en avant des innovateurs et de leurs innovations, mais aussi la création d'un écosystème autour de l'établissement.

Concrètement, il s'agit de mettre en place des actions de communication et d'information à destination des collaborateurs de l'établissement pour faire connaître l'équipe innovation. Si un collaborateur rencontre un problème dans sa pratique professionnelle ou pense avoir une idée innovante, il doit savoir à qui s'adresser pour l'exposer. L'équipe innovation peut ainsi organiser des séminaires d'information, se rapprocher des collaborateurs lors de réunions de partage de bonnes pratiques ou de rencontres informelles. Ils peuvent aussi participer, en tant qu'observateurs, aux réunions de staff des différentes équipes.

En plus de faire connaître la démarche en interne, il est essentiel que l'équipe innovation soit identifiée en dehors de l'établissement. Elle doit se rapprocher des différents pôles de compétitivité, incubateurs et accélérateurs de start-up ou encore des laboratoires de recherche de sa région pour créer un écosystème innovation autour de l'établissement. À l'heure du numérique, il est essentiel de présenter l'équipe innovation sur le site Internet de l'établissement, voire d'y ajouter un formulaire de prise de contact.

Enfin, l'organisation d'appels à manifestation d'intérêts, sur des sujets stratégiques pour l'établissement, représente un levier intéressant pour institutionnaliser l'innovation. Ces appels peuvent être réservés aux collaborateurs de l'établissement ou être ouverts aux acteurs extérieurs.

Organiser et animer l'innovation

Pour faire émerger des innovations au sein des établissements de santé, l'équipe et la culture d'innovation ne suffisent pas : il faut disposer de méthodes et de processus dédiés pour organiser et animer les démarches, internes ou externes :

» le **management de l'innovation interne** est un processus visant à faire émerger des innovations issues des ressources internes d'une organisation. Ce processus est animé par les chefs de projet innovation et s'étend de l'émergence des problèmes jusqu'au déploiement des solutions en passant par l'expression d'idées innovantes, la résolution de problèmes, la conception collaborative, le versionnement, le prototypage, la planification, le développement agile et le management du changement. Ce processus repose sur plusieurs grands principes :

- **ascendant et collaboratif**, il permet de capitaliser sur les expériences du terrain, sur la connaissance des problèmes et sur le mélange des points de vue et des idées ;
- **agile et itératif**, il réduit les risques de développement de projets hors sujets et permet d'apporter des solutions plus rapidement et à moindre coût ;

NOTES

(1) Management de l'innovation interne : www.fondsfhf.org/former/mooc-innovation

(2) Management de l'innovation externe : www.hospiup.fr/guide/etablissementdesante

- *global*, il envisage le déploiement sur le terrain dès la conception des idées. Ce dernier principe est important, car, aujourd'hui, 60% à 80% des projets échouent lors de la phase de déploiement;

» **le management de l'innovation externe** permet l'intégration de solutions innovantes au sein des établissements de santé. Il s'organise en sept étapes menées par l'équipe:

- *utiliser un guichet unique*, c'est-à-dire une seule porte d'entrée pour l'innovation au sein de l'établissement;
- *filtrer les propositions*, via une évaluation rapide des start-up afin d'appliquer un premier filtre. Cette évaluation repose sur des critères simples : stratégie de l'établissement, besoin solutionné, format de collaboration proposé et ressources nécessaires. À la fin de l'évaluation, si une start-up ne répond pas aux critères, elle est mise de côté,
- *évaluer les propositions* : une fois le filtrage effectué, l'équipe met en place une évaluation approfondie des start-up et de leurs solutions. Cette fois, l'évaluation doit permettre de répondre aux questions suivantes : quelle est l'histoire de la start-up, ses références et succès ? À quel problème répond sa solution, en quoi son approche est-elle pertinente ? Sur quelle expertise se base-t-elle ? Quels sont les bénéfices attendus à court, moyen et long termes ? Qui seront les usagers de sa solution ? Quelles sont les technologies et normes sur lesquelles est bâtie sa solution ? Quelles transformations organisationnelles et des pratiques engendre-t-elle ? Quels sont les coûts supportés par chacune des parties prenantes ? L'équipe peut solliciter les expertises de l'établissement et de ses partenaires, voire organiser une commission regroupant des profils issus de toutes les directions fonctionnelles, du corps médical et paramédical de l'établissement,
- *mettre en place une interaction simplifiée* : pour fluidifier le circuit « classique » de décisions et de négociations, l'équipe attribue un interlocuteur unique à la start-up qui se charge de faire le lien entre cette dernière et les directions concernées,
- *négocier le partenariat* : l'interlocuteur unique sollicite les bons interlocuteurs au sein de l'établissement. Il leur présente la solution de la start-up et discute des collaborations

possibles (test pilote, validation clinique, validation médico-économique, codéveloppement ou déploiement),

- *mettre en œuvre le partenariat* une fois ce dernier signé. En fonction des ressources des différentes directions fonctionnelles impliquées et du format du partenariat, l'équipe peut mettre à disposition ses chefs de projet pour piloter ce dernier,
- *déployer la solution* : l'équipe apporte une expertise dans la conduite du changement, des ressources formées à l'exercice et une vision globale des projets de transformation en cours.

Être acteur du changement...

La crise sanitaire nous a montré à quel point l'innovation était un levier important pour s'adapter aux bouleversements du monde. Les établissements de santé sont au cœur de nombreuses évolutions sociétales et technologiques. Organiser et animer l'innovation au sein des établissements de santé, c'est donc leur offrir la possibilité d'être acteur du changement, de piloter ces transformations et non plus de les subir. Enfin, l'innovation offre l'opportunité de mobiliser ses collaborateurs, de développer son attractivité et d'améliorer son image de marque. Autant d'arguments convaincants pour passer le cap! ●

MOTS CLÉS

Pensées
GHU Paris Psychiatrie
& Neurosciences
Pépinière
d'entreprises
Innovation



dossier

INITIATIVE

Pensées... du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences

Les auteurs proposent ici, à travers l'exemple de Pensées, une pépinière en e-santé en cours d'éclosion au sein du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences, d'aborder les enjeux des pépinières d'entreprise, mais aussi les impacts potentiels de l'innovation et de la e-santé au sein des établissements de santé.

Pépinière d'entreprises, définition

Une pépinière d'entreprises est une structure dédiée aux jeunes sociétés qui propose, pour un coût attractif, un espace de travail, des services partagés ainsi qu'un accompagnement personnalisé leur permettant de diminuer les obstacles au bon déroulement de leur projet. Le principe est celui de la mise en réseau, du partage, de la collaboration et de la mutualisation. L'objectif principal reste de maximiser l'émergence de nouvelles entreprises et de constituer un nouveau modèle d'écosystème dit « dynamique », basé sur l'échange et le travail collaboratif.

Il existe plusieurs types de pépinières : d'entreprises généralistes, d'entreprises spécialisées dans un secteur d'activité unique ou encore d'entreprises innovantes.

Le processus d'intégration à une pépinière se fait via la réponse à un appel à manifestation d'intérêts (AMI) : chaque projet est examiné par un comité de sélection, en fonction de critères (pertinence, faisabilité, stratégie...). L'entrée de l'entreprise au sein de la pépinière se concrétise par la signature d'une convention qui lui permettra de bénéficier de locaux, de services et d'un accompagnement personnalisé ainsi que du réseau du site hôte. En contrepartie, l'entreprise s'acquiesce d'un loyer modéré et développe son activité. « Contrairement aux incubateurs privés, les pépinières n'investissent pas financièrement dans les entreprises qu'elles hébergent. Elles peuvent cependant soutenir leurs demandes de subventions auprès d'organismes divers et

les orienter vers des opportunités de contacts avec différentes institutions publiques. L'insertion dans ce type de réseau est facilitée du fait que les dirigeants de structures publiques sont sollicités quotidiennement pour des missions de développement économique et/ou social. Les réseaux ainsi activés permettent de détecter les projets à fort potentiel de réussite et accélérer leur processus de développement au niveau local, régional voire national. ⁽¹⁾ »

L'entreprise peut ainsi bénéficier d'un partage de réseau tant interne qu'externe.

Ces interactions permettent un échange continu qui participe à la création de synergies fortes. La mobilisation des réseaux représente une plus-value non négligeable et reste essentielle à la réussite d'un projet quel qu'il soit.

L'entrée dans une pépinière permet ainsi à une jeune entreprise de bénéficier du réseau interne et externe de son hôte, complémentaire à son propre réseau.

La genèse au GHU Paris

Une des difficultés de l'hôpital, comme d'autres organisations, est de surmonter le clivage entre les pratiques exploratoires (expérimentation) et leur généralisation au sein des processus de

Virginie OTTAVIANI
Attachée
d'administration

**Stéphane
PIERREFITTE**
Directeur

Direction de l'innovation
technologique et du
système d'information
GHU Paris Psychiatrie
& Neurosciences

prise en charge. Le sens d'une politique d'innovation est de permettre l'émergence d'un hôpital hybride au sein duquel toute innovation pertinente doit pouvoir être expérimentée et déployée à une plus grande échelle. L'implémentation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) au service de l'amélioration des parcours de santé des patients sur l'ensemble du territoire est aujourd'hui un axe prioritaire incontournable dans le cadre de l'évolution des organisations hospitalières. Le développement de l'innovation ne se limite pas aux avancées cliniques et thérapeutiques ou technologiques, il concerne aussi l'organisation des services, les modalités d'accueil, de mise en œuvre et d'introduction aux nouveaux modes de management.

La e-santé, vecteur d'amélioration de la prise en charge des patients

L'Organisation mondiale de la santé définit la e-santé comme «les services du numérique au service du bien-être de la personne». La e-santé recouvre ainsi l'ensemble des applications numériques intégrées au sein de l'offre de soins. À titre d'exemple, au sein du GHU Paris, certains services initiés à une offre en e-santé utilisent la téléconsultation et/ou la téléexpertise, l'accès distant au dossier informatisé du patient pour les équipes mobiles, les *serious game* et la réalité virtuelle pour la remédiation cognitive.

Fort de la plus importante file active en psychiatrie au niveau national et de l'excellence du pôle Neuro Sainte-Anne, le GHU Paris a ainsi lancé un groupe de travail pluridisciplinaire et multiprofessionnel dédié à la thématique de la e-santé afin de mener une réflexion partagée sur la mutualisation de projets existants et leur extension à l'ensemble de l'établissement, ainsi que le développement de nouveaux outils numériques dans le domaine des soins, de la recherche ou de l'enseignement.

Les outils e-santé ont vocation à être mis au service des patients et de leurs aidants, de leurs attentes et de leurs besoins, en complément de l'offre de soins existante, avec pour objectif de fluidifier chaque étape du parcours de soins, en permettant :

- » de faciliter les démarches administratives ;
- » d'améliorer la prise en charge et le suivi, en ambulatoire ou à l'issue d'une hospitalisation ;
- » d'améliorer les outils de travail des professionnels en intégrant la mobilité ;
- » de favoriser et de fluidifier les échanges et le travail collaboratif entre professionnels, en particulier l'accès à des avis d'experts, pour les équipes en interne comme pour l'ensemble des professionnels de santé du territoire ;
- » de développer des applications d'information et de suivi pour tablettes et smartphones.

La concrétisation de la sensibilisation de l'ensemble des professionnels de l'établissement à la thématique de la e-santé s'est traduite par l'organisation d'un premier colloque e-santé, selon un format permettant de découvrir de façon interactive les initiatives protégées par des professionnels du GHU Paris, des acteurs nationaux et internationaux, ainsi que l'apport de solutions techniques.

« Les pépinières d'entreprises ont un réel pouvoir de valorisation, tant sur le plan synergique que sur le plan stratégique, dans le cadre de l'amélioration continue de la prise en charge des patients et de l'évolution des conditions de travail des professionnels de santé... »

La cellule Innov'

Le rôle de la cellule Innov' du GHU Paris est d'accompagner les transformations par les nouvelles technologies au sein de l'établissement au moyen d'une cellule d'appui méthodologique et technique pour l'ensemble des professionnels.

Le principe est simple : chaque professionnel, équipe ou pôle à l'origine d'une idée ou d'un besoin nécessitant des ressources numériques (e-santé, réseau de télémedecine, application mobile, *serious games*, interopérabilité) prend l'attache de la cellule. Sur la base d'une évaluation technique et organisationnelle, Innov' établit un *benchmark*, engage un prototypage et développe l'outil, en collaboration avec les acteurs concernés, afin de transformer les usages, d'être en phase avec les attentes des patients et des professionnels, via des méthodologies de type « agile » ou « diamant ».

Quelques exemples d'applications développées par la cellule Innov' :

- » RT-PCR : plateforme de prescription pour la réalisation de tests PCR dans le cadre de la crise sanitaire liée au Covid-19 ;
- » Tera : plateforme de présentation et de cours en ligne pour les patients ;
- » Psy-IDF : plateforme de soutien psychologique et d'information dans le cadre de la crise Covid-19 ;
- » TCA : solution numérique pour l'amélioration de la prise en charge de patients souffrant de troubles du comportement alimentaire en hôpital de jour, les intégrant comme acteurs de leur prise en charge.

NOTE

(1) HAL archives-ouvertes.fr, les incubateurs d'entreprises innovantes : un réseau entrepreneurial reconfiguré ? D. CHABAUD, S. EHLINGER, V. PERRET.

L'éclosion de Pensées

La pépinière d'entreprises en sciences et e-santé (Pensées) du GHU Paris est une structure d'accueil, d'hébergement et de services à l'attention de cinq entreprises ayant au moins huit ans d'existence et dont l'activité est proche de sa politique et de ses objectifs stratégiques, en particulier dans le domaine de la psychiatrie, des neurosciences, de la e-santé et des e-technologies.

Pensées, en phase d'éclosion sur le site Sainte-Anne (Paris 14^e), complète l'écosystème actuel par la mise à disposition de 285 m² en plein cœur de Paris, permettant aux entreprises de disposer d'un environnement clinique hospitalo-universitaire (hôpital et unité Inserm UMR U1266 IPNP), avec des avis éclairés de cliniciens, de chercheurs et de l'ensemble des professionnels de l'établissement prêts à collaborer et à valoriser de nouvelles solutions qui permettront d'améliorer la prise en charge des patients.

Dans ce projet de pépinière intégrée et dans le cadre du renforcement d'un partenariat avec l'Institut de psychiatrie et neurosciences de Paris (UMR 1266 IPNP), permettant l'accès aux plateformes de recherche (phénotypage comportemental, microscopie pour imagerie cellulaire et tissulaire, compétences en biochimie, biophysique et bio-informatique) et ayant la volonté

de bénéficier de l'accompagnement de Paris Biotech Santé, le GHU Paris s'est naturellement ouvert à ces deux entités connues et reconnues dans leurs domaines respectifs.

Fort de l'expérience de la pépinière Paris Santé Cochin, Paris Biotech Santé, incubateur d'entreprises innovantes et expert en accompagnement de création d'entreprises, entend ainsi renouveler l'expérience sur le site Sainte-Anne dans le cadre d'un partenariat suivi des entreprises sélectionnées. Les objectifs recherchés :

- » favoriser l'accélération des projets innovants porteurs d'améliorations concrètes pour les patients, les résidents, les usagers et/ou les professionnels de santé;
- » créer et animer un écosystème de l'innovation en e-santé à dimensions territoriale, nationale et régionale;
- » générer une émulation collective.

L'organisation et la gouvernance de Pensées s'effectueront en partenariat avec Paris Biotech Santé et l'Institut de psychiatrie et neurosciences de Paris via un comité stratégique qui participera à la sélection des entreprises et veillera à leur bon fonctionnement, en corrélation avec la stratégie du GHU Paris.

Il apparaît aujourd'hui indispensable que les établissements publics de santé mènent une politique d'innovation dynamique et pérenne ancrée sur l'usage et le parcours patient. Les pépinières d'entreprises font partie des nouveaux dispositifs dont l'ensemble des établissements ou structures de santé doivent se saisir. Elles ont un réel pouvoir de valorisation, tant sur le plan synergique que sur le plan stratégique, dans le cadre de l'amélioration continue de la prise en charge des patients et de l'évolution des conditions de travail des professionnels de santé, tout en constituant un mode pertinent d'émergence de nouveaux modèles d'organisation liant entreprises, professionnels, patients et aidants de manière concertée et dynamique. ●

Annonceur

MOTS CLÉS

Gestion
Anticipation
Crise
Innovation
NTIC

dossier

ORGANISATION

L'apport de la technologie et de l'innovation

C'est souvent face à l'adversité que l'ingéniosité de l'homme se révèle, sortant de sa zone de confort, pour finalement réaliser que ce qui avait fonctionné par le passé devait être remplacé. La crise sanitaire et sociale que nous traversons est probablement un de ces moments où nous devons nous réinventer, et la gestion hospitalière n'y échappe pas : est-ce que la technologie ne pourrait pas apporter à ce secteur ce qu'elle apporte à d'autres secteurs économiques, c'est-à-dire une capacité à réinventer une façon de fonctionner plus efficace (moins de temps passé à des tâches à faible valeur ajoutée) et des prises de décisions plus informées ?

L'hôpital a été normalement pensé pour pouvoir toujours disposer de capacités d'accueil disponibles quand un patient arrive à sa porte. Ce principe induit que les capacités soient dimensionnées pour une situation normale et conforme à une moyenne d'occupation relativement stable (hors tensions hivernales prévisibles et connues). Que se passe-t-il quand les patients affluent et que les capacités (médecins, personnel soignant, médicaments, lits...) viennent à manquer ? L'hôpital se retrouve dans une gestion de la pénurie à laquelle il n'est pas nécessairement habitué, surtout si elle sort des régularités saisonnières. Actuellement, nous arrivons à gérer la crise, mais à quel prix d'efforts de coordination, de partage d'information, qui jusqu'ici n'était pas aussi fluide, de réunions et de vidéoconférences afin de prendre des décisions, parfois difficiles, pour allouer les ressources disponibles aux plus prioritaires ?

Cette gestion de l'adéquation de l'offre capacitaire en fonction des besoins et des priorités à travers un système complexe, c'est ce à quoi les professionnels de la *supply chain* sont confrontés depuis de très nombreuses années. Des processus,

des bonnes pratiques et des solutions technologiques ont été développés et améliorés au fil du temps pour permettre à des décisionnaires d'évaluer la situation, d'appliquer des règles de gestion ainsi que de comparer des scénarios sur la base d'indicateurs de performance et d'objectifs en lien avec leur activité. Certes, la gestion de la pénurie en milieu industriel n'implique que très rarement la vie d'une personne, contrairement à l'hôpital où cette extrémité peut se poser, mais les éléments de prise de décisions sont les mêmes :

- » avoir une vision claire des besoins actuels et futurs ; des capacités disponibles actuelles et futures ;
- » avoir des règles de priorisation claires afin d'allouer les ressources par ordre de priorité ;
- » avoir des indicateurs clairs de performance, à la fois quantitatifs et qualitatifs, pour évaluer les scénarios et prendre des décisions.

Et la question se pose ainsi pour l'hôpital : est-ce possible de réunir en une seule localisation toutes ces informations pour un établissement ou un groupe d'établissements ? Probablement, aujourd'hui, la réponse serait négative, car l'information se situe dans de nombreuses bases de données qui couvrent chaque fonction d'un hôpital mais qui

Tanguy CALLET
Vice-Président
Industry Solutions
09 Solutions

ont parfois du mal à communiquer et à s'interfacer, tout en correspondant plutôt à une vision quantitative de stocks ou d'informations du présent, rarement de l'avenir.

Or, une gestion proactive dans le contexte actuel requiert de prévoir le futur à court, moyen et long termes, avec une capacité à prévoir à la fois les besoins (nombre de patients attendus, courbes d'infections localisées par entité territoriale, règles de répartition des malades) et les différentes capacités disponibles (nombre de lits en réanimation en période normale *versus* en mode Covid...). Il en va de même pour les ressources humaines, les stocks de médicaments et de matériels ainsi que les futures commandes.

Cette gestion de tension suppose la capacité de modéliser correctement un hôpital. Comme le rappelait Claude Evin en 2020, «l'hôpital est une institution complexe avec sa propre gouvernance où interagissent des dizaines de métiers différents qui ne communiquent pas souvent entre eux⁽¹⁾». La barrière de la communication et de l'échange est encore accentuée par la difficulté à partager l'information, dont chacun est détenteur d'une fraction et avec une vue partielle de la situation.

Suite à ce constat, la première solution repose sur la mise en place de processus de collaboration entre les différents acteurs de l'hôpital. Il peut être pertinent de s'inspirer de ce qui se fait dans l'entreprise avec les processus hebdomadaires et mensuels d'alignement entre les besoins et l'offre. Il s'agit de pouvoir, dans un premier temps, obtenir un consensus sur les besoins futurs à un horizon donné, par exemple une vue à deux mois des arrivées hebdomadaires probables de patients. Comme il s'agit d'une prévision, différents avis peuvent être émis mais l'important est de faire en sorte qu'ils contribuent à affiner la prévision finale. Avec cette information, il devient possible de prévoir par nomenclature l'effet de ces besoins sur l'offre capacitaire. D'abord en prévoyant la disponibilité de l'offre (combien de lits, de médecins, etc.), ensuite en appliquant des scénarios d'impact de cette offre par les besoins. En cas de dépassement de la disponibilité, il conviendrait d'appliquer, par scénario, différentes règles de gestion et de priorisation afin que l'ensemble des acteurs puisse mieux anticiper et prendre des actions pour remédier à la future pénurie. En planification, un point crucial repose sur les contraintes de délai de mises en place des décisions (par exemple pour convertir une chambre ordinaire en chambre Covid, pour commander et recevoir des équipements de protection, des

« Au jour des grandes crises, la fièvre des idées est salutaire. »

Émile de Girardin, *Pensées et maximes*, 1867.

médicaments, etc.). Et dans la situation que nous avons connue au printemps 2020, où les fournisseurs ont eux-mêmes été sous contraintes, cette hypothèse doit être désormais prise en compte dès la phase initiale de prise de décision.

Et l'apport technologique dans tout cela ? Le processus décrit plus haut ne peut se faire qu'avec une technologie adéquate qui permette le partage de l'information via les différents métiers hospitaliers. La technologie doit réunir les langages de chacun tout en offrant la capacité de bâtir des ponts entre ces différents codes et cultures : l'un parlera de patient, l'autre de temps d'occupation d'un lit ou de quantité de médicaments restants ou de volume d'oxygène, mais leurs acteurs sont interdépendants et en symbiose tout au long du parcours patient.

Nous constatons aujourd'hui que certaines avancées technologiques comme les bases de données Graph ou le *cloud computing* (tout en assurant la confidentialité des données) permettent de se libérer des contraintes technologiques du passé. Sans ces contraintes, il est possible d'envisager de travailler différemment, de prendre des décisions plus rapidement sur la base d'un vrai consensus partagé. L'objectif final restant, pour l'hôpital, de libérer du temps pour les soignants au service des malades en diminuant les tâches administratives et de planification. ●

NOTE

(1) *Décideurs Magazine*, table ronde « Secteur public hospitalier, acteurs privés : quelles opportunités de collaboration ? », octobre 2020. <https://www.magazine-decideurs.com/news/table-ronde-secteur-public-hospitalier-acteurs-prives-queelles-opportunités-de-collaboration>

Retrouvez-nous sur

www.gestions-hospitalieres.fr



@revue_gh

MOTS CLÉS

Gestion achats
Innovation
Danemark
Achat fondé
sur la valeur
Achat public
HEC Montréal



dossier

ANALYSE

Innover via les achats L'expérience du Danemark

Le secteur de la santé est celui où l'adoption des innovations est la plus difficile⁽¹⁾. Des études internationales ont identifié différentes raisons à cela, l'une d'elles étant la gestion des achats. Un motif encore plus vrai lorsque s'y ajoutent les contraintes du secteur public, qui doit démontrer un processus transparent et équitable envers tous ses fournisseurs⁽²⁾. Depuis une dizaine d'années, le concept de *value based procurement* (achat fondé sur la valeur) séduit. L'objectif est de sortir la gestion des achats d'une simple logique d'économie issue de prix toujours plus bas consentis par les fournisseurs pour des solutions plus sophistiquées, générant d'autres types de bénéfices nécessaires pour le patient ou le milieu de la santé, offrant ainsi davantage de latitude pour intégrer des innovations. Cet objectif louable ne semble pourtant pas si simple à mettre en œuvre. S'il y a bien des expériences menées ici et là dans les hôpitaux⁽³⁾, celles du Danemark se démarquent depuis le milieu des années 2010, avec des organisations de santé qui s'engagent activement dans une démarche d'achats fondée sur la valeur et concluant des partenariats public/privé avec différents fournisseurs. Ce retour d'expérience peut alimenter les actions des décideurs de pays industrialisés aux prises avec les mêmes défis afin de concilier les meilleurs soins possibles tout en contrôlant les coûts.

La gestion par catégorie

Pour bien comprendre la mise en œuvre de l'achat fondé sur la valeur au Danemark, il est important d'appréhender un outil utilisé depuis la fin des années 2000 dans les organisations d'achat du secteur danois de la santé : la gestion par catégorie (*category management*) Encadré 1.

La gestion par catégorie est un concept émergent généralement utilisé dans des organisations de pointe en gestion des achats. Compte tenu de son caractère novateur, plusieurs pratiques peuvent y être associées. La gestion par catégorie telle qu'utilisée au Danemark se veut une extension

d'outils comme le portefeuille d'achats. Ce dernier se décline en une matrice en deux axes, généralement l'importance de l'achat et la dépendance de l'acheteur vis-à-vis son marché fournisseur. Du croisement de ces deux critères, quatre cadrans émergent, avec pour chacun des stratégies d'achats mieux adaptées. Au portefeuille d'achats il est possible d'associer un portefeuille de fournisseurs qui vient lui aussi positionner ces derniers sur deux axes⁽⁴⁾. La gestion par catégorie combine ces deux matrices afin d'amener davantage de nuances dans la stratégie d'achats d'une gamme de produits. La gestion des catégories est construite en tenant compte du risque et de la complexité de l'achat des produits et des services selon la disponibilité des fournisseurs sur le marché. La gestion de la catégorie va ainsi naturellement tenir compte du volume d'achats et du budget de l'organisation. Elle introduit donc une perspective stratégique à la gestion plus traditionnelle des achats.

La gestion par catégorie permet de sortir d'une logique matricielle où l'organisation est limitée à quatre catégories d'achats. Pour le Groupe d'achats de la Capitale du Danemark, il en existe douze à quinze. Naturellement, une catégorie peut elle-même contenir une multitude de sous-catégories. Par

Martin BEAULIEU
M.Sc., chercheur associé,
groupe de recherche
CHAINE, HEC Montréal

Carolina BELOTTI
Ph.D., chercheuse
postdoctorale, HEC Montréal

Lars Dahl ALLERUP
Conseiller-cadre

Miles AHEAD
Cofondateur
de Rethink Value

Claudia REBOLLEDO
Ph.D., professeure
titulaire, HEC Montréal

exemple, la catégorie « orthopédiques » se décline en plusieurs sous-groupes, par exemple, les prothèses de genoux. L'acheteur, ou le gestionnaire de catégorie, gère une à deux catégories au maximum, car il doit se tenir informé des développements dans sa catégorie, que ce soit l'émergence de nouvelles technologies ou les mouvements (fusions, acquisitions) de fournisseurs. Cette mise à jour est réalisée périodiquement, tous les trimestres, afin que le gestionnaire de catégorie puisse demeurer au fait des plus récentes évolutions. La gestion par catégorie amène une étude du marché fournisseur afin d'identifier la source d'approvisionnement qui correspond le mieux aux besoins de l'organisation. *A priori*, cette affirmation peut sembler être l'objectif naturel de la gestion des achats, mais la gestion par catégorie amène l'acheteur à prendre aussi en considération les besoins du fournisseur, pas seulement ceux de sa propre organisation. La gestion par catégorie devient pratiquement un outil marketing où l'acheteur doit voir comment il peut être attirant pour le fournisseur. Inversement, le gestionnaire de catégorie évitera certaines stratégies avec certains fournisseurs s'il n'a pas développé une relation suffisamment solide avec eux. Pour le Groupe de la Capitale, les gestionnaires de catégorie ont recours à des grilles d'analyse intégrant les caractéristiques du produit, du marché fournisseur et de l'environnement pour définir la relation d'affaires avec le fournisseur⁽⁵⁾.

L'achat fondé sur la valeur

En 2016, les cinq groupes régionaux danois lancent l'initiative « Les soins de la santé du Danemark fondée sur la valeur » ("The Danish Value-based Health Care Initiative"). En 2017, tous les groupes ont implanté ces éléments dans les hôpitaux et dans les régions afin d'étudier les bénéfices pour le patient et les coûts. Comme tous les ans, un accord est conclu entre le ministère des Finances et les cinq groupes régionaux qui indiquent à ce moment-là leurs priorités.

Les contrats traditionnels avec les fournisseurs sont de quatre ans, sept ans, parfois dix ans. Avec un achat fondé sur la valeur, le principal objectif est de dégager des ententes à long terme avec les fournisseurs qui permettraient d'intégrer des bénéfices cliniques, un partage des risques ainsi qu'une réduction des coûts dans une logique de coût total. Ce type d'entente est bien adapté pour les produits stratégiques – tels les implants ou défibrillateurs utilisés dans les blocs opératoires –, pour lesquels l'hôpital et les fournisseurs se trouvent dans une forme de dépendance mutuelle, avec un haut niveau de personnalisation, d'une gestion complexe (et avec des enjeux de réduction du risque de pénurie).

Traditionnellement, les achats publics tendent à développer des appels d'offres avec des spécifications très détaillées pour lesquels les fournisseurs vont chercher à contraindre le plus possible les coûts. Avec la stratégie fondée sur la valeur, les cinq régions d'achats danoises ne mettent pas l'emphase sur les spécifications, elles amènent les acheteurs ainsi que les hôpitaux à travailler avec l'industrie pour trouver des solutions. Il est possible que la soumission la plus coûteuse à court terme remporte l'appel d'offres, car elle génère le plus de valeur socio-économique pour le patient et le système de santé.

Pour le Groupe de la Capitale, l'objectif initial était de créer un *pipeline* de projets sous l'égide d'un nouveau département, le Procurement Development & Strategic Partnership (Développement des affaires et partenariat stratégique), visant à utiliser les principes de l'achat fondé sur la valeur afin d'y développer des partenariats public/privé.

Ce *pipeline* de projets s'est décliné en trois phases sur cinq ans. L'un des buts était d'offrir au système public de santé un accès à des technologies novatrices, ce qui peut se traduire sous forme d'ententes avec des entreprises de plus petite taille, en démarrage (start-up), qui souhaitent offrir des innovations, mais qui n'ont pas une réputation financière aussi bien établie que les multinationales. De telles entreprises ont maintenant de meilleures chances de devenir des fournisseurs du secteur public. Ainsi, pour la période 2017-2019, sept projets ont été déposés comme autant de partenariats devant le conseil régional, celui-ci autorisant à poursuivre la démarche d'achats.

Le point de départ de ces partenariats était de solutionner des problèmes qui peuvent prendre la forme de goulots cliniques, tel le manque de certains spécialistes, pour répondre aux évolutions démographiques

NOTES

(1) B. Collins, *Adoption and Spread of Innovation in the NHS*, Londres, The King's Fund, 2018.

(2) M. Beaulieu, C. Rebolledo, *Innovation et gestion de l'approvisionnement : l'expérience québécoise de la santé*, Montréal, Groupe de recherche CHAÎNE, 2019.

(3) R. Talec, F. Anselme, C. Hervouët, « Optimiser les processus médicaux : l'exemple du CHU de Rouen en cardiologie », *Gestions hospitalières*, n°594, 2020.

(4) R. Nellore, K. Soderquist, "Portfolio approaches to procurement: Analysing the missing link to specifications", *Long Range Planning*, vol. 33, n°2, 2000, 245-267.

(5) R. F. Olsen, L.M. Ellram, "A portfolio approach to supplier relationships", *Industrial Marketing Management*, vol. 26, n°2, 1997, 101-113.

ENCADRÉ 1 L'achat public au Danemark*

Le 1^{er} janvier 2016 entrait en vigueur la loi sur les achats publics. Les règlements veillent à ce que le processus d'appel au marché soit ouvert et transparent pour les entreprises privées qui souhaitent déposer une soumission. Ce processus doit naturellement respecter les directives de l'Union européenne. Tous les ans, le secteur public danois réalise des achats de produits ou de services totalisant environ 40 millions d'euros. Par leurs volumes, les achats publics de produits et de services sont d'abord dominés par les municipalités, avant le gouvernement et les autorités régionales.

Les achats du secteur public de la santé sont pris en charge par cinq groupes régionaux, responsables des achats de leur territoire. Par exemple, le Groupe de la région de la Capitale gère les achats de onze hôpitaux publics, responsable de plus de 30 % des achats du secteur de la santé**.

Il y a aussi des appels d'offres qui impliquent deux ou trois régions, dans certains cas, pour l'ensemble du pays. Les achats de médicaments font l'objet d'achats nationaux par un groupe distinct. Il existe aussi des projets pour réaliser des appels d'offres avec d'autres pays nordiques.

* Sauf avis contraire, les informations de cet encadré proviennent de la *task force* Health Care, "Market Study: Aligning Dutch Smart Solutions to Danish Opportunities", 2017.

** L.D. Allerup, *Value-Based Procurement through Public-Private Innovation Projects in The Capital Region Denmark: Working across Silos and Teaming up to Create Value*, 2020.

de la population de la région. De ces sept projets, trois tiraient leur origine d'un hôpital, deux de fournisseurs et deux avaient été promus par le Procurement Development & Strategic Partnership. L'autre dimension qui peut freiner un projet est la crainte de développer un marché unique entraînant, lors du renouvellement du contrat, le risque d'un seul fournisseur pour y répondre. Dans ces conditions, l'entente conclue peut contenir des clauses permettant la présence d'un nombre plus important de fournisseurs potentiels lors de l'appel d'offres suivant.

Les enseignements

Les sept projets mis en œuvre entre 2017 et 2019 ont été facilement identifiés, décidés et initiés. Les partenariats ont été conclus sur une période de deux à huit mois par le Procurement Development & Strategic Partnership. Pour mener ces projets, les acheteurs ont mis à contribution des compétences traditionnelles, comme celles associées à la négociation, à la rédaction des contrats et à la gestion de projets. Cependant, la conclusion de partenariat stratégique d'innovation exige une très bonne compréhension des processus cliniques et de la technologie qui s'y rattache, et ce pour l'ensemble de l'épisode de soins afin d'identifier les zones où de la valeur peut être créée. Par la suite, le gestionnaire achat doit être en mesure de faire la promotion de son marché, une compétence encore plus

critique pour un petit pays tel que le Danemark qui fait face à des fournisseurs générant des activités mondiales. D'autres enquêtes ont pointé aussi l'importance pour les acheteurs de développer de nouvelles compétences afin de mieux prendre en charge les innovations dans le processus de mise sous contrat⁽⁶⁾. À cet effet, il ne faut pas négliger la mise en œuvre de la gestion par catégorie qui a permis d'introduire de nouvelles pratiques de gestion auprès d'acheteurs et de développer de nouveaux réflexes utiles dans une logique de gestion des achats fondée sur la valeur, tel par exemple le volet d'attractivité centré sur la compréhension des besoins des fournisseurs. La gestion par catégorie est un concept intuitivement intéressant, mais qui n'est pas simple à mettre en œuvre.

La définition de la valeur combinée à l'enjeu de la maturité organisationnelle, comme critère de sélection, recoupe les conclusions d'une étude menée par HEC Montréal auprès de quinze organisations de la santé à travers le monde afin de comprendre leur processus de mise sous contrat des produits de spécialité de bloc opératoire (tels des défibrillateurs ou des implants). Face aux questionnements sur la définition de valeur, cette étude concluait que les initiatives d'achat fondé sur la valeur se développaient autour de projets avec des données cliniques recueillies depuis plusieurs années⁽⁷⁾.

L'expérience des gestionnaires de catégorie associée à une bonne sélection des projets et combinée à la présence de champion dans les hôpitaux où seront mises en œuvre les initiatives peut expliquer le bon taux de succès. En effet, six des sept projets précités sont encore opérationnels au début de l'année 2021, le dernier a été annulé pour revenir à une stratégie plus traditionnelle de gestion des fournisseurs. Encore, une fois, si l'on regarde les conclusions de l'étude menée par HEC Montréal, ce volet est celui qui mériterait les ajustements les plus substantiels pour plusieurs des quinze expériences documentées. De façon plus générale, la gestion de la performance dans le domaine des achats est un axe qui mérite un redressement. Dans ce contexte, il faut développer un langage commun entre l'acheteur et le fournisseur et trouver une définition commune de la valeur. Malgré les années passées à développer cette stratégie de gestion des achats fondée sur la valeur, il n'y a pas encore de recette unique. Il y a bien des étapes clés, mais il semble que chaque dossier présente ses particularités dont il est difficile de dégager une démarche normalisée. Dans ce contexte, d'autres organisations qui souhaitent emprunter le chemin de la gestion des achats fondée sur la valeur devraient accepter de passer par une phase d'apprentissage afin d'adapter les meilleures pratiques à leur contexte. En ce sens, réussir des achats fondés sur la valeur exige du leadership, l'appui de la direction des hôpitaux, un engagement des décideurs politiques, des investissements stratégiques ainsi que des compétences fortes en achats.

La collaboration entre le financeur du système de santé, l'industrie des sciences de la vie et les cliniciens peut générer d'importants bénéfices. Même au Danemark, où cet objectif est poursuivi par l'entremise de l'achat fondé sur la valeur, le plein potentiel de cette coopération reste encore à se matérialiser. Les premières initiatives démontrent des gains intéressants, mais il reste à en tirer des apprentissages. ●

NOTE

(6) D. Crisan, "Buying with Intent: Public Procurement for Innovation by Provincial and Municipal Governments", *School of Public Policy Publications*, vol. 13, 2020.

(7) M. Beaulieu, C. Belotti, C. Rebolledo, « Stratégies d'achats des produits de spécialités en établissement de santé », 13^{es} Rencontres internationales de la recherche en logistique, octobre 2020.

ENCADRÉ 2 Le système de santé danois*

Le Danemark compte 5,8 millions d'habitants. Son réseau de santé est public, placé sous la direction de l'État comme assureur unique. Il constitue toutefois un réseau décentralisé comme celui d'autres pays scandinaves tels que la Finlande, la Suède ou la Norvège. L'État émet des objectifs nationaux et cinq régions sont responsables de la gestion des hôpitaux sur leur territoire**. Un tel modèle contraste avec d'autres systèmes plus centralisés comme l'Angleterre. Les hôpitaux danois sont donc publics et les médecins sont des travailleurs autonomes. Il existe quelques hôpitaux privés, mais ils sont très marginaux, représentant moins de 1 % de tous les lits hospitaliers du pays. Ces deux dernières décennies, les hôpitaux danois ont accru leur productivité. Les objectifs actuels sont de meilleurs résultats via un contrôle des coûts. Le secteur de la santé représente un peu plus de 10 % du produit intérieur brut du pays (avant la pandémie de Covid-19).

** Sauf avis contraire, les informations de ce tableau proviennent d'OECD data: Denmark, 2020 - data.oecd.org/denmark.htm

** S. Wadmann, J. Kjellberg, "Value-Based Procurement of Hospital Medicines", 2018 - www.kora.dk/media/8626485/11552_value-based_procurement.pdf

Annonceur

MOTS CLÉS

Impression 3D
Ferme Port-Royal
Dispositifs médicaux
Covid-19
Marquage CE

dossier

INITIATIVE

L'impression 3D sanitaire d'urgence

Les travaux de la « ferme » de Port-Royal

Face aux risques de pénurie de dispositifs médicaux dans les établissements publics de santé, une dynamique interprofessionnelle inédite a germé durant la première vague de Covid-19. Ingénieurs et soignants ont travaillé de concert pour concevoir, financer et installer en dix jours la plus grande plateforme mondiale d'impression 3D sanitaire au cœur du cloître de Port-Royal (hôpital Cochin, AP-HP).

Les établissements de santé sont actuellement dans une situation paradoxale : confrontés à des impératifs budgétaires, réglementaires et à des enjeux de performance croissants, ils doivent parallèlement être porteurs de projets différenciants, sources d'attractivité, de fidélisation et de positionnement international. La faculté d'innover à l'hôpital découle ainsi d'intuitions disruptives, portée par les professionnels et nourrie de talents multiples.

Durant la première vague de la pandémie liée au Covid-19, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a été sur le front de la lutte contre le virus et au cœur de questions sanitaires inédites. Submergée par le flux de patients infectés, l'institution a dû faire face à des risques de rupture de chaînes d'approvisionnement internationales. La fourniture de dispositifs médicaux, devenue un goulot d'étranglement, mettait au défi la sécurité des usagers, des agents et le fonctionnement général des établissements de santé.

De nombreuses initiatives internes ont fleuri pour pallier ces risques d'incidents, dont la « ferme » d'impression 3D de Port-Royal. Initiative inédite et preuve de concept très suivie dans le microcosme de l'innovation hospitalière, son financement a été entièrement privé⁽¹⁾ et s'est fondé sur

un partenariat public/privé avec, pour maître d'œuvre, une start-up parisienne d'ingénierie spécialisée dans l'impression 3D médicale, Bone 3D. La mise en place de cette initiative hospitalo-universitaire s'est faite en moins d'une semaine, pour une production à date de 40 000 dispositifs médicaux distribués gratuitement. Ce projet constitue un modèle en termes de structure et de logistique (*figure 1*).

L'impression 3D à l'hôpital public

Enjeux technologiques et réglementaires

L'introduction de l'impression 3D au sein des établissements de santé a historiquement été portée par les services de chirurgie maxillo-faciale au début du 21^e siècle. Cette technologie permet de produire en quantités industrielles et avec des investissements limités des objets en divers matériaux – de la résine au titane de qualité chirurgicale – et des modèles anatomiques interactifs « opérables » d'un réalisme saisissant. Tournée vers la production de divers types de prothèses, de guides chirurgicaux et d'implants, elle s'est également consacrée à produire des

Jeanne BERTRAND

Responsable de projets santé, numérique et territoires
Service de chirurgie sénologique, gynécologique et reconstructrice
Institut Curie, Paris

Roman HOSSEIN KHONSARI

Service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique
Hôpital Necker-Enfants malades, AP-HP
Faculté de médecine Université de Paris

modèles anatomiques destinés à la préparation des interventions et à l'enseignement. L'utilisation de cette technologie s'est ensuite étendue aux autres praticiens des « tissus durs » (odontologues, orthopédistes, neurochirurgiens, ORL).

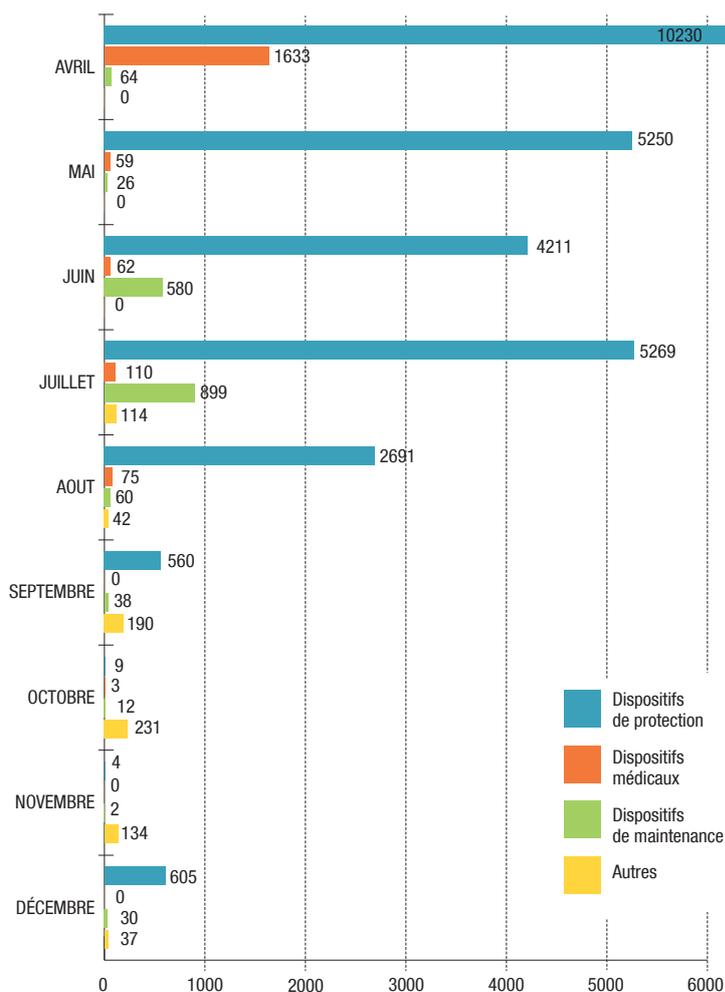
En deux décennies, les plateformes d'impression 3D hospitalières sont ainsi devenues de potentiels comptoirs d'innovation et de production d'une remarquable efficacité, reposant sur l'interaction soignants/ingénieurs et pouvant toucher tous les professionnels d'un établissement de santé : médecins, paramédicaux, administratifs, techniciens, enseignants.

Tous les objets produits en 3D et relevant de la catégorie des dispositifs médicaux doivent suivre un protocole de validation exigeant, dicté au niveau européen par le règlement 2017/745⁽²⁾, souvent difficile à mettre en place au sein d'une structure de soins. Applicable en France à partir de mai 2021 (retard dû à la pandémie), ce mécanisme impose des procédures de gestion de risques et de contrôle qualité exigeantes, ainsi qu'un marquage CE pour l'ensemble de la chaîne de production – et non pour chaque dispositif produit – depuis les logiciels de conception jusqu'aux installations de post-traitement⁽³⁾. En pratique, l'application de ce règlement en vigueur entraîne deux difficultés principales :

- » un frein à la production des dispositifs médicaux en série – même limitée à quelques pièces –, car le marquage CE est nécessaire pour chaque unité (une procédure très lourde à mettre en place) ;
- » une production sur site exclusive ne permettant pas la commercialisation des dispositifs ou même leur transfert vers d'autres établissements de soins (par exemple depuis l'AP-HP vers un établissement en région).

Il est important de noter que l'activité actuelle de tous les laboratoires de prothèses et de divers lieux de manufacture tels que les salles de plâtre ou les unités d'ergothérapie – structures indispensables à de nombreux services cliniques – entre dans le cadre de la production de dispositifs médicaux sur mesure et tombe ainsi dans le champ du règlement 2017/745. Formellement, toutes ces installations devront être mises aux normes voire fermées dès le printemps 2021. Ainsi, le virage institutionnel vers

FIGURE 1
Production par tranche de trois mois
Des équipements de protection contre le Covid-19
vers une intégration dans l'univers AP-HP



La « ferme » d'impression 3D de l'AP-HP, au cœur de l'abbaye de Port-Royal de Paris.



NOTES

(1) 1,2 million d'euros donné par le groupe de luxe français Kering.

(2) <https://eur-lex.europa.eu>

(3) Les établissements de santé ne souhaitant pas ou ne pouvant pas devenir fabricants de dispositifs peuvent faire appel à un prestataire privé installé dans leurs locaux, qui assure les démarches réglementaires et prend la responsabilité de la production.

la production de dispositifs médicaux en interne apparaît comme un défi réglementaire, une opportunité d'introduire des structures d'innovation au sein de nos institutions, mais surtout comme un impératif sanitaire pour des pans entiers de nos champs d'activité.

L'impression 3D durant la première vague Covid-19

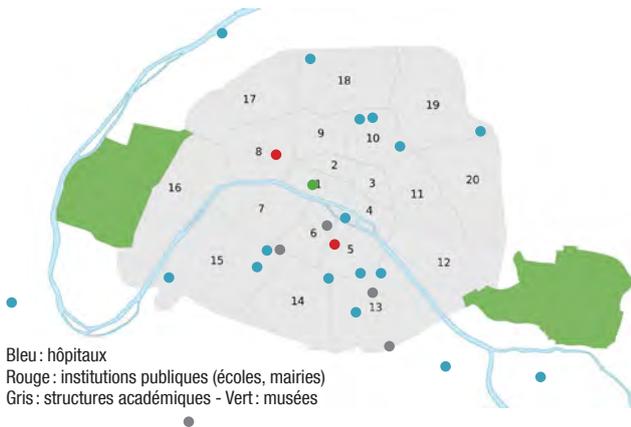
Au cœur de la crise liée au Covid-19, un projet collaboratif mené sous le patronage de l'université et de l'hôpital a permis d'installer au sein de l'abbaye de Port-Royal de Paris une usine de production de matériel médical par impression 3D. Soixante imprimantes 3D gérées par Bone 3D ont été mises gratuitement à la disposition de tous les soignants de l'AP-HP, avec la possibilité de bénéficier 24h/24 des compétences de dessin 3D d'ingénieurs de haut niveau. La production a représenté près de 40 000 dispositifs imprimés et distribués (figure 2), en interaction avec la quasi-totalité des hôpitaux et des services de l'AP-HP (figures 2-3) ainsi que d'autres institutions publiques du Grand Paris⁽⁴⁾.

La production de la plateforme, initialement focalisée sur des dispositifs de protection individuelle et de dispositifs médicaux pour les services de réanimation (embouts, connecteurs), a progressivement évolué selon trois axes :

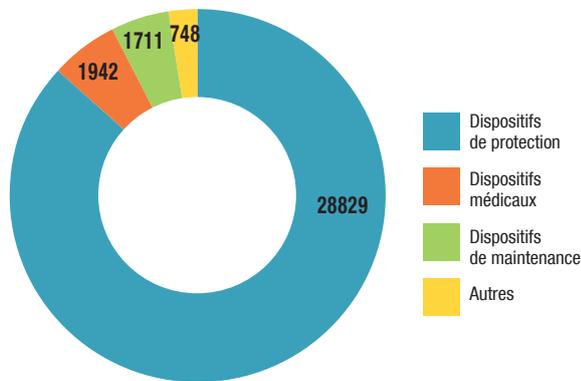
- » intégration dans l'activité journalière, avec production de dispositifs de maintenance pour une large gamme de services techniques;
- » intégration dans l'activité académique, avec production de modèles anatomiques et de simulateurs⁽⁵⁾;
- » intégration dans l'activité sociale et culturelle, avec la génération de projets artistiques⁽⁶⁾ – prochainement exposés au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

En termes de visibilité, l'équipe de la plateforme est à l'origine de la publication de six papiers dans des revues à comité de lecture ainsi que d'une centaine d'articles dans les principaux médias européens, donnant ainsi une image moderne et dynamique de la gestion de la crise par l'AP-HP et l'université. Le concept de ferme d'impression 3D d'urgence place le CHU francilien dans une position unique sur les plans national et international, avec la perspective de développer des satellites dans de nombreux sites, dont Kinshasa (République démocratique du Congo) et Yerevan (Arménie).

FIGURE 2
Zone de travail de la plateforme... couvrant la plupart des hôpitaux de l'AP-HP



et diversité de production en interaction avec tous les corps de métier AP-HP



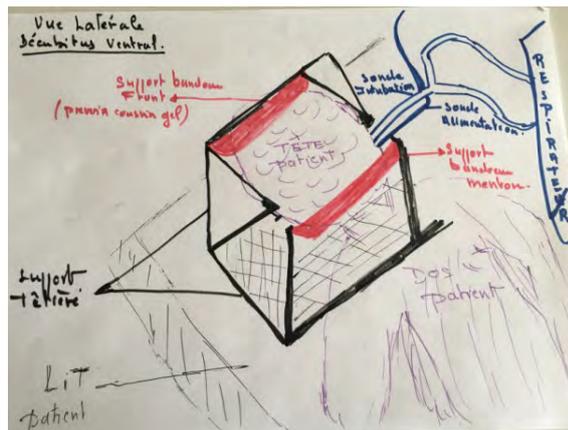
NOTES

(4) L'équipe de la plateforme a ainsi travaillé avec près de 200 partenaires au sein des hôpitaux parisiens, dans les tous les corps de métier de notre structure et a réalisé près de 126 projets dont 10 sont en cours d'examen par l'OTT & PI pour déposer de brevets et valorisation.

(5) Modèles opérables de tumeurs de bassin pour l'orthopédie, modèles de démonstration de l'anatomie clitoridienne pour des femmes victimes de mutilation génitales, modèles anatomiques simplifiés du thorax et de l'abdomen pour les consultations de médecine générale dédiées aux migrants, etc.

Support de décubitus ventral

À gauche, le schéma initial de Nicole Bénévise, à droite l'objet final conçu par l'équipe d'ingénieurs de la plateforme.



Trois exemples de fonctionnement de la plateforme 3D d'urgence

» **Support de décubitus ventral**: le 7 avril 2020, Nicole Bénévise, cadre infirmière à l'hôpital Bichat, alerte l'équipe de la plateforme des risques d'escarres du visage pour les patients Covid-19 qui séjournent de manière prolongée sur le ventre et il imagine un dispositif simple qui vise à prévenir ces lésions de pression au niveau de la face. En 48 heures, les ingénieurs de la plateforme produisent des prototypes testés et validés par les cliniciens. Trente supports de décubitus ventral sont ainsi distribués au sein de l'AP-HP, et ce dans plusieurs services de réanimation. Cet exemple illustre un des avantages majeurs de la technologie 3D par rapport aux méthodes industrielles classiques: la flexibilité de production, même en très faible quantité, des variantes d'un modèle de base.

» **Poignées de porte sans contact**: autre exemple de cette flexibilité de production, près de 4000 poignées de porte sans contact de 30 modèles différents⁽⁷⁾ ont été produites et installées pendant la crise dans diverses institutions publiques⁽⁸⁾.

» **Porte-fil de chirurgie cardiaque**: le 11 avril 2020, le Pr Patrick Nataf, chef de service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique à l'hôpital Bichat, se présente à la plateforme pour dupliquer un porte-fil cardiaque, indispensable à son activité et en situation de rupture. Le dispositif n'étant pas breveté, l'équipe d'ingénieurs a produit et modifié légèrement l'objet par ajout d'un plot, comme souhaité par les chirurgiens. Ce développement rapide souligne un énième avantage de l'impression 3D: une prise d'indépendance notable et nécessaire vis-à-vis des chaînes d'approvisionnement internationales.



Poignées de porte sans contact

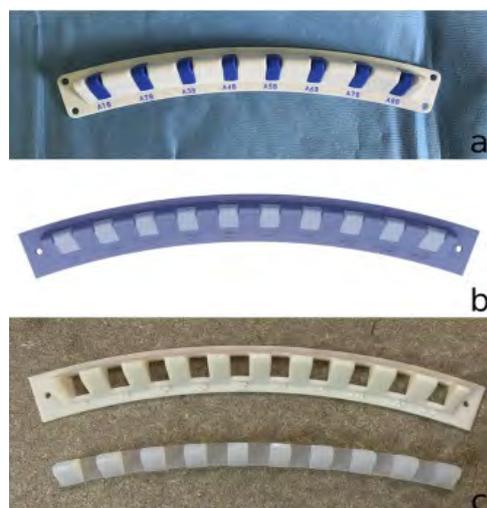
En haut, première ligne: version initiale des poignées, trop volumineuse et rapidement abandonnée. En bas à gauche: version finale paramétrique. En bas à droite: Pierre-Marc François, ingénieur biomédical, installant une poignée sans contact dans une école élémentaire de la Ville de Paris.

Bilan

Un échec institutionnel et réglementaire ?

Après une année de fonctionnement, la décision a été prise en mars 2021 d'interrompre la production centralisée par impression 3D à l'AP-HP, de disperser les imprimantes au sein de l'institution sur la base d'un appel d'offres et de mettre fin à la collaboration avec le prestataire privé. À défaut, un centre de conception sera probablement maintenu, avec une capacité de production limitée.

Concrètement, la surcharge de travail liée à la situation sanitaire n'a pas permis d'investir de moyens humains dans la réflexion sur la mise en place en interne de la production de dispositifs médicaux. Pourtant, de grands CHU de province (Strasbourg, Lille, Hospices civils de Lyon), le service de santé des armées ou encore des structures privées (Ramsay Santé) mettent d'ores et déjà en place des structures de production centralisées par impression 3D sur la base de l'expérience de l'AP-HP. L'évolution actuelle de la plateforme de l'AP-HP souligne ainsi des particularités de fonctionnement qui tendent à complexifier le développement de projets innovants portés par des soignants, à savoir une tendance institutionnelle à favoriser une gouvernance plus administrative sans interaction souple avec les instigateurs ou une certaine réticence à mettre en œuvre des projets considérés comme risqués.



Porte-fil pour chirurgie cardiaque.

- (a) Le modèle original
- (b) Le design 3D avec ajout d'un plot
- (c) Le dispositif imprimé avec base en ABS (plastique) et plots en silicone médical injectable dans un moule imprimé en ABS.

NOTES

(6) Projet lié au Covid-19 de l'artiste Olga Kisseleva, projets pour enfants présentant des malformations faciales de l'artiste Laurent Saksik, partenariat avec les étudiants de l'École nationale supérieure des arts décoratifs, travail de documentation avec l'artiste Christelle Téa, etc.

(7) Cf. P.-M. François, X. Bonnet, J. Kosior, J. Adam, R.H. Khonsari, "3D-printed contact-free

devices designed and dispatched against the COVID19 pandemic: the 3D COVID initiative", *J Stom Oral Maxillofac Surg* 2020;26:S2468-7855(20)30157-9.

(8) Hôpitaux de l'AP-HP, écoles publiques de la Ville de Paris, administrations hospitalières, centres de recherche affiliés à l'université de Paris, et même centres de lutte contre le cancer à Paris et en province.



La « ferme » d'impression 3D de l'AP-HP, au cœur de l'abbaye de Port-Royal de Paris.

En réponse à la crise, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié le 22 avril 2020 une fiche d'encadrement inspirée d'une décision européenne, précisant les exigences pour la production de dispositifs médicaux imprimés en 3D. Dans un contexte de crise, il aurait été possible de répondre à ces exigences grâce à la participation du partenaire privé du projet, rompu à ces démarches. En réalité, l'ensemble des dispositifs médicaux produits par la « ferme » ont gardé le statut de prototypes et aucun dispositif imprimé en 3D durant la crise de Covid-19 en France n'a pu être validé par l'ANSM, contrairement au Royaume-Uni et en Espagne.

Cet échec incite à engager une réflexion générale autour de la production de dispositifs médicaux en interne, notamment pour clarifier le rôle des partenaires industriels capables d'endosser la responsabilité de la manufacture.

En termes de valorisation, le projet de Port-Royal ouvre deux perspectives :

» l'installation de plateformes similaires en France ou à l'étranger, avec de la propriété intellectuelle sur le modèle défini à l'AP-HP ;

» la mise sur le marché de certains dispositifs conçus au sein de la « ferme ». Ces deux axes sont en cours d'étude avec Bone 3D mais ils n'ont pas encore été formalisés. Ce délai s'explique par un certain blocage culturel de nos institutions vis-à-vis de la valorisation financière de projets internes réalisés en collaboration avec des partenaires privés. Des initiatives en cours – création d'un comptoir d'innovations à l'Hôtel-Dieu en lien avec de nombreuses entreprises de biotechnologie, activités de la filiale AP-HP International, dynamique de l'Office du transfert de technologie et des partenariats industriels (OTT & PI) – visent cependant à faire évoluer ces conceptions.

Grâce à l'expérience acquise durant la pandémie, et sur la base de l'important parc matériel disponible, la mise en place pérenne d'une politique d'impression 3D est cependant envisageable et comprendrait les points suivants :

» un centre de production stratégique où les ingénieurs seraient au contact des soignants ;

» une diversification technologique et la mise aux normes des chaînes dans une logique de relocalisation industrielle, avec l'appui de structures comme l'Agence générale des équipements et des produits de santé (AP-HP) ;

» des liens renforcés avec les entreprises de la région afin de valoriser les projets développés par les soignants – en lien avec des structures comme l'OTT & PI ;

» une implication dans des projets pédagogiques, en France et à l'étranger, pour former les soignants à ces nouvelles technologies ;

» une insertion de la plateforme dans les interactions soignants/patients via le développement de projets culturels et artistiques participatifs.

L'expérience de Port-Royal a permis de dégager certains principes structurels fondant le fonctionnement d'une plateforme 3D sanitaire. La « ferme » a surtout été l'occasion d'esquisser, l'espace de quelques mois, ce que pourrait être une structure industrielle de fabrication additive adaptée aux dimensions d'un groupe hospitalier comme l'AP-HP. ●

NOTES

(9) https://www.ansm.sante.fr/content/download/176001/2302681/version/1/file/20200410_Covid_Imprimante-3D_DM.pdf

MOTS CLÉS

Covid-19
 CHI de Créteil
 Mégabase
 Données de santé
 Prédiction
 Modélisation
 Gestion de crise



dossier

EXPÉRIENCE

Naviguer dans la tempête Ou l'intérêt d'analyser les mégabases administratives en période de crise sanitaire

L'épidémie du SARS-CoV-2 a souligné l'intérêt mais également la difficulté, au niveau d'un établissement de santé, du suivi de l'évolution de la pandémie afin d'ajuster les moyens hospitaliers mobilisés. Dès la première vague de l'épidémie, le CHI de Créteil a mis en place une cellule d'analyse des données afin d'avoir une visibilité sur les caractéristiques des patients accueillis et de disposer de données prédictives pour aider à la prise de décision.

L'épidémie d'un nouveau type de coronavirus, le SARS-CoV-2, commencée en Chine fin 2019⁽¹⁾ s'est propagée en France début 2020⁽²⁾, imposant l'état d'urgence sanitaire et des mesures de confinement général de la population. Le mode de transmission de ce virus respiratoire a été rapidement identifié, tout comme sa contagiosité. Cependant, en mars 2020, existaient encore de nombreuses inconnues, notamment la durée de survie du virus dans les gouttelettes ou sur les surfaces, les indications du masque FFP2 ou les facteurs de risque de propagation. Assez rapidement, la pathologie Covid-19 a été considérée comme une pathologie potentiellement sévère, avec un taux de mortalité important, notamment chez les sujets âgés, mais il restait de nombreuses interrogations sur les modalités de traitement, les modes de ventilation, les risques chez la femme enceinte ou les formes pédiatriques. Au sein des hôpitaux, des ressources importantes ont été mobilisées pour augmenter les capacités de prise en charge en unité de soins intensifs et réanimation, au détriment de l'accueil des patients souffrant d'autres pathologies. La situation était celle d'un afflux massif de patients porteurs d'une pathologie infectieuse transmissible encore mal décrite, pour laquelle la méthode diagnostique (RT-PCR) commençait tout juste à

être disponible, et ce avec des moyens de protection (masques chirurgicaux et FFP2) rationnés et disponibles uniquement pour les soignants.

Pour un centre hospitalier, une première problématique est la gestion des flux de patients porteurs du Covid-19 ou susceptibles de l'être⁽³⁾. Pour répondre à cet enjeu, le système d'information unique des victimes (Si-Vic) a été utilisé. Cet outil, mis en place suite aux attentats du 13 novembre 2015, a originellement pour objectif d'assurer une remontée auprès du ministère de la Santé du nombre de victimes accueillies, de leur localisation dans tel service de tel établissement, de l'évolution de leur statut (urgence relative, urgence absolue, décédé) et du recollement des identités. Dans le cadre de la crise sanitaire liée au Covid-19, cet outil a été « détourné » pour assurer le suivi du nombre de patients hospitalisés, leur mode de prise en charge et, de façon générale, pour permettre d'assurer une remontée quotidienne du nombre et des caractéristiques des patients dépistés positifs, hospitalisés ou non.

Cependant, à elles seules, ces données sont insuffisantes à l'échelle d'un hôpital pour anticiper de façon fine la nécessité de déprogrammation d'interventions chirurgicales et les ouvertures

Camille JUNG
Mathilde ROUSSEAU
Christos CHOVAID
Robin GONALONS
 Centre hospitalier
 intercommunal, Créteil

Cédric GIORGI
 Kaduceo, Toulouse

C'est dans ce contexte que le CHI de Créteil⁽⁶⁾ a mis en place une stratégie d'analyse au fil de l'eau des bases de données médico-administratives disponibles, dont l'objectif était d'aider à la gestion de la pandémie à l'échelle de l'établissement.

L'expérience du CHI de Créteil

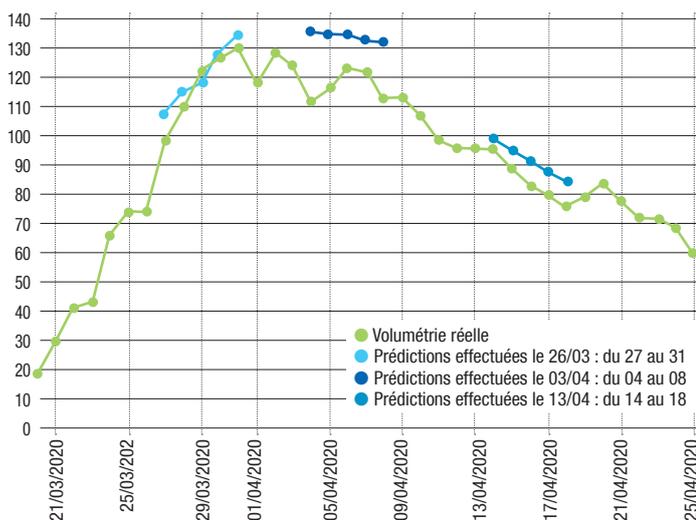
Pour disposer de données de suivi fiables et en quasi-temps réel, une cellule d'analyse a été constituée, regroupant le médecin du département d'information médicale (DIM), un pneumologue, un pharmacien, un médecin du centre de recherche clinique et une société d'analyse de données de santé. Des compétences de biométrie étaient en effet indispensables et, en l'absence de spécialistes de l'analyse des mégabases de santé disponibles en interne, un partenariat avec la société Kaduceo a été établi. Pour Mathieu Ortala, fondateur de la société, «l'objectif était de répondre aux problématiques d'anticipation et de pilotage de la déprogrammation et la reprogrammation des soins ainsi que d'anticiper les tensions en ressources internes liées à la prise en charge croissante des patients Covid+. Nous avons adapté notre approche existante et avons entraîné nos modèles sur les données d'établissements faisant partie des premiers exposés par la pandémie (Grand Est et Picardie)».

Plusieurs analyses ont ainsi été conduites et mises à jour chaque semaine :

- » une description détaillée de la population prise en charge au CHI, intégrant les données sur l'âge, les taux d'admission, les comorbidités, les niveaux de soins requis, les traitements spécifiques entrepris, les durées de séjour, les modes de sortie. Des comparaisons entre chaque vague ont aussi été effectuées ;
- » un modèle de prédiction du nombre d'hospitalisations liées au Covid-19. Ce modèle de prédiction intègre des informations sur l'évolution de l'épidémie tout en gardant les spécificités propres à l'établissement pour lequel sont faites les prédictions. Ce modèle s'est adapté aux différentes phases de l'épidémie : augmentation du nombre de cas, stagnation, diminution. L'erreur moyenne absolue en pourcentage était de 7,5 % pour la première vague, le modèle ayant tendance à surestimer le nombre d'hospitalisations (*figure 1*), ce qui permet une prédiction assez fine des besoins à 7 jours ;
- » un modèle de risque d'aggravation des patients lors de leur arrivée aux urgences⁽⁷⁾. *Figure 2*.

Chaque semaine, un rapport complet synthétisant les résultats d'évolution et les prédictions est transmis à la cellule de crise, qui dispose ainsi de données locales précises et en temps réel, particulièrement utiles dans le contexte de crise. Aurore Latournerie, directrice adjointe chargée de la qualité et coordinatrice de la cellule de crise du CHI, le précise : « Les résultats d'analyse prédictive ont permis de confirmer et, dans certains cas, d'anticiper des prises de décision. L'arrivée de l'outil d'analyse prédictive a permis par exemple de confirmer une accélération sur la durée du nombre d'hospitalisations. Allant au-delà du constat des statistiques quotidiennes régionales, ces données ont par exemple permis d'anticiper l'ouverture de nouveaux capacitaires dédiés aux patients Covid au sein de l'établissement et conduit à un gain de temps dans la recherche des locaux les plus adaptés ainsi

FIGURE 1
Covid vague 1
Prédiction des besoins d'hospitalisation
et situation réelle pour chaque phase
Croissance, stabilité, décroissance



NOTES

(1) World Health Organization, "Pneumonia of unknown cause-China", 2020. www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en

(2) S.B. Stoecklin, P. Rolland, Y. Silue *et al.*, "First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures", January 2020, *Eurosurveillance*, 2020. Feb;25(6): 2000094.

(3) G. Grasselli, A. Pesenti, M. Cecconi, "Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response", *JAMA*, 2020 Apr 28;323(16):1545-1546.

de lits dédiés aux patients Covid, tout autant que les besoins en personnels, notamment paramédicaux.

Une deuxième problématique est d'être capable de prédire les risques d'aggravation du cas des patients afin de permettre une prise en charge optimale⁽⁴⁾ ainsi qu'une meilleure adaptation des ressources hospitalières, par ailleurs limitées, alors que la sélection de patients très sévères, uniquement sur des critères d'admission en réanimation, induit des biais liés à la variabilité des critères d'admission⁽⁵⁾, eux-mêmes dépendants de la disponibilité des lits de soins intensifs dans un contexte de dépassement capacitaire du système de santé.

que des compétences humaines nécessaires.» Les informations analysées et traitées étaient donc approchées comme complémentaires aux données régionales fournies par l'ARS Île-de-France ou par les instituts de santé⁽⁶⁾.

Pour Aurore Latournerie, « la prédiction de diminution continue du nombre d'hospitalisations a également pu éviter de maintenir des organisations dérogatoires sur une durée inutilement longue, en particulier sur la deuxième vague au cours de laquelle l'objectif était de ne pas porter préjudice outre mesure aux patients nécessitant des soins hors Covid. Cela a permis notamment de ne pas maintenir trop longtemps la moitié des blocs opératoires fermés ». L'intérêt de disposer de prédiction sur le plan local, en complémentarité des données fournies par l'ARS Île-de-France et l'institut Pasteur, est souligné par le Dr Hagège : « Les données de l'institut Pasteur sont prédictives et très intéressantes, avec une granularité départementale. Celles de l'ARS nous permettent d'avoir des informations détaillées sur le nombre de patients hospitalisés en Île-de-France, en réanimation, médecin, soins de suite et de réadaptation, mais aussi des données de mortalité et de saturation des lits, avec là encore une granularité départementale. L'outil développé au CHI est à l'échelle de notre hôpital, ce qui a beaucoup aidé à la prise de décisions. »

Conclusion

Cette stratégie d'adaptation à la crise a permis au CHI de Créteil de disposer de prédictions qui se sont révélées *in fine* plutôt proches de la réalité. Par ailleurs, l'établissement individuel d'un risque d'aggravation ou de décès permet de détecter près de la moitié des patients positifs au Covid-19 susceptibles de voir leur état s'aggraver pendant leur hospitalisation, et ce dès le début de leur prise en charge au CHI.

« Une stratégie d'analyse au fil de l'eau des bases de données médico-administratives disponibles a permis d'aider à gérer la pandémie à l'échelle de l'établissement. »

Une telle approche peut d'ailleurs être étendue au-delà d'une période de situation sanitaire exceptionnelle, comme lors de périodes d'épidémies hivernales, qui mettent traditionnellement les systèmes hospitaliers sous tension (lits-portes débordés, patients sur brancards faute de lits d'aval disponibles...). ●

NOTES

(4) F. Zhou, T. Yu, R. Du *et al.*, "Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study", *The Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1054-1062.

(5) Données hospitalières relatives à l'épidémie de Covid-19, Santé publique France, 2020 - <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-hospitalieres-relatives-a-lepidemie-de-covid-19/>

(6) Le CHI de Créteil est un établissement de santé de 430 lits, en partie hospitalo-

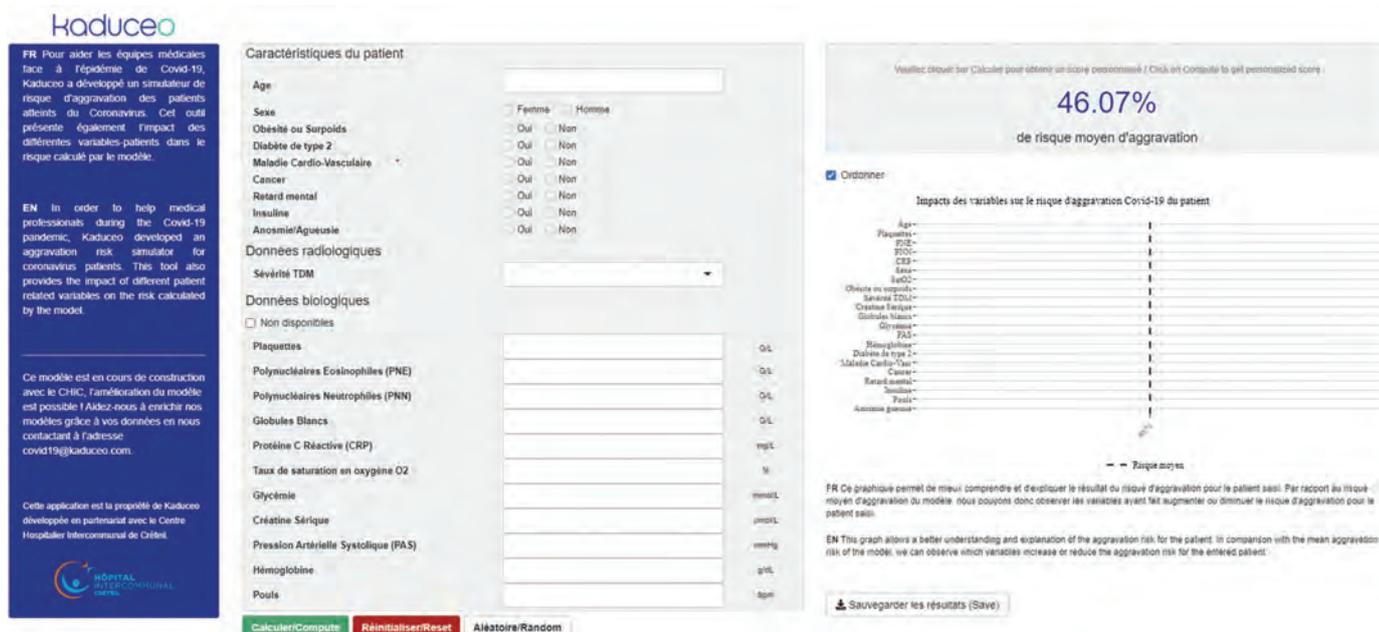
universitaire, comprenant en particulier un important service d'urgences (110 000 passages par an) et une réanimation polyvalente de 12 lits.

(7) <https://scorecovid.kaduceo.com>

(8) www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

FIGURE 2 L'application permettant le calcul du score d'aggravation d'un patient arrivant aux urgences



MOTS CLÉS

Télésemiologie
 CHU Angers
 Simulation en santé
 Télémédecine
 Covid-19
 Cabinet médical
 connecté
 Auto-examen

dossier

ZOOM

La télésemiologie Nouveau champ d'expertise et d'investigation adaptées à la pratique clinique à distance

L'université et le CHU d'Angers, via leur centre de simulation en santé All'Sims, et H4D, pionnier de la télémédecine clinique, ont récemment annoncé la mise en place d'un partenariat tripartite pour former les futurs médecins à la pratique de la télémédecine et pour mener des études scientifiques autour de la télésemiologie, une première en France et en Europe.

En 2020, le nombre de consultations médicales virtuelles a considérablement augmenté, quelle que soit la spécialité médicale, avec plus de 19 millions de téléconsultations remboursées par l'assurance maladie. Une chose est sûre : la crise sanitaire a fortement participé à la démocratisation de la téléconsultation, du côté des professionnels de santé comme de celui des patients. La première vague Covid-19 a vu un boom du nombre de téléconsultations et le deuxième confinement a renforcé son utilité. Cependant, au-delà des déficiences en équipement, 40 % des médecins ne disposeraient pas des outils nécessaires. Ainsi, près d'un quart (24 %) d'entre eux se disent insatisfaits de leur expérience de téléconsultation et 73 % des Français pensent que la télémédecine crée des risques d'erreurs médicales plus importants⁽¹⁾. La difficulté, voire l'impossibilité de pouvoir examiner le patient est une des limites les plus importantes évoquées par les médecins. La société H4D travaille depuis plus de dix ans sur une approche de la télémédecine basée sur la satisfaction des exigences du couple soignant/soigné. Pour permettre une pratique médicale de qualité en médecine de soins, elle a développé la Consult Station, premier cabinet médical connecté de proximité. Dispositif médical de classe IIa certifié selon la directive européenne 93/42/CEE, elle réunit

des instruments de mesure et de capteurs de classe hospitalière, ainsi que des écrans et un système de communication permettant la capture et le partage de données de santé fiables et reproductibles. Cette exigence garantit au médecin la réalisation de l'examen clinique et la pose de diagnostic dans des conditions identiques à celles de son cabinet médical.

La sémiologie classique a été adaptée à l'exercice en visioconférence et à l'utilisation de dispositifs médicaux connectés. Cette nouvelle branche de la sémiologie médicale a été nommée « télésemiologie ».

L'émergence de nouvelles pratiques autour de la télésemiologie

La télésemiologie, adaptation de la sémiologie classique à la télémédecine, reconnaît une double origine : un travail approfondi de réflexion/recherche et la réalité du terrain.

La télésemiologie se fonde non seulement sur une utilisation appropriée des moyens modernes de communication et des dispositifs connectés mais aussi sur l'autonomisation du patient qui, guidé par le médecin, réalise seul une partie de son examen clinique.

Pr Ludovic MARTIN
 PU-PH
 Directeur All'Sims

Dr Albert BRIZIO
 Médecin urgentiste
 CH de Saint-Denis
 Médecin consultant H4D

Dr Valérie FAURE
 Médecin urgentiste
 Hôpital privé
 du Vert Galant
 Médecin consultante H4D

Dr Arnaud WILMET
 Directeur médical H4D

Rendre le patient davantage acteur de sa santé nécessite un accompagnement tandis que le guidage du patient requiert un savoir-faire particulier qui doit faire l'objet d'un apprentissage. Il paraît alors évident que le développement de la télésemiologie ne peut se faire sans la mise en place d'une formation appropriée. Ainsi sont nés un guide de télésemiologie et des protocoles élaborés par l'entreprise partenaire qui visent à standardiser l'approche télésemiologique dans le respect des bonnes pratiques et de la littérature médicale.

Afin de renforcer les bases scientifiques de cette nouvelle forme d'exercice médical et d'en permettre la diffusion, un récent partenariat entre l'université d'Angers (UA), le CHU d'Angers et H4D vise à la fois la validation scientifique et académique des pratiques et le développement de l'enseignement de la télémedecine via la simulation.

Simuler pour s'exercer à la pratique télémedicale

La simulation est une méthode pédagogique qui a connu un essor remarquable ces dernières années. En Amérique du Nord en particulier, elle fait partie intégrante de la formation et de l'évaluation de toutes les professions de santé. Elle est également à la base de nombreux travaux de recherche, tant médicale que paramédicale. Elle comprend l'utilisation de matériel, de la réalité virtuelle ou d'acteurs pour reproduire des situations de soins dans un environnement sécurisé. Le but est d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques, les savoir-faire et les comportements, sans aucun risque pour le patient. Le développement de simulateurs réalistes, parfois très sophistiqués, de la simulation numérique et la collaboration avec des patients standardisés font que cette méthode répond aujourd'hui en grande partie aux besoins de formation initiale et continue des professionnels.

L'université et le CHU d'Angers ont fait le choix depuis maintenant cinq ans de gérer conjointement All'Sims, un centre de simulation en santé. C'est un lieu privilégié de rencontres et de compétences croisées tant en matière de formation que de recherche. All'Sims est un centre de simulation labellisé type 3 par la SoFraSims et la HAS pour son expertise en simulation incluant les missions d'enseignement, de formation et de recherche. Une Consult Station H4D y est installée. Elle sert à la formation des futurs médecins en permettant de reproduire les conditions d'une téléconsultation en visioconférence.

Pour Cécile Jaglin-Grimonprez, directrice générale du CHU d'Angers, « le centre de simulation All'SimS était le lieu idéal pour développer la télésemiologie. Cette innovation s'inscrit dans les trois missions constitutives des CHU : l'enseignement, en étroite collaboration avec l'UA, afin de former les internes et les médecins à cette nouvelle pratique innovante de la consultation ; la recherche puisque la télésemiologie ouvre un champ d'étude nouveau. De plus, la cabine de la société H4D permettra de réaliser, *in situ*, des protocoles de recherche que peu d'établissements seront en mesure de conduire. Enfin, le soin : avec des équipes formées et des

patients sensibilisés, la télémedecine devrait s'inscrire, à terme, comme une nouvelle prise en charge dans le parcours du patient au CHU ».

Explorer l'auto-examen du patient comme alternative à l'examen classique

La pierre angulaire du développement de la télémedecine est la validation académique et scientifique de la faisabilité et de la qualité de l'auto-examen réalisé par le patient guidé par le médecin téléconsultant.

Plusieurs domaines de validation des protocoles ont été actés : urologie, cardiologie, dermatologie, gériatrie, chirurgie digestive, consultation préanesthésie. Les thèmes n'ont pas été choisis par hasard car ils représentent des situations cliniques diverses (parcours patient, sémiologie pure, utilisation de dispositifs médicaux...). La validation reposera dans un premier temps sur des études en simulation utilisant des étudiants ou des patients standardisés, en accord avec l'expertise d'All'Sims.

Tout l'enjeu de la télémedecine d'aujourd'hui et de demain sera de définir ce qui est faisable en pratique télémedicale et ce qui ne l'est pas.

Conclusion

L'ambition de ce partenariat est de former de futurs médecins avec la mise à disposition de la Consult Station et l'enrichissement des protocoles de télésemiologie développés par la société partenaire. En créant, à moyen terme, une formation universitaire spécifique, ce partenariat vise également à formaliser la pratique télémedicale pour garantir une prise en charge optimale des patients à distance et à professionnaliser la télémedecine. ●

NOTE

- (1) Enquête Odoxa-Le baromètre Télémedecine de l'Agence du numérique en santé (ANS), octobre 2020.

MOTS CLÉS

EHESP
 Formation
 Management
 Motivation
 Développement
 personnel
 Confiance en soi
 Compétences

dossier

REGARDS CROISÉS

Quand management rime avec ingénierie de la formation

Les pratiques de l'enseignement supérieur et celles du management d'un établissement de santé peuvent, de prime abord, sembler éloignées. Pour dépasser cette caricature, les auteures, professionnelles de la formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), ont souhaité croiser leurs regards sur l'ingénierie de la formation et le management.

Susciter l'engagement d'un groupe

**Anne-Laure
 SCHARDT-RIQUET**

Directrice d'hôpital
 Chargée d'enseignement RH
 EHESP



Échangez avec les auteures et consultez les ressources évoquées via l'adresse <https://padlet.com/alriquet77/pedagogieetmanagement> ou en flashant le QR code.

Comment motiver sans imposer ? Cette question a traversé mon exercice professionnel en établissement de santé. Les théories de la motivation sont nombreuses et indissociables de l'industrialisation.

Le temps des ingénieurs (Frederick Taylor, avec l'organisation scientifique du travail, ou Henri Fayol, qui a posé les bases de l'administration des entreprises) a laissé la place à une critique de ces « temps modernes » en se basant sur une approche plus psychologique. Les différentes théories de la motivation ont permis d'améliorer les conditions de travail en les considérant comme un levier puissant pour le bien-être des individus comme pour la performance des organisations. J'ai été surprise de retrouver ces mêmes questionnements dans le cadre de mes activités d'enseignante-experte en ressources humaines à l'EHESP. En effet, tout l'enjeu est de susciter l'engagement d'un groupe qui n'a pas toujours choisi d'être présent et peut se sentir « contraint » dans son parcours professionnel.

Dans cette perspective, dans son ouvrage *Humanité, une histoire optimiste* (2020), l'écrivain et historien néerlandais Rutger Bregman donne des clés de compréhension utiles. Au chapitre 13, il rapporte ainsi le succès économique et social

d'entreprises de l'économie solidaire qui ont « placé un anarchiste » qui refuse de diriger. De même, il encourage, à l'image du tableau *Les Jeux d'enfants* (1560) de Pieter Brueghel l'Ancien, de développer le *ludens* dans la pédagogie. À l'EHESP, j'ai pu améliorer l'engagement des participants de toutes les filières de formation en utilisant des outils pratiques et une démarche pédagogique structurante, l'« approche par compétences », qui m'a été proposée par l'équipe d'ingénieurs du centre d'appui à la pédagogie (Capp) de l'école.

Voici ce que cela a fait évoluer de manière très concrète dans mes enseignements :
 ► un travail en amont non pas sur ce que je dois traiter en tant qu'enseignante mais sur ce que les apprenants sauront faire à l'issue du temps de travail. Par exemple, ils ne doivent pas « tout savoir sur un domaine d'activité » mais être en

capacité de lister les principales sources d'information et de les traiter afin d'être autonomes sur cette même thématique; » une personnalisation des parcours via un test de positionnement en amont. Ainsi, chaque apprenant ira chercher en ligne les ressources mises à sa disposition (cours réalisés avec un appui de l'équipe pédagogique, conseils de lecture, *podcast*, *serious game*...);

» un renforcement de l'interactivité avec l'apprentissage d'outils de partage, utilisés dans le cadre de la formation mais qui peuvent être dupliqués dans la pratique professionnelle des professionnels. Les outils de type *padlet* sont faciles à prendre en main;

» une vision ludique pour ancrer les apprentissages, que ce soit sous forme de quizz/jeu ou de simulation managériale débriefée en collectif;

» un travail partagé sur les thématiques apportées par les apprenants/tes dans le cadre d'ateliers de codéveloppement;

» une évaluation des enseignements centrée sur les acquis des apprenants/tes. L'objectif n'est pas de mesurer le niveau de connaissances mais de valoriser la progression de chacun au regard de ses objectifs et de ses compétences de départ. Le livret de compétences permet une évaluation personnalisée et un retour constructif à chacun/chacune pour améliorer ses compétences et ainsi poursuivre sa professionnalisation.



Les Jeux d'enfants (1560), Pieter Brueghel l'Ancien.

L'ensemble de ces points facilite les apprentissages mais enrichit également ma pratique managériale en tant que directrice d'hôpital. Le partage d'outils, l'évaluation des compétences et la co-construction par le biais d'analyses de pratique sont autant de moyens de manager « autrement ».

Apprendre à apprendre

L'ingénierie de la formation est une démarche itérative en quatre étapes successives (analyser/concevoir/réaliser/évaluer) permettant de concevoir des dispositifs et des actions de formation⁽²⁾. Au quotidien, l'ingénieur de la formation accompagne les responsables de formation et leurs équipes pédagogiques dans la conception et la mise à jour des dispositifs, plan et actions de formation. C'est par un travail de collaboration, avec les apprenants mais aussi des experts d'activités professionnelles que nous pouvons construire l'offre de formation de demain.

Au sein de l'EHESP, l'offre de formation est en cours d'évolution via la méthode de l'approche par compétences. Or, « le développement des compétences professionnelles passe par l'expérience (dans et par les pratiques mises en œuvre) et par la formation⁽³⁾ ». La transformation de l'offre de formation demande d'identifier les activités professionnelles visées par les formations et les besoins sur les terrains professionnels. Ces contextes et ces conditions professionnelles identifiés vont permettre de définir les compétences attendues par les futurs professionnels.

Attester des compétences dans les formations de demain, cela signifie proposer une offre de formation en adéquation et en cohérence avec les besoins des terrains professionnels mais aussi, et surtout, des futurs formés. L'apprenant devient le centre de l'attention dans les formations, il ne sera plus le réceptacle d'un savoir à absorber mais l'acteur de son propre parcours de professionnalisation et donc de formation. Cela

implique un changement dans la posture de l'enseignant, qui ne va pas seulement instruire mais également accompagner l'apprenant dans la construction de son propre parcours de formation. L'apprenant, en devenant acteur de son action de formation, va développer une motivation propre basée sur des choix intrinsèques qu'il aura lui-même définis. Cela permet d'assurer l'adhésion des apprenants dans les formations.

Par le développement d'autres méthodes et ressources pédagogiques, les formations ont pour enjeu de « favoriser le développement de la capacité de questionnement et de réflexivité chez tous les citoyens et dans toutes les organisations. Apprendre à apprendre, à interroger et interpréter, plutôt qu'à consommer naïvement les informations disponibles⁽⁴⁾ », c'est ce qui contribue au développement des compétences et à la construction d'une société apprenante.

Les apprenants, en devenant acteurs de leur formation, prennent conscience de leurs potentiels et font évoluer leur environnement professionnel. ●

Maiwen RIDARD-CACHEUX
Ingénierie d'étude chargée du déploiement de l'approche par compétences EHESP

NOTES

(1) T. Hardouin, *Ingénierie de formation. Intégrez les nouveaux modes de formation dans votre pédagogie*, Dunod, 2017.

(2) G. Lefeuvre, *références ?*

(3) *références ?*

MOTS CLÉS

Plateformes
d'intermédiation
Agrégateur
Recrutement
Grandes écoles
Ressources humaines
Business model
Marketing



dossier

ANALYSE

Business model et désintermédiation

Le cas des grandes écoles de commerce et d'ingénieurs

À l'instar des hôpitaux, les grandes écoles de commerce et d'ingénieurs se sont développées et sont gérées selon un modèle très intégré⁽¹⁾ : elles recrutent leurs étudiants, les forment en dispensant les connaissances qu'elles ont développées et actualisées au travers leur activité de recherche puis les placent dans les entreprises avec lesquelles elles entretiennent des relations privilégiées via leurs réseaux d'anciens élèves. Autrement dit, ces grandes écoles, comme les hôpitaux, se sont développées en cherchant à maîtriser les différentes activités de leur chaîne de valeur. Cette intégration a été longtemps une source d'avantage concurrentiel, ce que l'émergence des technologies de l'information et de la communication (TIC), en abaissant les coûts de transaction, semble aujourd'hui remettre en cause. En d'autres termes, il semblerait qu'à la faveur du développement de ces technologies, ces organisations tirent de moins en moins d'avantages de (tout) faire elles-mêmes ce que (pour certaines activités de la chaîne de valeur) d'autres font à moindre coût.

En matière de nouveaux outils, l'agrégateur – une plateforme qui propose un inventaire exhaustif des offres disponibles – Mastersbooking.fr propose aux étudiants de faciliter la gestion de leur dossier de candidature dans de nombreux programmes d'enseignement supérieur (écoles de commerce, écoles d'ingénieurs, universités), qu'il s'agisse de programmes de type masters ou bachelors. Ce n'est là que le premier exemple de l'émergence de plateformes dans l'environnement des établissements d'enseignement

Laurent BOURGEON
Professeur de stratégie
et management
Essec

supérieur venant remettre en cause la maîtrise d'une des activités clés de la chaîne de valeur de ces établissements, ici le recrutement des étudiants.

De son côté, créée en 2009, la plateforme JobTeaser s'attaque à la question du placement des étudiants (recherche de stages et d'emplois) et clame vouloir faciliter leur insertion professionnelle en leur apportant de l'information pertinente sur les entreprises et les métiers, leur permettant ainsi d'affiner et d'affirmer leurs choix de carrière. Cette plateforme, fondée sur le *business model* de l'approche du *two-sided market*, s'adresse à un autre type de clients, les entreprises à qui JobTeaser propose de recruter les meilleurs jeunes talents. Pour cela, elle équipe gratuitement les écoles et établissements d'enseignement supérieur (200 à ce jour) et devient le site carrières de ces établissements. Elle monétise l'accès à cette plateforme auprès des entreprises cherchant à recruter de jeunes talents (plus de 1 000 entreprises clientes aujourd'hui). Ici, ce sont les relations privilégiées, établies au fil des années, entre les établissements d'enseignement supérieur

et les entreprises qui sont remises en cause par l'émergence de cette plateforme.

Par ailleurs, dans ces établissements, les entreprises ont toujours été invitées à s'impliquer jusque dans les activités pédagogiques proposées aux étudiants. Elles ne se contentent donc pas de proposer des stages mais interviennent dans le cadre de certains cours (témoignages d'experts, études de cas...) et proposent des cas d'application, sujets de réflexion et autres projets fondés sur des problématiques d'entreprise. Ces activités permettent à l'école et à ses professeurs de rendre les cours plus attractifs et de mettre en avant le caractère applicable des concepts et méthodes enseignés, meilleure garantie de l'employabilité de leurs étudiants. Elles offrent aussi l'opportunité aux étudiants d'entrer en contact avec leurs futurs employeurs au travers d'expériences ancrées dans le monde de l'entreprise et, parfois même, d'afficher sur leur CV leur participation à ces projets d'entreprise comme première expérience professionnelle. Enfin, pour les entreprises, c'est le moyen de se faire connaître auprès des étudiants qu'elles espèrent recruter à leur sortie de l'école.

Ces relations gagnant-gagnant école/entreprises sont entretenues, côté école, par du personnel dédié aux relations entreprises qui s'appuie à des degrés divers sur le réseau des anciens étudiants et, côté entreprise, par la cellule recrutement qui s'adjoint les services d'un ou plusieurs anciens pour servir de relais avec l'école. Les entreprises apparaissent donc à double titre comme des parties prenantes importantes des grandes écoles de commerce et d'ingénieurs.

La montée en puissance de plateformes d'intermédiation pourrait cependant remettre en cause à terme les liens forts établis au fil des années entre les grandes écoles de commerce et d'ingénieurs et le monde de l'entreprise. Sur les modalités d'intervention des entreprises dans la pédagogie des écoles, les start-up Agorize et Telanto proposent aux entreprises, sur des modèles assez proches, via leur plateforme, d'organiser des challenges étudiants sur des problématiques d'entreprise liées à l'innovation. À travers ces challenges, les entreprises clientes recherchent sur ces plateformes le déplacement du regard (*think out of the box!*) indispensable à la résolution des problématiques d'entreprise contemporaines, des expertises pointues et parfois rares en entreprise, et l'audace d'une génération d'étudiants née avec Internet. D'autre part, ces challenges étudiants répondent aux attentes des professeurs et de leurs étudiants en recherche de champs d'application des concepts, méthodes et techniques enseignés en salle de cours. Ils confèrent aux enseignements le caractère pratique que les étudiants en attendent et rendent les cours des professeurs plus attractifs. Ce qui est nouveau, ce n'est pas le fait que les étudiants aient accès à ce type de challenges et de projets proposés par les entreprises mais que cela passe par une plateforme qui en propose un accès facilité, entre autres avantages, et qui désintermédie au passage écoles et entreprises.

Les conditions d'émergence de ces plateformes, leur modèle économique – celui d'agrégateur – et les conséquences pour les acteurs d'un secteur des phénomènes de désintermédiation qu'entraîne l'apparition de ces agrégateurs sont aujourd'hui

connues. À l'origine, un secteur et son marché sont caractérisés par une offre dite « fragmentée » : des offres multiples et variées, peu lisibles pour les clients, difficilement comparables et accessibles. Nous avons tous à l'esprit le casse-tête que représentait la réservation d'un hôtel pour un week-end dans une capitale européenne avant l'avènement de Booking.com et autres Online Travel Agencies (OTA). L'agrégateur, via sa plateforme, propose un inventaire (quasi) exhaustif des offres disponibles sur le marché, les rend comparables sur de nombreux critères, notamment au travers d'un système de notation, et facilement accessibles, et ce en quelques clics. Ces éléments constituent l'essentiel de la proposition de valeur des agrégateurs côté clients « acheteurs ». Côté clients « offreurs », l'agrégateur propose l'accès à un vaste marché, bien plus vaste que celui que les acteurs du secteur pourraient espérer atteindre au travers de leurs propres moyens marketing et de communication digitale.

Les conséquences de l'émergence d'un agrégateur pour les acteurs d'un secteur sont elles aussi connues. Contrôlant la mise en avant des offres (marketing) et maîtrisant la relation client, l'agrégateur devient incontournable et va progressivement banaliser l'offre des acteurs en place. En perdant une partie du lien avec leurs clients, ceux-ci deviennent alors de simples producteurs de services. Le marketing de leurs offres et la gestion de la relation avec leurs clients deviennent dépendants de l'agrégateur, et les clients captifs de la plateforme. L'agrégateur, incontournable, est alors en mesure de capter une partie de la valeur produite par les offreurs, donc de leur marge. La désintermédiation est opérée.

L'offre de soins du secteur hospitalier français ne présente-t-elle pas toutes les caractéristiques d'un marché fragmenté? ●

NOTES

(1) H. Bouchikhi, J. Kimberly, « Quelles stratégies pour les business schools face à la sélection darwinienne en marche? », séminaire Vie des affaires, École de Paris, 9 octobre 2015.

(2) Source : startupbegins.com

MOTS CLÉS

Innovation
Management
Gouvernance
Covid-19
Lean management
Humilité



dossier

RÉFLEXION

Managers du monde d'après... Encore un effort si vous voulez vraiment innover!

L'une des conséquences de la crise sanitaire réside dans le questionnement du management hospitalier. La crise sanitaire a ainsi amplifié la critique de la gestion des hôpitaux, considérant précisément que le management « du passé », et ce malgré les récentes innovations, avait soit mené directement à l'état de désorganisation ressenti durant la première vague du Covid-19, soit était inadapté à la gestion de la crise elle-même. Mais va-t-on vraiment changer de management dans le « monde d'après » ? Directeurs, cadres, chefs de service, pensez-vous réellement qu'en installant un babyfoot ou en permettant des micro-siestes, votre établissement est en phase avec notre époque ? Est-ce qu'une charte managériale peut transformer instantanément tous les agents de l'hôpital ? Comment se fait-il que dix ans d'innovations managériales aboutissent toujours au même sentiment d'immobilité ? Comment concevoir même que les formations en management ne changent finalement pas les pratiques quotidiennes ? Loin des responsables qui voient encore dans toute crise une « opportunité » de renforcer les préconisations du monde d'avant, et pour répondre à ceux qui considèrent que le Covid-19 est un « potentialisateur d'innovation », Frédéric Spinhirny fait un constat simple : rien ne sert d'innover, il faut agir à point.

Pour les structures de santé, l'essentiel du changement de pratique de gestion des années 2000 provient de l'introduction de la nouvelle gestion publique (le fameux *new public management* - NPM), apparue à la fin des Trente Glorieuses et qui part du principe que le secteur public est inefficace, bureaucratique, rigide, coûteux et peu innovant. Cette nouvelle gestion, légitimée par la crise économique, le rapprochement des secteurs public/privé et le développement de la concurrence internationale, conduit à remettre en cause un mode de fonctionnement administratif hérité du modèle bureaucratique wébérien :

respect des règles, centralisation des décisions, parcellisation des tâches, primauté de la légalité et de l'égalité, recrutement sur concours, promotion à l'ancienneté, fonctionnement sur la base d'un budget de moyens et contrôle sur des indicateurs de suivi. La culture de l'entreprise devient celle du service public sous couvert de rationaliser les dépenses et de servir un usager devenu « client ». Au niveau national, ce mode de management s'appuie sur différentes structures dont le nom change régulièrement : Direction générale de la modernisation de l'État (DGME), Révision générale des politiques publiques (RGPP), Modernisation de l'action publique (MAP) et aujourd'hui Comité Action publique (CAP) 2022. Selon de nombreux observateurs, la loi de transformation de la fonction publique et le plan « Ma santé 2022 » constituent des réformes qui poursuivent ce mouvement du système de santé.

Les principales critiques de ce nouveau management, désormais connues, ont refait surface lors des mouvements de grèves de fin 2019/début 2020 et n'ont pas manqué de revenir sur le devant de la scène après les vagues d'épidémie de Covid-19. Premièrement, le secteur privé aurait tout intérêt à voir l'administration réduire ses dépenses : chaque production publique peu rentable fera

Frédéric SPINHIRNY
Rédacteur en chef
Gestions hospitalières

l'objet d'une externalisation à une entreprise privée. C'est là la critique la plus médiatique du management hospitalier, celui qui est attaché à la notion d'hôpital-entreprise⁽¹⁾. Il s'agit d'une contestation de principe, sur les missions et l'essence de l'hôpital public. La gouvernance par les nombres, la mesure chiffrée, devient le seul indicateur de sens, engageant un nouveau rapport du citoyen à la dépense, celui-ci demandant parallèlement davantage de transparence et de qualité.

Moins formelle, mais vécue par les professionnels de santé, une seconde critique émerge parmi les réflexions sur les risques psychosociaux et la souffrance au travail⁽²⁾. Cette critique fait aussi l'objet de publication parmi un public de plus en plus large, notamment l'encadrement paramédical. Elle porte non plus sur les orientations des politiques publiques ou les modes de financement, mais sur les manières de faire au quotidien. Nous entendons régulièrement par exemple parler d'« injonctions paradoxales ». Il s'agit avant tout d'un discours, d'un certain lexique. L'anthropologue Grégory Bateson et le psychologue Paul Watzlawick définissaient les injonctions paradoxales comme des doubles contraintes, des dilemmes insolubles, où un ordre est donné sans qu'il soit jamais possible d'y répondre entièrement, soit parce que l'ordre est inatteignable, soit que la réponse demandée heurte un autre ordre ou nécessite des ressources indisponibles ou en quantité insuffisante. Quelques exemples nous sont familiers : *Sois spontané... Tout le monde doit être authentique... Il faut faire plus avec moins... Vous êtes libre de consentir, mais vous n'avez pas le choix... Ce n'est pas obligatoire mais tout le monde le fait... Échouer c'est réussir... Excellence durable... Plus on gagne du temps, moins on a de temps... Nous devons réduire les dépenses pour retrouver notre autonomie...* Mais il faudrait aussi ajouter les boursoufflures du langage qui évitent les conflits en neutralisant les antagonismes : « réforme » pour parler de libéralisation, « libérer » pour démanteler des droits acquis, « plan de transformation et de modernisation » pour évoquer la réduction du personnel, « efficience » pour restriction budgétaire, « hygiène relationnelle » ou « asepsie verbale » pour impolitesse ou incivilité. Et pourquoi pas également « éthique », « bientraitance », « management participatif », « démocratie », « bien-être », « reconnaissance », « labellisation », « argent magique », « agilité », « résilience ». Travailler avec des mots creux épuise le travail.

Cette critique plus subtile découle précisément de l'ancrage des méthodes managériales dans les organisations de travail et a pour vocation d'identifier les origines du « malaise ». Il s'agit pour certains auteurs de remettre en question la vogue moderne du développement personnel, de la mise en avant de l'autonomie et de l'illusion du bonheur au travail. Au-delà donc d'une remise en question de la logique (ou idéologique) qui a progressivement modifié les méthodes de travail dans les structures de santé, la critique interroge les effets des discours sur les agents et, notamment, ce qui paraît pourtant le plus favorable pour leur condition de travail. En management, il y aurait donc de mauvaises innovations, dont le sens caché serait de pousser encore plus les individus à produire. Pour résumer cette attaque contre-intuitive, c'est précisément

le fait de recourir à l'émotion dans un monde du travail trop souvent blâmé pour son caractère froid, chiffré et impersonnel, qui épuise, contraint et rend malheureux. Le nouveau territoire du management étant l'émotion, cela redouble le niveau potentiel de conflits.

Le management hospitalier face au Covid-19

La crise du Covid-19 surgit donc au moment même où le thème du management est dans l'impasse : revenir aux méthodes d'avant le *new management public* ou éviter les nouvelles pratiques se rapprochant pourtant *a priori* le plus des aspirations des soignants. Il y a de quoi être perdu. Le management ne devrait donc être ni trop épuré, théorique, ni trop dans l'affect ou le développement personnel. Malgré ces critiques inhibantes, le management hospitalier se transforme au gré des modes et, là aussi, il semble parfois difficile de s'y retrouver. L'hôpital public a ainsi successivement connu un encadrement traditionnel, avec une administration centralisée, puis l'arrivée de managers cyniques, calqués sur le modèle de l'entreprise, avec la rentabilité et la suppression de personnel pour seule ligne de mire, et enfin le management participatif, libéré, axé sur le dialogue et l'utopie d'une organisation sans hiérarchie. Parfois même, les styles de management coexistent plus ou moins bien. Sans être exhaustif, voici les principales tendances qui émergent depuis quelques années⁽³⁾ :

» le lean management, dont le principal objectif est de réduire les doublons et les gaspillages (temps, ressources) dans les processus de travail ;

NOTES

(1) S. Velut, *L'Hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme*, Collection Tracts (n° 12), Gallimard, janvier 2020.

(2) Pour une analyse complète, voir « Comprendre les nouvelles conditions de travail/2 Émotion et crise de la liberté comme horizon du management », *Gestions hospitalières*, n° 573, février 2018.

(3) Pour une approche plus détaillée, *Huit regards sur le métier de DRH hospitalier*, Berger-Levrault, 2019.

» le slow management, qui invite à la prise en compte du temps long dans la gestion ;

» le design thinking, qui cherche à concevoir une solution matérielle innovante à une problématique en sollicitant des talents différents ;

» le coaching, la médiation et le codéveloppement, qui facilitent les relations interpersonnelles afin de dépasser un conflit ou de partager des expériences ;

» le management libéré, inspiré du modèle de gestion des entreprises libérées, tendant à réduire les relations hiérarchiques et les contraintes bureaucratiques.

Au milieu de toutes ces innovations, un consensus commençait à se dégager parmi les acteurs des structures de soins, comme en écho à un monde du travail et à une société en demande de proximité : des modalités de décision moins verticales, dont les fondements seraient la prise en compte des acteurs « de terrain », avec pour objectif d'améliorer les conditions de travail et la prise en charge des patients et des résidents.

Une parenthèse enchantée ?

Pour comprendre l'un des impacts essentiels de la période de crise qu'ont vécue les professionnels de santé en 2020 et 2021, il est nécessaire de détailler le comportement managérial de l'exécutif hospitalier (directeurs, chefs de pôle, cadres supérieurs et cadres). Car nous devons poser cette question : pourquoi, après vingt ans d'évolution du management, le sentiment de malaise est-il toujours le même ? Pourquoi l'impression d'une telle déconnexion entre l'affichage et la réalité vécue sur le terrain ?

Une première réponse du « pape » du management, Henry Mintzberg, évoque clairement la prédominance d'un management sur les autres : « Le management est-il alors le problème ? Beaucoup de professionnels du soin le croient. Ce

n'est pas mon cas. Un système de soins ne peut fonctionner sans management, mais il peut, à coup sûr, fonctionner sans une forme de management qui est devenue trop commune. Je l'ai baptisée "management télécommande" en ce qu'elle est détachée des opérations de travail qu'elle cherche à contrôler. Il a échoué dans le monde industriel, d'où il vient. Dans le système de soins, il réorganise sans relâche, il quantifie jusqu'à la folie, promeut une forme héroïque de leadership, introduit de la concurrence là où il faudrait de la coopération et, finalement, allègue que l'ensemble devrait être géré comme une entreprise. Plus il se déploie, plus le système de soins devient dysfonctionnel. ⁽⁴⁾ »

Ainsi, la première tâche des professionnels de santé, et principalement de l'encadrement supérieur médical, paramédical et administratif, serait de se défaire de cette culture managériale qui n'est pas remise en question, et ce malgré les innovations qui restent finalement à la marge, mises en avant pour des effets de communication mais sans impact sur nos pratiques quotidiennes. Combien de directeurs assistent à des séminaires « Créativité et management » ou « Innover dans un univers contraint » puis reprennent leurs habitudes quotidiennes ? Combien de DRH invoquent la qualité de vie au travail, installent des activités de détente, mais continuent à exercer d'une manière autoritaire ? Combien de médecins formés à l'éthique et à la bientraitance intimident leurs collègues et esquivent les sujets sensibles en comité de vie hospitalière ? Pour comprendre cela, il faut garder à l'esprit que la problématique de fond qui mine les structures de santé se traduit par une manière d'exercer les rapports professionnels et dont le management est l'une des illustrations. D'après les critiques les plus vives du système de santé, dont Mintzberg se fait l'écho, le fonctionnement des établissements se dégraderait sous les coups des méthodes de « l'hôpital-entreprise » et, depuis quelques années, au travers d'un lean management mal compris : l'univers gestionnaire serait alors l'alpha et l'omega de l'hôpital au détriment des critères de qualité des soins et des conditions de travail. Concrètement et pour le dire sans détour, depuis les ordonnances de 1996 réorganisant le fonctionnement de l'hospitalisation publique et celui de la sécurité sociale, la gouvernance du système de santé est plutôt verticale, centralisée (mise en place des agences régionales de l'hospitalisation) et orientée vers la maîtrise des dépenses de santé (création de l'Ondam). La mise en place progressive ensuite de la tarification à l'activité, de la nouvelle gouvernance avec la loi HPST puis l'organisation des agences régionales de santé ont maintenu et confirmé l'orientation de la politique du système de santé autour de la maîtrise des dépenses et l'optimisation des recettes.

Une forte remise en question au cœur de la crise

Ainsi, depuis vingt ans, le système managérial hospitalier s'entretient de lui-même : la gouvernance insiste sur la valorisation des actions de contrôle et de maîtrise budgétaire, actions qui font elles-mêmes l'objet des évaluations des directeurs, des cadres et qui structurent le pilotage médico-économiques des pôles. C'est précisément la gouvernance unique et son mode de contrôle qui ont été remis en question pendant la période

NOTES

(4) H. Mintzberg, 2017, traduction de Frédéric Pierru, *Revue française d'administration publique* n° 174, « L'administration hospitalière : réformes permanentes et crises sans fin », 2020, pp. 301-316.

du Covid-19, notamment la première vague. De nombreux témoignages soulignent que la prise en charge de patients a été possible grâce à une réinvention de l'hôpital. On a parlé d'une « parenthèse extraordinaire », d'un « fonctionnement miraculeux » où l'administration se dédiait entièrement à la gestion des affaires soignantes (réduction de la gouvernance à une cellule de crise, avec un rôle affirmé du médecin médical de crise, gestion des effectifs à la compétence par la direction des soins, diminution des instances représentatives) et à la logistique (commande de matériels, équipements, soutien psychologique, plateforme de distribution de services de type transports, hôtellerie, restauration). La contrainte financière était allégée à l'extrême, quoi qu'il en coûte : « Les personnels ont goûté à autre chose : il y a eu de l'invention et de l'autonomisation, ça a complètement changé la façon de voir leur métier », témoigne François Salachas, neurologue à la Pitié-Salpêtrière et membre du Collectif interhôpitaux (CIH). « Nous obtenions tout ce que nous demandions, jamais nous n'entendions parler de finance [...]. Je me suis demandé s'il s'agissait d'un miracle ou d'un mirage », a raconté Hélène Gros, médecin au service des maladies infectieuses de l'hôpital Robert-Ballanger, à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis), lors d'une conférence de presse du CIH, le 5 mai⁽⁵⁾. »

Évidemment, toute situation exceptionnelle appelle un recentrage de la stratégie sur les opérations les plus essentielles pour la contenir et la maîtriser. Acteurs et observateurs ont pu à ce titre constater que, en cas de crise, la gouvernance reprend en main de nombreuses fonctions de pilotage, réduit les espaces chronophages de discussion et impose sa manière d'agir. Et comme dans un hôpital la gouvernance administrative n'a pas l'expertise des soins, sauf à travers la coordination des soins souvent mal valorisée, nous avons pu assister à une « médicalisation » de l'action. D'où le sentiment d'un rééquilibrage en faveur des soignants dans la gouvernance. Pourtant, rapidement, c'est le retour à la normale, au monde d'avant, qui était craint, qui plus est à l'annonce d'une deuxième vague en automne 2020 : « Nous restons par exemple sur notre faim pour ce qui est de l'abandon de la logique comptable des soins, qui représente l'autre revendication majeure hors revalorisations salariales. De même pour la dé-bureaucratiation : nous attendions ici des annonces concrètes, d'autant que la crise nous a permis de tester en conditions réelles l'allègement des lourdeurs administratives habituelles. Nous, professionnels hospitaliers, sommes confrontés tous les jours à la maladie. Le Covid-19 n'est qu'une pathologie de plus. Ce qui était novateur, en revanche, c'était les procédures simplifiées, la possibilité de prendre des initiatives, de nous organiser, d'anticiper les directives, bref de faire preuve de bon sens pour réagir face à l'imprévu. Et cela a fonctionné ! Je suis bien conscient qu'une crise représente une séquence à part. Mais devons-nous, pour autant, en revenir à la situation antérieure ? Regardons ce qui a marché, et implantons-le !⁽⁶⁾ » Ces quelques exemples soulignent donc les conditions des politiques managériales, à savoir que la structuration des modes d'exercice (et notamment les objectifs assignés aux établissements), donne le ton en termes de pratiques au quotidien. En somme, la loi d'airain des structures sanitaires et

« Il faut se défaire de cette culture managériale qui n'est pas remise en question, et ce malgré les innovations qui restent finalement à la marge, mises en avant pour des effets de communication mais sans impact sur les pratiques quotidiennes. »

médico-sociales était celle-ci : gouverner avec l'objectif de respecter l'équilibre financier. Ce qui impliquait que l'innovation managériale elle-même devait respecter cet équilibre, et donc que la plupart des actions entreprises l'étaient uniquement si un taux de rentabilité pouvait se prouver à l'avance ou si une compensation financière accompagnait une dépense. Voilà pourquoi nous pouvons tout à fait éprouver une dissonance entre une volonté d'affichage autour de la QVT ou de l'innovation et l'inverse dans les services. Autre exemple souvent mis en avant : lorsqu'un management participatif est mis en place, il suffit qu'un participant propose une solution efficace, rapide mais qui engage une dépense sans contrepartie. Si elle est refusée, car cette solution engage un coût et uniquement pour cette raison-là, cela signifie que les choix sont contraints par la logique de l'équilibre. Et donc que le management participatif est restreint. Dans l'expérience managériale du Covid, c'est cette dimension financière qui a souvent été mise en avant pour montrer en quoi son absence facilitait les relations de travail. Manière simpliste de résumer l'ensemble des transformations hospitalières pendant cette crise⁽⁷⁾, mais cela résume les débats du monde sanitaire depuis des années. Car encore une fois, nous ne devons pas esquiver l'autre aspect du management durant la crise du Covid et qui se situe loin des manières de gouverner « innovantes » qui intéressent les directeurs et le corps médical. De nombreux retours sur expérience des soignants soulignent aussi les méthodes autoritaires de mobilisation d'un service à un autre,

NOTES

(5) « Coronavirus : à l'hôpital, une parenthèse "extraordinaire" se referme, *Le Monde*, 11 mai 2020. »

(6) Pr Bernard Granger, un des fondateurs du Mouvement de défense de l'hôpital public (MDHP) et responsable de l'unité fonctionnelle de psychiatrie de l'hôpital Tarnier (hôpital Cochin, AP-HP) - Interview Hospitalia, 3/09/2020.

(7) Pour une approche globale de la gestion de crise : *L'Hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience*, ouvrage dirigé par le Pr Thierry Nobre, Éditions EMS, septembre 2020.

de suppression de repos, de rappels sur congés, de dépassement d'horaires, de mauvaise gestion des plannings, de manque d'écoute de la part de l'encadrement, etc. Sans oublier la mise au pas de nombreux services administratifs et logistiques de l'hôpital. Cet ensemble complexe ne doit donc pas permettre d'idéaliser les périodes de crise comme étant des standards de comportements managériaux, bien qu'elles permettent de mettre en avant des pratiques⁽⁸⁾ ou des interrogations qui doivent nous faire avancer dans la réflexion sur ce que peut être un management propre à l'hôpital, et aux établissements médico-sociaux.

Innover après le Covid-19, est-ce briser des tabous ?

À l'heure où ses lignes sont écrites, il est manifeste qu'il existe une ouverture où se dessinent plusieurs hypothèses pour l'avenir. Si, comme on l'entend régulièrement, ce sont les modes de financement qui façonnent le management, alors la crise va briser un premier tabou, celui du modèle de la tarification à l'activité. La mise en application d'une « garantie de financement » assurant des recettes d'activité stables entre 2019 et 2020, prolongée début 2021, permet de comprendre que les modalités de financement des établissements résultent de choix publics et non de nécessités irrémédiables⁽⁹⁾. Il est tout à fait possible, et c'était déjà une voie prise avant 2020, que la tarification à l'activité subisse une inflexion, voire que les modes de financement des missions de service public soient revus (dans le sens de la prévention par exemple). Il est tout à fait probable également que les réorganisations visant à la diminution des lits d'hospitalisation ou des projets de réduction d'effectifs soignants deviennent moins visibles pendant un temps. Sans oublier que, *in fine*, un établissement de santé a des ressources qu'il doit utiliser avec raison, et il est certain que cette

période aura un impact sur la gouvernance et probablement les méthodes de gestion. Enfin, dans une période préélectorale, gageons que ce soit également l'objet de discussion pour réformer une énième fois le système de santé⁽¹⁰⁾.

Nous devons être particulièrement attentifs aux demandes portées de part et d'autre, relatives au changement de gouvernance ou de culture managériale. Car il ne faudrait pas que cette période réactive sans cesse la division entre directeur et médecins, établissements et tutelles, exécutifs et personnel de terrain. Comme toute période de crise, l'épidémie peut être subtilement une manière de réduire encore l'administration, vue comme une forme gênante pour le quotidien de l'hôpital ou des établissements médico-sociaux. Lors de la campagne de vaccination début 2021, c'est encore le thème de la bureaucratie ou les dysfonctionnements logistiques qui sont apparus dans les débats, servant à expliquer les retards supposés. Et il ne faudrait pas que ces discussions renvoient des responsabilités entre les différents acteurs d'une crise particulièrement compliquée à comprendre et à gérer. Ni que ce soit le prétexte pour déléguer une partie des prérogatives de la puissance publique à des opérateurs censés être plus performants. La bureaucratie, par exemple, n'est pas l'apanage de l'administration publique, comme il est commun de l'entendre. C'est un mode de gestion par indicateurs qui est excessif par rapport aux besoins d'une organisation. Ce mode de gestion peut être tout à fait utile et efficace s'il est limité et exercé par des responsables qui n'en abusent pas pour maîtriser l'information ou pratiquer des reporting inutiles, chronophages et uniquement faits pour asseoir une forme d'obéissance dans les services.

Toute transformation repose sur un élément humain archaïque: les caractères

Car derrière ces politiques de gestion, il y a des hommes et des femmes qui croient en ces méthodes, et c'est cet aspect-là que nous devons désormais considérer sérieusement. Ce point d'analyse est rarement abordé car il s'aventure sur le terrain des croyances et des comportements individuels alors que l'évolution des études professionnelles s'est plutôt orientée depuis vingt ans vers le management formel, les process objectifs, le jeu entre acteurs et la distinction entre la fonction et la personne. Pourtant, une analyse sociologique ou psychosociale peut expliquer les réflexes et habitudes pris depuis des années par les responsables d'établissement et l'encadrement supérieur médical et paramédical. Nous entrons dans l'analyse comportementale, à savoir l'étude des pratiques quotidiennes, des échanges de tous les jours, des réflexions ou des opinions, parfois plus problématiques ou plus résistantes que des politiques générales d'établissement. Nous sommes parti de l'hypothèse que ce sont les structures et les modes d'organisation qui font évoluer les pratiques managériales. Puis les individus qui exercent ces pratiques ont eux-mêmes des dispositions, des habitudes, un caractère, un comportement, une personnalité, qui entrent en résonance ou non avec ces pratiques. C'est-à-dire simplement que même si la gouvernance changeait, même si les modalités de financement ont un impact sur les pratiques quotidiennes de gestion des

NOTES

(8) Voir dans le même ouvrage (note 7) les expériences de Valenciennes, Strasbourg ou Lyon.

(9) Nous renvoyons ici à notre article « Pourquoi obéir ? » – *Gestions hospitalières*, n°588, août-septembre 2019 – qui soulignait les ressorts rhétoriques de l'assimilation entre la notion de « réel » et les contraintes financières indiscutables.

(10) À l'occasion de ses vœux à la presse le 19 janvier 2021, le président de la FHF, Frédéric Valletoux, a demandé aux pouvoirs publics de préparer l'après-crise, en défendant un grand plan de reconstruction du système de santé.

services, celui qui exerce le management a une influence primordiale sur les relations de travail et sur le rythme des changements. Car nous avons pu lire de nombreuses études sur les agents des services qui font preuve de « résistance au changement » et sur la manière dont « l'accompagnement au changement » peut y remédier. Désormais, on appelle ça aussi « pédagogie ». Mais l'inverse existe. On rencontre dans nos établissements des directeurs, cadres, médecins qui, malgré des recommandations orientées vers la simplification, la rapidité, la dépense sans contrepartie, résistent à cette recommandation. Nous avons pu lire dans les débats de 2020, la notion « d'État profond », représenté par l'administration permanente qui s'opposerait tacitement aux politiques publiques même les mieux intentionnées envers les citoyens. Il ne nous appartient pas ici d'étudier cette notion, ni sa transposition dans une administration hospitalière, car elle semble relever de l'administration d'État et d'enjeux idéologiques. Notre questionnement doit répondre à un phénomène contre-intuitif : pourquoi rien ne change au moment même où la notion de changement est le plus invoquée ? Pourquoi plus on répète QVT, plus elle s'efface ? Pourquoi plus les responsables partent en formation en management, moins ils paraissent compétents sur ces sujets-là précisément ? Est-ce que ce sont les organisations qui transforment les individus ou l'inverse ?

Ce n'est donc pas tant des conflits politiques ou idéologiques que des comportements qui sont concernés dans notre quotidien. Et ce sont ces comportements, ces caractères sédimentés depuis des années, façonnés par tout un parcours biographique et professionnel, qui doivent être considérés par le management et pas uniquement par la psychologie sociale. Certes, une littérature est désormais connue de nombre d'entre nous, qui met en avant des personnalités toxiques, la première étant le pervers narcissique. Mais notre quotidien n'est pas peuplé de pervers narcissiques, qui apparaissent comme un idéal type. Le management que nous évoquons s'attache à des pratiques quotidiennes, à des petites altercations, à des blocages subtils dont les manifestations inhibent les pratiques de coopérations entre professionnels de santé, ou empêchent les innovations. Notre propos est celui d'un constat que les caractères des managers favorisés depuis plus de vingt ans sont ceux qui entretiennent un lien étroit avec les rapports de production de l'économie moderne.

Autrement dit, et pour poursuivre les éléments précédents, ce sont les pratiques quotidiennes qui valorisent uniquement les manières d'agir ou d'obéir, en vue de maximiser la valorisation productive de l'activité hospitalière ou la diminution des dépenses. Conformément à cela, et toujours au risque de la discrimination ou du harcèlement mais sans jamais dépasser la limite de l'intention manifeste, les managers cherchent à limiter les formes d'absence des agents (maladie, grossesse, absence pour enfant malade, épuisement, congé paternité), à augmenter le présentisme même inutile en contrôlant les horaires⁽¹¹⁾, à éviter le télétravail considéré comme un mode d'évitement du travail effectif, à réduire les modes de discussion de la prise de décision, surtout quand les discussions contredisent les décisions (vocabulaire

« Dans certaines cultures managériales se dessine en creux l'image d'un employé idéal, masculin, seul ou sans enfant, disponible et plutôt obéissant (ou avec une dose de fronde ou d'effronterie [...]), qui va toujours dans le sens de la production).

intimidant, omniprésence, sollicitation sous forme d'ordre, précipitation dans la décision, faible considération du droit du travail, objectifs irréalisables pour mettre en défaut).

Au-delà des enjeux de pouvoir ou d'obéissance, de recherche légitime de réduire la paresse ou l'insubordination au travail⁽¹²⁾, ce sont souvent des caractères qui se conforment aux demandes objectives de contrôle de l'administration hospitalière. C'est-à-dire qui croient à la vertu du contrôle, empêchant toute forme d'innovation et concentrant le pouvoir. Ce management n'est pas tant « télécommandé », pour reprendre les propos de Mintzberg, que d'une proximité de contremaître, exerçant systématiquement une intimidation en sourdine. Ainsi, même si les dispositifs de gouvernance sont bons, il reste ces individus qui ont une certaine vision du monde, de l'hôpital, des autres. On les reconnaît souvent à quelques opinions répétées et que l'on répète par contagion, comme un flot que l'on ne doit pas barrer : *les soignants, on leur a déjà assez donné... Il faut souffrir pour progresser... Celle-ci, elle est tout le temps en arrêt... Les psychologues, on ne sait pas à quoi ça sert, il y en a trop... Moi à mon époque, je ne prenais pas de congés paternité... Si tu n'es pas content, il y en a plein qui attendent derrière la porte... Celle-là, il faut la virer...* Autant de jugements à la hâte, souvent sans considération du droit social, qui

NOTES

(11) Ce qu'on appelle parfois le « micro-management ».

(12) Enjeu classique du management comme le montre bien Baptiste Rappin dans *Au fondement du management : théologie de l'organisation*, tome 1, Éditions Ovadia, 2014.

« L'hôpital du monde d'après repose simplement sur l'humilité, vertu cardinale qui gouverne toutes les autres. Nous n'avons pas tant besoin d'innover que de retourner aux sources de notre engagement pour l'hôpital public.

façonner progressivement des manières d'exclure et de faire des catégories entre les bons producteurs de soins et les autres. Dans certaines cultures managériales se dessine en creux l'image d'un employé idéal, masculin, seul ou sans enfant, disponible et plutôt obéissant (ou avec une dose de fronde ou d'effronterie, appelée « innovation » ou « capacité à sortir du cadre », qui va toujours dans le sens de la production).

Changer les organisations ou changer les managers ?

Pour un management désintimidant

On peut comprendre alors que la période de crise traversée en 2020 et 2021 a perturbé ce modèle managérial dominant. Activité stoppée ou limitée au maximum (baisse de la logique de production permanente) ; obligation du télétravail et modification des horaires pour éviter les croisements massifs d'agents (limitation du présentisme) ; allongement des délais pour respecter les mesures barrières ; autorisation spéciale d'absence pour les agents devant s'occuper de leurs enfants ; éviction du personnel en attente de résultat ou contaminé ; injonction de favoriser le travail des professionnels, paiements d'heures supplémentaires et versement de primes exceptionnelles ; incitations fortes au recrutement et amélioration des conditions d'accueil et d'installation, en pleine période de pénurie ; suspension des plans d'efficacité ou de réorganisation des services. Inversion de la pyramide

hiérarchique : l'essentiel devient les agents les plus proches de la vie réelle (du soin effectif à la population), l'accessoire devient les modalités de contrôle et la production de normes. Cette période permet de répondre pratiquement au souhait de réenracinement du management suggéré par le sociologue des organisations, Christian Morel : « Notre culture est caractérisée par la priorité donnée à l'action rapide, alors que la haute fiabilité exige davantage de réflexion à travers le débat contradictoire, les retours d'expérience, la formation aux facteurs humains, la capacité à renoncer. Notre culture est imprégnée de l'idée que les erreurs doivent être sanctionnées et que les règles n'ont pas à être questionnées, alors que la culture juste de la fiabilité préconise la non-punition et le débat sur les règles. Notre culture est centrée sur le rôle du chef et la valorisation du consensus, alors que les fondamentaux de la fiabilité mettent l'accent sur la collégialité et les dangers des faux consensus. » Nous constatons également qu'il ne faut pas chercher le *nec plus ultra* et qu'une solution optimale et cochant toutes les cases de conformité au contrôle n'existe jamais. C'est le principe même de la décision. Un management enraciné sollicite plutôt un « savoir s'y prendre », une intelligence des situations pratiques sur le modèle de la mètis grecque. Certaines solutions intermédiaires, imparfaites ou seulement satisfaisantes se révèlent souvent plus sûres et performantes que l'optimisation tant répétée.

Voilà en quoi, à notre sens, un changement durable de la gouvernance ne peut se faire sans un changement de culture managériale. L'un ne va pas sans l'autre, et tout ne repose pas sur le caractère des individus. Les enjeux actuels sur la gouvernance, à travers la proposition de loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » ou bien la création d'instances territoriales de GHT, sont importants car la gouvernance est la forme dans laquelle s'exerce matériellement le management. En revanche, nous ne pouvons plus nous contenter d'égréner des innovations résiduelles, manifestement montrées comme le gagnant à la loterie qui fait oublier les millions de perdants. Certains établissements comme l'AP-HP avec l'École de management des médecins des hôpitaux (EMAMH), le CHU de Tours ou encore les Hospices civils de Lyon, à travers le lean s'engagent sur la voie des formations en management pour les directeurs, cadres supérieurs et chefs de service, ce qui est une bonne orientation si nous sommes capables d'évaluer « ce qu'il en ressort à la fin ». Il faut le redire : même avec un rééquilibrage de la gouvernance et même si l'organisation des soins se simplifie à l'avenir, l'agilité tant recherchée ne sera pas possible avec des managers dont le comportement se porte vers la rétention d'information, la recherche de reconnaissance personnelle, le contrôle et l'obéissance par intimidation.

Notre position rejoint de la même manière celle de Christian Morel qui, après avoir étudié les dysfonctionnements de grandes industries et notamment de l'hôpital, préconise un principe de gestion épuré, la « hiérarchie restreinte impliquée », à savoir un « transfert du pouvoir de décision vers des acteurs sans position hiérarchique, mais

détenteurs d'un savoir et en prise directe avec les opérations (collégialité). La hiérarchie ne disparaît pas, bien au contraire, c'est aux chefs qu'incombe la responsabilité de la définition de la mission et de son explication afin que les subordonnés sachent dans quel sens décider. On ne supprime pas l'autorité. L'organisation doit savoir être alternativement centralisée et décentralisée, car l'absence d'autorité peut être aussi catastrophique que son excès. Tout l'art d'une organisation hautement fiable est de savoir où manifester fermement l'autorité et où la suspendre⁽¹³⁾. Mais encore une fois, nous ne pouvons nous exonérer d'une réflexion plus quotidienne sur la personnalité des responsables, bien que ce sujet soit écarté systématiquement en regard du principe qu'il faut distinguer la personne et sa fonction. C'est une vision théorique du management. Or, de nombreuses grandes entreprises prennent à bras-le-corps cette thématique en accompagnant bien plus professionnellement les managers, en les testant sur leurs valeurs. Des dispositifs sont pourtant déjà présents : tutorats, retour sur expérience, coaching, médiation, remise à niveau, apprentissage des facteurs humains. Mais combien y recourt et combien en dehors de difficultés rencontrées d'une manière ponctuelle ? Il s'agit de ne pas se former uniquement pour afficher formellement qu'on s'est formé. Mais éprouver un réel changement dans sa manière de considérer la gestion du soin, son appréhension. Sans évolution profonde, pas de transformation culturelle. Pas de transformation culturelle, pas de monde d'après. Notre perspective se porte finalement sur la volonté même des managers les plus responsables, à identifier et à réduire les pratiques d'intimidation qui bloquent structurellement les changements d'organisation. Concrètement, il faut dévaloriser ces pratiques même si elles servent un intérêt de l'établissement. À ce titre, certaines méthodes innovantes permettent de mieux partager la prise de décision sans contraindre la parole, pour être au plus proche des préoccupations opérationnelles. L'enjeu est de forcer les managers à prendre l'avis des professionnels en prise directe avec le soin et à restituer les échanges sans les traduire dans un sens préétabli par l'institution, entraînant méfiance et

désengagement. Le sens de la période de crise du Covid-19 est celle d'une réappropriation de la production par ceux qui exercent le soin, et par ceux qui les aident directement. Dans un environnement complexe et imprévisible en 2021, les philosophes de conseiller de modifier nos prédispositions subjectives, de pratiquer l'éthique des vertus ; les sociologues de reconsidérer les interactions sociales ou les rapports de classe. Mais comme les sciences humaines sont les grandes oubliées des formations managériales, restons plus modestes dans nos ambitions. Concrètement, et pour conclure, certaines pratiques managériales modernes peuvent être mieux explorées. Nous pensons ici à l'intelligence émotionnelle ou au développement de l'assertivité, qui renforcent la connaissance que l'on a de soi et de son environnement. Il apparaît également qu'un lean management bien compris, orienté vers la qualité de vie au travail comme le développent les Hospices civils de Lyon, peut y contribuer⁽¹⁴⁾. Tout comme l'accompagnement des cadres par des outils instinctifs et efficaces, comme ceux développés par l'Ifsi du CHU de Rouen. *In fine*, être capable de considérer son caractère managérial est peut-être l'une des clés du changement. L'hôpital du monde d'après repose alors simplement sur l'humilité, vertu cardinale qui gouverne toutes les autres. Nous n'avons pas tant besoin d'innover que de retourner aux sources de notre engagement pour l'hôpital public. ●

NOTES

(13) C. Morel, *Les Décisions absurdes*, Gallimard, 2004.

(14) Nous revoyons le lecteur à l'analyse du lean management « L'hôpital libéré. Une innovation managériale efficiente et socialement acceptable », *Gestions hospitalières*, n°569, octobre 2017.