

LE « STAND UP MEETING » : UN OUTIL DU *LEAN* POUR DISCUTER DU TRAVAIL DANS L'UNIVERS HOSPITALIER ?

Antoine Koubemba
Aract Hauts-de-France

Cet hôpital fait partie d'un regroupement (cluster) d'établissements sanitaires animés par l'Aract Hauts-de-France qui se consacre à l'amélioration de la Qualité de vie au travail (QVT). La direction souhaite expérimenter le « Stand-up Meeting » dans ses services. C'est une méthode de résolution des problèmes et des irritants identifiés par les agents à l'aide de courtes réunions organisées régulièrement. La Présidente de la commission médicale est promotrice de la démarche et s'inspire de l'expérience réussie de l'hôpital de Dinant-Godinne (près de Namur) en Belgique. Le choix de cette méthode n'obtient pas immédiatement l'aval des organisations syndicales. En effet, le *Lean* est un sujet polémique en lien avec son usage dans l'industrie qui s'est parfois traduit par une intensification du travail. Aussi, la participation au cluster avait, entre autres objectifs, de lever le doute des organisations syndicales face au déploiement de celui-ci. Mais à travers cette mission, pour les chargés de missions de l'Aract, il s'agissait surtout de remettre la discussion autour du travail et de ses modalités de réalisation au centre des préoccupations des acteurs. Au-delà du *Lean* comme référence et comme modèle, c'est avant tout cet objectif qui était poursuivi dans l'intervention. C'est cette expérience que nous relatons ici.

Mots-clés : Lean, Stand-up Meeting, travail, intervention, négociation sociale

— 1. LE *LEAN* À L'HÔPITAL ?

Le *Lean Management* a déjà une histoire ancienne inspirée des méthodes toyotistes d'organisation de la production. C'est au Japon qu'il a pris naissance. Mais rapidement, cette méthode d'organisation que certains commentateurs qualifient de « Post-fordiste¹ » s'étend à la fois au-delà de son aire géogra-

¹ C'est toutefois en observant le fonctionnement des supermarchés américains dans les années 30 que le fondateur de Toyota – Sakichi Toyoda – a eu l'idée de mettre en place le système du Juste-à-temps (Just in time) comme dans les rayonnages où les produits sont remplacés une fois les stocks épuisés.

phique (le Japon) et de son secteur industriel d'origine (l'automobile). Dès les années 80, la production au plus juste (Womack et Jones, 2009) conquiert l'Amérique du Nord et bientôt atteint les rives de l'Europe. Le *Lean* est caractérisé par la recherche d'efficacité et l'élimination de tout ce qui est superflu et qui ne crée pas de valeur : les stocks inutiles, les gestes en trop, les *process* inadaptés, etc. Toyota reste encore aujourd'hui le modèle phare de cette évolution en étant une des entreprises industrielles les plus rentables et efficaces. Autre innovation, l'amélioration des processus ne peut se faire sans la participation active des opérateurs. Il est demandé à ceux-ci non seulement de s'impliquer dans ce qu'ils réalisent mais également de concourir aux innovations de procédés et à l'amélioration des méthodes de production. Des groupes *Kaizen* de différents formats peuvent se réunir à intervalles réguliers pour apporter des améliorations continues au processus de production. Le «*Stand-up Meeting*» sur lequel nous reviendrons peut être considéré comme un outil du *Lean*. Les salariés se réunissent, analysent les situations, révisent les méthodes de production et décident des correctifs devant être introduits. Les démarches *Lean* participent ainsi d'un accroissement de la réflexivité dans le cadre du travail. La notion d'apprentissage collectif peut compléter cet objectif en dotant les salariés de compétences organisationnelles et en reconnaissant explicitement leur expertise.

La diffusion du *Lean* ne s'est pas faite sans controverses : les oppositions ont été nombreuses et il y a les pour et les contre. En fait, il existe de nombreuses «*solution Lean*» en fonction des contextes et des situations rencontrées. Dans certains cas, cela peut être une méthode pour accroître l'intensité du travail au détriment des conditions de travail. Il manque alors de tout : non seulement les stocks peuvent être au plus juste -- mais les espaces sont réduits à la portion congrue de même que les effectifs pour faire face à la charge de travail, forçant chacun à s'ajuster en permanence et à accroître le rythme². Dans d'autres cas, c'est une méthode qui permet de mieux intégrer les personnes dans leur travail en leur donnant la possibilité de s'exprimer sur ce qu'ils font. Les travailleurs ne sont pas alors les objets d'une organisation du travail qui définit ce qu'ils doivent faire dans le moindre détail – et comment ils doivent rendre des comptes – mais des sujets actifs dans la détermination de leur environnement de travail.

1.1 Peut-on faire du *Lean* à l'hôpital ?

Les hôpitaux et les établissements de santé ont également été affectés par la vague du *Lean* depuis quelques années déjà. L'insistance sur les économies budgétaires et le mode de tarification à l'acte impliquent de calculer beaucoup plus et de rationaliser à la fois les moyens et les processus de travail. Pour certains chercheurs en sciences de gestion (Landry et Beaulieu, 2018), le *Lean* peut être un vecteur d'amélioration de l'efficacité mais aussi de qualité et de sécurité des soins. Notons que pour cette étude québécoise, il ne s'agit pas de rationaliser la décision médicale elle-même et la relation entre le patient et le médecin mais tout ce qui vient en amont et en aval de ces dimensions : la logistique et les besoins divers, médicaments, chambres, matériels, disponibilité du personnel et organisation du travail et des horaires, etc. On comprend évidemment que la qualité des soins et leur sécurité puissent bénéficier d'une meilleure organisation. Il importe aussi de faire participer le personnel à l'amélioration des processus et à l'organisation des activités quotidiennes. Théoriquement, l'implication plus forte du personnel permet d'accroître le sens au travail. Les décisions sont prises au plus près du terrain et de l'action. Il est alors attendu de la diffusion du *Lean* un apaisement et une amélioration des relations sociales.

² L'expérience racontée par Kamata Satoshi au sujet d'une usine Toyota dans les années 70 est à cet égard éloquent (1976).

Mais dans d'autres exemples les aspects positifs du *Lean* ne sont pas aussi évidents. Le *Lean* suppose une rationalisation forte de l'activité : il faut faire mieux, plus vite, avec moins de moyens et en réduisant les espaces inutiles. Il s'agit ainsi de réduire le temps de passage des patients, de maximiser le temps d'utilisation des blocs opératoires (voir Mahmoud et Angelé-Halgand, 2018). Le *Lean* est alors synonyme de rationnement délibéré des moyens, ce qui a occasionné les plaintes des soignants et la résistance des organisations syndicales. De plus, une question générale émerge : est-il possible de vraiment industrialiser le soin alors que celui-ci repose sur une relation particulière entre un soignant et une personne ? La notion de co-production permet de préciser la nature de cette relation. Le patient contribue à l'effort de soins et aux résultats que l'on en attend (voir Bouville et Trempe, 2015). Ce n'est pas une pièce interchangeable dans un process industriel. Pourquoi et comment développer un modèle issu de l'industrialisation pour cadrer cette relation ? Un autre élément concerne l'organisation du travail. Une plus grande polyvalence est généralement de rigueur dans l'organisation des équipes en situation de *Lean*. Chacun est amené à changer souvent de cadres de travail : la mobilité est requise (horaires, services, etc.) et l'adaptabilité est recherchée. Dans un système comme celui-ci, le risque le plus patent est une certaine « réification » de la relation aux collègues et aux patients³. Le sens au travail s'en trouve malmené avec l'inconvénient de pénaliser la qualité des soins. Enfin, l'idéal d'amélioration continue ne signifie-t-il pas en pratique une course sans fin pour accroître l'efficacité et baisser les coûts ? Dans cette course, les soignants sont d'autant plus mal à l'aise que ce sont des gestionnaires qui les invitent à mettre en place des systèmes d'intensification de leur activité qui se retournent contre eux. Pour certains, la rhétorique de la création de valeur ajoutée pour le « client », propre au langage *Lean*, ne doit pas cacher la recherche de l'optimisation financière et opérationnelle (la recherche d'une plus grande productivité) au détriment éventuellement de l'amélioration des conditions de travail.

Quoiqu'il en soit de cette controverse, le *Lean* s'est diffusé dans les hôpitaux français et il fait partie des moyens mobilisés par les soignants et les gestionnaires pour améliorer le fonctionnement des services. Mais l'important n'est peut-être pas de prendre parti dans cette controverse. Les usages du *Lean* sont nombreux et les formes d'appropriation de celui-ci sont sans doute plus déterminantes pour envisager les configurations concrètes qu'il engendre – c'est-à-dire ses usages effectifs – que la référence à un modèle canonique prétendument intangible⁴. Sans doute s'agit-il aussi de tirer le meilleur parti possible d'une disposition du *Lean* qui ne demande qu'à s'actualiser : la participation des salariés à la détermination de leurs propres conditions de travail. Ce n'est sans doute pas automatique mais c'est un pari que nous avons tenté dans cette intervention en favorisant un rapprochement entre les parties syndicales et managériales.

1.2 Le *Stand-up meeting* à l'hôpital

Le « stand-up meeting » est une réunion collective qui se déroule à l'intérieur d'un service ou d'une unité de soins. Elle rassemble les personnes de l'unité ou du service (les médicaux et paramédicaux) pour traiter « les irritants », c'est-à-dire ce qui rend difficile le travail pour les professionnels. C'est une réunion hebdomadaire, qui dure environ 15 à 20 minutes, animée par le cadre du service (ce n'est pas toujours le cas, il peut s'agir d'un autre professionnel formé ou volontaire) avec la participation du médecin du service (ou des médecins présents dans le service au moment de la réunion). L'en-

³ Ce point est particulièrement développé dans l'article de Mamhoud et Angelé-Halgand (2018) à propos de l'industrialisation des blocs opératoires sous l'égide du *Lean*.

⁴ Voir *10 questions sur le Lean*, Éditions de l'Anact, 16 p.

semble des personnels présents au moment de la réunion y assiste. Elle a pour objectif de trouver une solution commune pour résoudre l'irritant. De plus, un indicateur de suivi de la résolution de l'irritant est mis en place. Si l'indicateur évolue dans le bon sens, cela démontre que l'action engagée était la bonne. Dans le cas contraire, cela prouve qu'il n'est pas nécessaire de se focaliser sur cette action, mais qu'il faut réfléchir à une autre proposition d'amélioration, le tout sans sentiment de culpabilité.

Les avantages du *Lean* et de cette méthode particulière sont promus par les dirigeants de l'hôpital. Cette vision est partagée par le directoire qui y voit plusieurs avantages et décide de mettre en place le *Stand-up meeting*. Pour cet organisme, le fil conducteur du *Stand-up meeting*, c'est « remettre du temps de soins aux patients », créer donc de la valeur ajoutée pour ceux-ci, ce qui est au cœur des démarches *Lean*. Mais avant de mettre en place le *Lean*, une formation interne et externe sur le sens (qu'est-ce que on veut faire avec le *Lean* ?) et les outils du *Lean* est mise en place ; puis il est attendu une passation au service qui aura la capacité de gérer de façon autonome la démarche, avec une équipe pluridisciplinaire (paramédicaux et médicaux). Pour le directeur de l'établissement, les raisons du recours au *Lean* sont claires :

« Il faut remettre les acteurs dans leur métier. Partant du constat que beaucoup de tâches sont faites de façon conjointe par beaucoup d'agents, des agents qui n'ont pas la qualification. Par exemple, le fait d'aller chercher du linge par une infirmière alors que c'est une tâche de logistique, donc elle ne fait pas le travail à faire auprès du patient, ce qui génère une perte de temps. Le *Lean* santé doit permettre d'améliorer la qualité en travaillant sur le terrain, c'est surtout ça, un outil de terrain, qui permet de faire progresser les *process* qualité avec les équipes managériales, hospitalières ».

Cette approche est partagée par la présidente de la commission médicale :

« Ce sont les irritants qui empêchent les professionnels de santé de se concentrer sur la prise en charge du patient, comme les interruptions de tâches qui font qu'il faut appeler à de multiples endroits. Il est aussi important de soigner que d'organiser le soin, et inversement. On peut être très bon médecin, prendre en charge sur un acte particulier à un très bon niveau le patient, mais si la chaîne autour du patient dysfonctionne, non pas par déficit de compétence, mais par déficit d'organisation, le service rendu global au patient ne sera pas bon. Il n'est pas question d'avoir une vision productiviste des choses, mais de prouver qu'avec ce système de management de la qualité on améliore réellement les choses »

Pour l'Aract, le fil conducteur du *Stand-up meeting*, c'est la réponse à la question : peut-on considérer le *Stand up meeting* comme un outil qui permet de discuter du travail. Plus, fondamentalement, en faisant communiquer les professionnels, le *Stand-up meeting* peut être considéré comme un espace de discussion. C'est en effet avec cette préoccupation que l'Aract intervient ici. Rappelons que 5 critères permettent de qualifier les espaces de discussion dans une perspective de transformation du travail sous l'égide de la Qualité de vie au travail :

« Il s'agit d'abord (1) **d'espaces collectifs** qui permettent une (2) **discussion centrée sur l'expérience de travail** et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources, les contraintes, etc. Cette discussion, dont le vecteur principal est la parole, se déroule suivant (3) **un cadre et des règles co-construites** avec les parties prenantes. Ce

sont des (4) **espaces inscrits dans l'organisation du travail** qui visent à (5) **produire des propositions d'amélioration ou des décisions concrètes sur la façon de travailler**⁵ ».

Il ne s'agit donc pas seulement de discuter et de permettre l'expression de chacun – c'est un premier moment essentiel – mais plus fondamentalement de résoudre des problèmes concrets en décidant collectivement des actions à prendre :

« En ce sens, l'ouverture d'espace de dialogue sur le travail apparaît comme une pratique susceptible de réconcilier le développement des personnes et le développement de l'organisation, la performance sociale et la performance économique » (M. Detchessahar, 2019, p. 29).

— 2. L'INTERVENTION ET LA DEMANDE DE L'ENTREPRISE

La méthodologie suivie dans cette intervention est du type formation-action (cluster), articulant des temps de regroupement des établissements et des temps d'accompagnement individuel de chaque établissement. Cette démarche se veut apprenante. Elle combine des apports de connaissances par l'Aract, notamment sur les espaces de discussion sur le travail, des méthodes d'analyse des situations de travail et des échanges entre pairs, représentants des divers services de l'établissement. Ces temps collectifs ont été conçus comme de véritables espaces de discussion sur le travail entre confrères, et entre trois types de représentations sociales et professionnelles : médicale, salarié, et direction. Les outils et techniques utilisés sont l'analyse documentaire, les entretiens et les espaces de discussion sur le travail (une analyse qualitative).

Dans l'établissement hospitalier, lors du début de la démarche, des rencontres plurielles avec les acteurs ont eu lieu. Le directoire a d'abord été rencontré. Nous avons constaté que le directoire n'était pas enclin à impliquer les représentants du personnel dans la démarche. Ils étaient exclus de la discussion sur la mise en place des *Stand-up meetings*. La commission médicale avait même une perception négative du rôle des représentants du personnel : « Les RP ne sont pas dans une posture constructive, ils s'opposent par principe à tout ce qui émane de la direction ». Le CHSCT n'est donc pas une force sur laquelle s'appuyer pour impulser des projets, qui plus est à propos d'un sujet polémique perçu comme un moyen d'en demander encore plus des salariés. Une information/consultation en CHSCT apparaît rédhibitoire, vécue comme une perte de temps. Une rencontre a également lieu avec le service qualité qui est pilote du projet. Cet acteur sera sensibilisé en cours de route à la dimension « travail » du *Stand-up meeting*.

Il est pourtant souligné par les intervenants de l'Aract que l'implication des représentants du personnel (passage en CHSCT) est une condition de réussite du projet. Le dialogue social et professionnel est au cœur de toute démarche d'amélioration de la QVT. En insistant, l'Aract propose et obtient du directoire une rencontre avec les représentants du personnel pour discuter du projet. La DRH est favorable à cette évolution, car elle propose l'organisation d'une réunion extraordinaire du CHSCT dédiée spécifiquement au projet.

Cette réunion permet un débat même si celui-ci ne s'avère pas complètement satisfaisant. Les représentants du personnel ont exprimé un doute sur l'ensemble du projet. Ils contestent l'utilité du sujet. Ils évoquent aussi le manque de concertation (« c'est le choix de la direction »). Ils considèrent que d'autres sujets étaient prioritaires pour la QVT (le projet s'inscrit dans une démarche plus globale

⁵ S. Journaud, (2015), « Et si on parlait du travail ? » : https://www.nouvelleaquitaine.aract.fr/images/DOC_MANAGEMENT/Espaces_Discussion_Limousin_2015.PDF

de QVT). Par ailleurs, le sujet est polémique : le *Lean*, pour eux, provient du secteur industriel (automobile) et est assimilé – à tort ou à raison – à l’augmentation de la productivité et à un risque de dégradation des conditions de travail.

Les représentants du personnel ont néanmoins accepté de participer à cette rencontre, ce qui constitue en soi une avancée. À cette occasion, la DRH, soutenue par les représentants du service qualité, a présenté le projet et les premiers résultats issus de l’expérimentation du *Stand-up meeting*. À ce stade, des échanges riches ont eu lieu, ce qui a permis aux représentants du personnel de mieux cerner le projet et d’en avoir une autre représentation : sans aller jusqu’à le soutenir, ils ne s’y opposent plus, dans la mesure où les agents y trouvent leur compte (dans le sens de l’amélioration des conditions de travail) et participent volontairement au processus. Pour l’Aract, c’est un progrès qui a été permis par l’inscription d’objets de travail concrets dans le dialogue social formel. Le regard de la présidente de la commission médicale évolue également en soutenant cette tentative d’association et de participation des représentants du personnel au projet. Cette évolution positive s’est traduite par l’accord donné à l’Aract non seulement de rencontrer les représentants du personnel mais également de lancer la démarche de recherche-action en constituant des groupes de travail.

— 3. LES GROUPES DE TRAVAIL ET LA DISCUSSION À PROPOS DES *STAND-UP MEETINGS*

L’organisation de rencontres collectives entre ces acteurs permet à chacun de s’exprimer et de préciser sa position face au *Stand-up meeting*. C’est aussi l’occasion de faire remonter des éléments concrets du vécu de l’expérimentation de cette méthode. En pratique, il en est attendu un dépassement des postures toutes faites et une appropriation plus soucieuse des conditions de travail de ce nouveau dispositif. Les groupes de travail ont insisté pour valoriser la dimension travail et les résultats atteints. Au-delà, ces groupes de travail ont été utiles pour apporter la dimension travail dans un projet, guidé par le service qualité, qui aurait pu être trop normatif. La généralisation du déploiement du projet peut ainsi être envisagée.

Les témoignages suivants émanant de ces groupes de travail permettent de suivre l’évolution du projet et l’importance qu’il revêt pour les acteurs :

« Je trouve ça très intéressant, la participation des professionnels différents, avec un investissement de tout le monde, aussi bien médecin qu’auxiliaire, la participation active de différents personnels, je trouve de l’intérêt par rapport au sujet abordé, aux problématiques posées (infirmière) ».

« Ce sont des décisions prises de concert, de façon pluridisciplinaire, finalement tout le monde est relativement d’accord avec les décisions prises, ce n’est pas une décision descendante pure et simple qui pourrait être ressentie comme subie, tout le monde est acteur de l’évolution de l’organisation (médecin chef de service). »

On voit dans ces commentaires qu’il ne s’agit pas simplement de s’exprimer mais de résoudre des problèmes concrets. Nous sentons aussi que cette démarche, en mobilisant des acteurs venant d’horizons différents, permet d’installer une plus grande transversalité des décisions.

Finalement, le *Lean* apparaît comme une méthode participative pour régler les problèmes avec les principaux concernés :

L'important dans le *Lean*, c'est de laisser la parole à tous les soignants, acteurs du soin et pouvoir aller chercher les bonnes idées là où elles se trouvent. Tout le monde est à même de participer à la vie du service, toujours avec la qualité vers le patient en ligne de mire. Mais cette participation de tous dans une démarche qualité est essentielle dans une bonne cohésion d'équipe, en tous cas pour la renforcer si besoin (médecin responsable de pôle) ».

« Entrevoir des problématiques dont on n'avait pas connaissance, participer à notre niveau à la résolution des problèmes, ça permet à chacun de se sentir écouté, considéré, puisque in fine on trouve des solutions pour les uns et pour les autres (médecin chef de service) ».

Ce travail a permis l'évolution des représentations des acteurs et l'amélioration du dialogue social : les organisations syndicales ont participé au CHSCT, le service qualité et la DRH ont pu exposer la démarche et les résultats obtenus, des échanges riches ont eu lieu, les organisations syndicales ont mieux compris le projet. Sans toutefois le soutenir, elles ne s'y opposent plus forcément. Cette intervention a aussi permis l'évolution de la fonction qualité : celle-ci est passée d'une vision normative à une prise en compte de l'importance du travail réel dans la résolution des problèmes concrets. Par ailleurs, bien que le fil conducteur du *Stand-up meeting* pour le directoire est de « remettre du temps aux soins des patients », on peut aussi faire les constats suivants :

- il permet de favoriser l'expression directe des personnels sur leur travail, en traitant les irritants et en trouvant des solutions adaptées ;
- il permet de mettre en place un processus de traitement des irritants au plus près de la production de soins et avec les acteurs concernés.

Le *Stand-up meeting* permet de redonner du pouvoir d'agir aux acteurs de terrain. À notre sens, au vu de ce qui s'est passé dans cet établissement hospitalier, nous pouvons conclure que ce dispositif peut être considéré comme un espace de discussion sur le travail selon la définition de l'Anact que nous avons évoquée précédemment.

Les commentaires suivants extraits des discussions entre les groupes de travail montrent éloquentement cette utilité des *Stand up meetings* :

« Ce que j'aime particulièrement avec l'équipe, c'est un échange dont on n'a pas l'habitude. On a beaucoup de problématiques qu'on aimerait traiter et on n'a pas souvent des occasions pour se réunir, en dehors du poste de travail, pour en discuter (infirmière et animatrice *Stand-up*) ».

« On a réglé pas mal de petits problèmes organisationnels au sein du service : exemple, au niveau transmission, on a mis en place un cahier de transmission, on a gagné en communication et en transmission (cadre et animatrice *stand-up*) ».

« Au tout début qu'on a vu le tableau, on s'est dit qu'est-ce-que cela ? Ça va être compliqué, mais pas du tout ; à l'utilisation, c'est finalement très simple, et ça améliore les problématiques dans le service (AS) ».

« Un autre point fort de la communication est d'entrevoir des problématiques jusque-là inconnues. Exemple : quand une AS me parle d'une problématique qui m'implique pleinement, moi j'ai mon rôle à jouer, mais avant je n'avais pas de visibilité sur ces problèmes-là. Dernière chose importante, c'est dans l'échec de la mise en place de certaines actions, ça permet de dire qu'on a essayé telle solution, proposée par une personne parce qu'elle pensait que c'était la bonne, finalement ce n'est pas la bonne après essai, on peut passer à autre chose. On peut ainsi tester différentes solutions et aboutir à celle qui sera la plus adaptée au service (médecin et chef de service) ».

— CONCLUSION

Le *Lean* n'a pas toujours bonne presse lorsqu'il est mis en place dans le système hospitalier. Issu du monde de l'industrie, il fait craindre une intensification du travail qui se mettrait en œuvre au détriment du patient et de bonnes conditions de travail. Ce type de configuration existe certainement. Ce qui compte pour l'éviter, c'est la qualité de l'appropriation du projet à partir de principes relativement simples : information extensive sur le sens de l'exercice et son suivi, participation de l'ensemble des acteurs, progressivité de la mise en place du projet et possibilités de retour en arrière de façon expérimentale, etc. Il peut aussi apparaître pertinent de proposer un accompagnement aux acteurs comme cela a été le cas ici. Tous peuvent alors s'exprimer et parler du travail plutôt que chercher à occuper des positions d'influence et de pouvoir. Ce n'est pas toujours facile mais cela permet une meilleure assimilation des projets.

Dans ce cas, l'expérience des *Stand up meetings* a permis de :

- valoriser la contribution de chaque professionnel à la qualité du travail et à la performance collective (capacité d'expression) ; cela assure une plus grande capacité d'écoute du manager (management du travail) ;
- renforcer la dimension collective du travail (cohésion d'équipe) et la capacité d'action au niveau local (la subsidiarité).

Pour ces raisons, ce dispositif contribue à « rendre le travail visible » (P.-Y. Gomez, 2013) et à faire de celui-ci un espace de discussion sur le travail, comme le conçoit l'Anact. Ainsi la participation au cluster animé par l'Aract Hauts-de-France assure une crédibilité scientifique à la démarche empirique de l'établissement. Enfin, cette démarche a permis une évolution des acteurs (organisations syndicales et directoire) en permettant de mieux articuler dialogue social et dialogue professionnel.

— BIBLIOGRAPHIE

- Bouville, G. et Trempe, C. (2015), « La mise en place du Lean Healthcare : un bouleversement de l'univers hospitalier ? », in Fermon, B., Grandjean, P. (coord.), *Performance et innovations dans les établissements de santé*, Dunod, Paris.
- Detchessahar, M. (coord.) (2019), *L'entreprise délibérée. Refonder le management par le dialogue*, Nouvelle cité, 237 p.
- Landry, S. et Beaulieu, M. (2018), « Formulation et mise en œuvre d'une stratégie logistique hospitalière : un exemple d'industrialisation », in *Management & avenir santé*, n° 3, mai.
- Mahmoud, Z. et Angelé-Halgand, N. (2018), « L'industrialisation des blocs opératoires : Lean management et réification », in *Management et avenir santé*, n° 3, mai.
- Gomez, P.-Y. (2013), « *Le travail invisible* », François Bourin.
- Womack, J. et Jones, D. (2009), *Système Lean : penser l'entreprise au plus juste*, Pearson.
- Satoshi, K. (1976), *Toyota, l'usine du désespoir. Journal d'un ouvrier saisonnier*, Les éditions ouvrières, 255 p.