



Mémoire pour le D.E. Médecin Manager

Promotion HUGO-EHESP 2021

Rennes

« Développement du Management Participatif dans
une unité de soins : facilitateurs, pérennisation et
posture managériale »

Présenté par Dr Isabelle GRIFFOUL

Rhumatologue - CHRU de Tours

Le 7 avril 2022

PLAN

	Pages
I. INTRODUCTION – PROBLEMATIQUE	3
1) Présentation	3
2) Engager l'équipe	3
3) Le management dans le projet de service	4
4) Une innovation managériale	5
II. MISE EN PLACE	6
1) « Terreau » facilitant	6
2) Formation de l'équipe et mise en place	6
3) Le stand-up en pratique	6
4) Cas pratiques résolus	8
5) Evaluation	10
III. LA POSTURE DU MANAGER MEDICAL	11
1) Impact de la formation médecin manager sur l'animation et la pérennisation	
2) Ma perception du management participatif après la formation médecin manager	
IV. PERSPECTIVES	14
1) Pérennisation lors de la pandémie à Covid-19	14
2) Pérennisation en situation de changement de manager	15
3) Conclusion	16
ANNEXES	17
REMERCIEMENTS	21

I. INTRODUCTION – PROBLEMATIQUE

1) Présentation

Je suis responsable du Service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours depuis le 10/07/2020. Ce service a vu mes débuts en 2003 comme interne de 3ème année de rhumatologie et j'y suis restée ensuite comme chef de clinique - assistante puis PH depuis 2009. Le changement de chefferie a été préparé de longue date avec mon prédécesseur, et hors la pandémie à COVID19, la transition s'est faite assez naturellement. Le service comprend 22 lits d'hospitalisation complète, 6 lits d'hôpital de jour et deux secteurs de consultations externes (200 consultations « complexes » et 5000 consultations « simples » /an). L'équipe médicale compte 6 médecins titulaires, un chef de clinique et 6 internes. L'équipe paramédicale comprend 34 ETP soit un peu plus de 40 personnes. La cadre de santé, avec qui je travaille au quotidien, est là depuis plusieurs années déjà et a beaucoup d'expérience.

2) Engager l'équipe

L'institution a mis en place le management participatif (MP) depuis 3 ans dans certains services pilotes du CHRU. Cette démarche importée d'Amérique du Nord, vise à s'appuyer sur l'intelligence collective pour favoriser l'innovation et la motivation des équipes tout en restant compétitif dans son domaine d'expertise. Ce type de management est dérivé des travaux de Frederick Herzberg, dans son ouvrage *The Motivation to Work* (1959) dans lequel il a identifié des facteurs de motivation au travail comme la reconnaissance, l'intérêt pour son travail, les responsabilités. Ce type de management va ainsi permettre de plus impliquer les employés dans des décisions les concernant : on crée l'adhésion des participants en les impliquant. Les avantages sont : de donner du sens, puisque chaque personne éprouve un sentiment d'appartenance à l'entité, elle se sent responsabilisée. Cette démarche permet aussi d'augmenter l'autonomie des participants et d'améliorer la qualité de vie au travail. Les points négatifs sont : - la gestion du temps pour ne pas tomber dans l'écueil de réunions ajoutées, - de laisser tout de même la place à un participant en tant qu'individu et non plus comme un simple membre d'un collectif, - et ce management ne doit pas être utilisé comme un outil de gestion des conflits.

Au CHRU de Tours, avec des formateurs extérieurs d'un Cabinet belge « Cubik », 4 services avaient déjà été formés en 2019 à cette nouvelle technique de management dans le milieu hospitalier et un appel à candidatures pour la vague des 4 services suivants a été diffusé. Les objectifs institutionnels étaient de promouvoir la qualité de vie au travail et de renforcer l'attractivité pour les soignants en aidant à la gestion collective des « irritants du quotidien ».

L'ensemble de cette démarche s'inscrit en suivant deux piliers fondamentaux au sein du CHRU :
- des valeurs fortes partagées traduites en comportements à adopter : loyauté, ambition collective, respect et esprit d'équipe.



- Un cap avec des objectifs précis suivis par des indicateurs et appelé «Vrai Nord».



En parallèle, juste avant mon arrivée à la fonction de responsable de service, l'équipe paramédicale a vécu de grands changements en raison de départs en retraite ou mutations (environ 10 personnes nouvelles).

La réflexion avant d'engager mon équipe dans ce projet de MP était double : d'une part la mise en place d'une nouvelle activité d'équipe semblait impossible en septembre 2020, alors que nous étions juste après le premier confinement lié au COVID, fatigués et inquiets de la suite. Mais d'autre part, l'idée de monter un projet d'équipe fédérateur permettant d'inclure dans une nouvelle dynamique les nouveaux membres de l'équipe paraissait utile.

3) Le management dans le projet de service

Voilà ce que j'avais écrit en 2020, naïve des notions théoriques du management lors de la rédaction du projet de service en vue de ma nomination au poste de cheffe de service à la rubrique : « Définir les modalités de management du service » :

« Les points clés sont à mon sens :

- *de placer les patients au cœur de notre réflexion. Tout ce que nous faisons au quotidien est de près ou de loin guidé par cela. Les projets, réunions, organisations... ne doivent pas nous faire perdre cet objectif : le meilleur soin pour chaque patient qui nous fait confiance,*
- *« de mettre la bonne personne au bon endroit », c'est-à-dire qu'il faut absolument exploiter les compétences et les envies de chacun pour qu'il soit performant dans ses activités, surtout professionnelles,*
- *de maintenir une bonne cohésion d'équipe et une bonne qualité de vie au travail et préserver une bonne communication dans l'ensemble du service, nous devons travailler dans un climat serein, convivial, et solidaire malgré la charge de travail,*

- *que chaque projet puisse être proposé librement, discuté, mis en place, évalué puis modifié si besoin. »*

4) Une innovation managériale

Il m'a semblé finalement, que le MP en équipe pluri-professionnelle permettrait de rassembler plusieurs des critères énoncés précédemment et notamment : la cohésion d'équipe, la qualité de vie au travail en assurant une bonne communication. Cela paraissait être aussi une bonne dynamique dans une équipe nouvelle pour fédérer les différents participants autour d'un projet commun.

Après concertation avec la cadre de santé nous avons opté pour cette opportunité et avons donc inscrit le service pour la formation alors même que la conjoncture ne nous paraissait pas optimale de premier abord.

La formation au management participatif couplée à la formation Médecin Manager (MM) de l'EHESP ont été menées en 2021.

L'objectif de cette réflexion est de montrer comment la formation MM a modifié ma perception du management participatif et quels ont été les apports de la formation MM pour l'animation et la pérennisation de cet outil dans le service.

II. MISE EN PLACE

1) « Terreau » facilitant

Comme précisé ci-dessus l'équipe est relativement jeune mais avec des membres plus anciens. Par ailleurs, il s'agit d'une relativement petite équipe où les membres les plus anciens se connaissent de longue date et s'entendent bien. Il n'y a pas de conflit particulier dans l'équipe ni d'individualité problématique dans la gestion du quotidien. Une présentation a été faite par la cadre de santé et moi-même auprès de l'ensemble de l'équipe paramédicale et médicale afin d'exposer l'intérêt et les modalités du MP et afin de recueillir les volontaires à la formation. Cette nouveauté a été bien accueillie et un grand nombre des membres de l'équipe médicale et paramédicale ont été volontaires d'emblée pour suivre cette formation. Tous les corps de métier étaient représentés.

2) Formation de l'équipe et mise en place

La formation a été décomposée comme suit :

- une première formation de 2 heures (05/02/2021) avec uniquement la cheffe de service, la cheffe de pôle, la cadre de santé et la cadre supérieure de santé pour exposer le déroulé des séances et les attendus,
- une formation d'une journée avec les volontaires à la formation. Douze personnes ont été formées, avec au moins un agent par catégorie professionnelle : Aide-soignant, agent de services hospitaliers, aide hôtelière, assistant médico-administratif, cadre de santé, médecin, infirmier, pour présenter le MP et aborder des situations concrètes. Un certain nombre d'outils ont été présentés notamment le tableau de management visuel. Des notions d'évaluation et d'indicateurs à suivre ont été délivrées,
- une formation dédiée aux outils d'une journée pour l'encadrement supérieur et de proximité ainsi que la cheffe de service, la cheffe de pôle,
- le reste de la formation a été découpé en cinq demi-journées sur 10 semaines, dédiées à la mise en pratique dans le service (réalisation du tableau de management visuel, premières animations de « stand-up », premières résolutions de problèmes...). La présence de la formatrice a permis d'introduire de nouveaux outils au fil de la formation. L'équipe s'est autonomisée et a fini sa formation le 19 mai 2021.

3) Le stand-up en pratique

Les origines du stand-up

Traduit littéralement par "réunion debout" en français, ce type de réunion est très utilisé dans les entreprises du domaine informatique, et répond à un management de type AGILE (le client est associé au projet et l'équipe est très réactive aux souhaits du client qui peuvent varier au cours du temps). Pour atteindre la demande du client, l'équipe va diviser son projet en séquences (appelées « sprints ») au cours desquelles un objectif à atteindre est proposé. Le stand-up quotidien permet de faire le retour à l'équipe de l'avancée du sprint et de mettre en lumière d'éventuels facilitateurs ou

freins à l'avancée du projet. Un support visuel est utilisé pour animer la séance. A la fin du projet, la « rétrospective » permet de faire le bilan du travail en équipe.

Les participants à ce type de réunion se tiennent debout en cercle afin de faciliter les échanges. Les participants échangent sans distinction de poste, de manière très informelle. L'échange se fait entre tous et non à l'attention d'un seul et même participant. Le temps consacré aux "stand-ups" est relativement court (maximum 15 minutes). Un responsable de séance est désigné, tenu de veiller à ce que le cadre de la rencontre et le timing soient respectés. Un mur ou un paperboard peuvent être utilisés pour la "prise de notes" à l'aide de post-its que l'on positionne et déplace en fonction de l'état d'avancement de la tâche inscrite dessus. Les objectifs de cette technique sont de dresser un bilan général des actions en cours, d'échanger des informations rapidement et de dynamiser le groupe. Les avantages de ce format sont : de limiter la durée, de fluidifier les échanges et de favoriser l'esprit collaboratif. Ses points faibles sont : de ne pas permettre la prise de note difficile, la position debout qui ne convient pas à tous et l'impossibilité de traiter les détails des sujets en séance.

Application dans le service du MP

Nous avons opté pour deux stand-ups hebdomadaires à 9h. Ces séances sont réalisées à l'étage de l'unité d'hospitalisation complète, dans une salle dédiée. Le choix de deux séances était réfléchi pour que le plus grand nombre, en fonction de son planning, atteigne le stand-up au moins une fois dans la semaine. Deux animateurs initialement puis un animateur désormais sont chargés d'animer la séance. Nous avons réfléchi ensemble au déroulé d'une séance et organisé en conséquence notre tableau de management visuel.

Nous évoquons dans l'ordre :

- des points de convivialité et/ou dicton de la semaine,
- les points d'actualité du service avec la présentation de l'agenda de la semaine,
- puis les nouvelles situations problématiques déposées sous forme de post-it sur le tableau sont passées en revue de façon collégiale, triées par ordre de priorité à traiter et affichées sur le tableau de management visuel selon la priorité retenue,
- enfin la revue des « post-its en cours de résolution » (trois à quatre en même temps), présentés par les responsables du projet avec un état d'avancement en fonction des dates de réévaluation fixées initialement.

Chaque post-it « résolu » est remplacé par un autre selon la priorité retenue et une nouvelle équipe de travail est constituée sur volontariat. A tout moment de la semaine, nuit et jour, tous les professionnels peuvent déposer un « post-it », reflet d'un irritant ou d'un problème aigu ou récurrent qui sera pris en charge lors du « stand-up » suivant (**Photos en annexe 1**).

4) Cas pratiques résolus

En pratique, 28 situations/irritants, ont été résolus en 8 mois d'installation environ. Quatre sont en cours de résolution. Pour illustrer la conduite du MP en pratique dans le service, je présente 4 situations résolues, issues de post-it déposé sur le tableau :

1. La première concernait l'organisation de la salle d'échographie partagée entre plusieurs professionnels et dont le rangement ainsi que la gestion des stocks était problématique. Aidés par la formatrice, nous avons utilisé la méthode du 5S (débarrasser, ranger, nettoyer, standardiser, impliquer – 5 noms Japonais dont la traduction commence par un « S ») qui nous a permis de trier et de sortir de cette salle tout ce qui était indépendant de l'activité d'échographie, de délimiter et d'organiser des espaces pour que chaque élément soit positionné qu'il s'agisse du petit matériel ou du mobilier. La délimitation visuelle permet de vérifier que tout le matériel nécessaire est là et permet de savoir où le remettre après utilisation. Cette organisation perdure après un an. Il reste un point de vigilance important à suivre concernant la gestion des stocks des consommables qui n'est pas optimale. Cela a fait l'objet d'un nouveau « post-it » **(Photos en annexe 2)**.
2. La deuxième situation concerne la numérisation des résultats de biologie reçus de laboratoires externes et les comptes rendus de consultations extérieures reçus pour nos patients suivis dans le service. *Cheminement antérieur* : les courriers étaient reçus au secrétariat et affectés au médecin responsable puis retourné au secrétariat afin d'y être numérisé dans le dossier patient puis jeté pour sa version papier. Cela impliquait deux passages dans le dossier du patient pour la secrétaire. Il a été proposé par le groupe de travail de changer le parcours du document pour être numérisé d'emblée à réception, puis attribué au médecin responsable, qui détruit ce document directement après en avoir pris connaissance. Le point de vigilance portait sur la certitude que nous pouvions numériser dans un dossier un courrier non encore visé par le médecin responsable. Ce point est désormais pérenne.
3. La troisième situation concernait les modalités d'accueil du patient en hospitalisation complète et l'absence récurrente du poids, de la taille mesurés à l'entrée. Un autre post-it faisait état de l'absence dans les dossiers de patients des coordonnées de la personne de confiance et de l'inventaire d'entrée, alors que c'est une recommandation de l'institution. Ces deux items ont été traités ensemble par le même groupe de travail. Cela a abouti à :
 - la création d'une check-list d'entrée affichée dans chaque chambre permettant à tous les agents de savoir si les différents éléments à renseigner sont recueillis,
 - la liste comprend : poids, taille, bandelette urinaire, inventaire des biens, nom de la personne de confiance, date prévisionnelle de sortie.

Le point de réévaluation est prévu à 6 mois par un « audit flash » avec comme indicateur le pourcentage de remplissage pour chaque item et pour chaque patient présent dans l'unité à un instant T. Il sera comparé aux chiffres de « l'audit flash » antérieur à la mise en place de la check-list.

4. Le dernier cas concerne un post-it de l'hôpital de jour(HJ) qui reçoit de multiples appels téléphoniques de patients extérieurs ou de correspondants de l'hôpital qui ne sont pas destinés à l'HJ mais à la consultation ou au secrétariat de l'hospitalisation. Cela interfère dans les soins et fait perdre du temps à l'équipe d'HJ. Nous avons utilisé pour résoudre cette situation une méthode d'un diagramme en « arêtes de poisson » (ou Diagramme Ishikawa) puis d'un outil appelé « A3 » (**annexes 3 et 4**). Ces outils permettent, lorsque les causes d'un problème sont complexes, de bien identifier toutes les étiologies d'un problème puis d'organiser les priorités d'action pour le résoudre. Dans notre situation, un grand nombre de paramètres en cause dans le problème présenté ne relevait pas directement de notre fait. Nous avons donc concentré nos actions sur les deux points qui nous semblaient être liés à notre organisation propre.

Cela a abouti à :

- éliminer toutes les ordonnances des patients qui sortent du service avec les anciens numéros de téléphone et notamment celui de l'HJ comme référent pour l'ensemble des unités,
- modifier les horaires des permanences téléphoniques à la consultation qui était souvent sur répondeur téléphonique incitant alors les différents correspondants à utiliser un autre numéro.

5) Evaluation

L'évaluation de cette démarche correspond à la mesure d'indicateurs que nous avons choisis collectivement et qui répondent à notre « vrai nord » : *du premier contact à la programmation de la prise en charge, le délai le plus court pour chaque patient.*

L'indicateur principal est donc le délai moyen entre la première demande de prise en charge du patient (appel ou lettre du médecin traitant ou rhumatologue de ville pour une prise en charge en hospitalisation, appel d'un de nos correspondants internes ou d'un CH de périphérie pour une prise en charge en hospitalisation.)

Par ailleurs, l'évaluation porte sur certains « post-it » résolus afin de s'assurer de la pérennisation du résultat au long cours.

Nous ne sommes pas encore avancés sur ces deux points. La réévaluation des actions menées est faite mais nous avons dû interrompre nos travaux de MP depuis mi-décembre en raison de la pandémie Covid-19. Sur l'indicateur principal, nous n'avons pas réussi à mettre en œuvre une évaluation solide. C'est notre priorité en 2022 avec la définition d'un indicateur précis et simple qui va nous permettre d'évaluer ce délai.

III. LA POSTURE DU MANAGER MEDICAL

1) Impact de la formation MM sur l'animation et la pérennisation

La formation MM m'a permis de prendre un peu de distance après une année de mise en place du MP dans le service. Je ne le vois plus seulement en tant qu'actrice formée à une nouvelle technique mais bien plus comme un outil pour animer et dynamiser l'équipe de soins.

L'animation des stand-ups hebdomadaires ne pose pas de difficulté. Toute l'équipe s'est prise au jeu et à tour de rôle, les animateurs sont maintenant issus de toutes les catégories professionnelles du service. Ils étaient d'abord animés en binômes pour être plus à l'aise. Il est amusant de constater comment par phénomène « de tache d'huile », les professionnels qui ont suivi la formation au MP ont inspiré ceux qui ne l'ont pas reçue. Chacun se sent désormais capable d'animer cette réunion, formé ou non, y compris pour des agents peu habitués aux réunions ou à la prise de parole en public.

La question devient alors celle de l'autonomie de l'équipe. S'il n'y a pas de difficulté pratique à réaliser la séance, l'équipe reste dépendante d'une stimulation à la participation aux stand-ups. En effet, l'équipe médicale est disponible de fait puisque le stand-up a lieu juste après le staff médical et dans la salle voisine. Mais pour les soignants, c'est le moment des petits déjeuners, la fin du premier tour infirmier, prises de sangs, début des toilettes... et les raisons de ne pas être disponibles sont nombreuses. Les deux managers (médical et non médical) font le rappel en temps réel, et cela demande une énergie assez importante. Une autre raison pour laquelle les stand-ups ont pu se tenir, est le soutien fort de l'équipe médicale. L'ensemble des médecins du service participe à au moins un stand-up par semaine et les internes sont présents la plupart du temps. Les médecins ou internes prennent part aux réflexions et intègrent les groupes de travail selon les sujets. Il faut tout de même réguler le poids médical comparé au personnel non médical afin que cet outil ne soit pas uniquement centré sur des problématiques médicales pures.

Il faut également réguler les informations transmises pendant le stand-up afin que cette réunion ne devienne pas une réunion d'équipe. Si cette réunion brève peut permettre de diffuser une information urgente au plus grand nombre rapidement, et cela nous a servi régulièrement pendant l'épidémie COVID, cela ne doit pas se résumer à cela. Les agents qui participent viennent à mon sens chercher autre chose dans cette réunion. De plus, l'ensemble de l'équipe n'est pas forcément présente et cela risquerait de défavoriser certains agents selon leur planning ou leur souhait à respecter de ne pas participer au MP. Toujours sur la régulation, il faut bien cibler l'organisation du stand-up afin qu'il ne soit pas le siège de la résolution de problème. Il priorise, constitue les groupes de travail, écoute les résultats et propositions des groupes mais ne peut permettre, compte-tenu des contraintes horaires, de débattre ou de trouver des solutions en séance.

Par ailleurs, les « irritants » déposés et sélectionnés, doivent faire l'objet d'un travail de groupe qui nécessite parfois plusieurs temps de réflexion. Ce point est particulièrement difficile : il s'agit d'investir du temps afin que le projet avance dans des journées où la charge de travail est déjà suffisante et avec des emplois du temps qui sont différents selon les membres du groupe. En effet, une infirmière pourra être disponible après ses transmissions si elle travaille du matin, mais le médecin plutôt en fin d'après-midi et l'aide – hôtelière en milieu de matinée. Notre objectif était de

consacrer 30 minutes dans la semaine au groupe de travail. Cela n'est pas toujours possible. Les conseils des formateurs ont été très utiles pour cela en nous suggérant de fixer des objectifs plus petits mais atteignables sans ajouter de pression sur les groupes de travail.

Enfin, la principale difficulté est d'insuffler de la méthode dans la résolution de certains problèmes. Lorsque nous avons utilisé la méthode du 5S pour ranger la salle d'échographie, la méthode était simple et ludique. Elle a été utilisée de façon très fiable dans la foulée par une aide-soignante pour réorganiser une salle de stockage de matériel médical. Par contre, nous avons dû mettre en place un outil « A3 » de résolution de problème pour le sujet concernant les appels téléphoniques à destination erronée. La maîtrise fragile de cet outil par les formés et le manque de temps pour se poser face à l'outil en groupe de travail ont fait ralentir la résolution de problème et aboutir à des conclusions sans doute moins robustes que si l'outil avait été utilisé correctement ou animé par une personne qui en a l'habitude. Il revient alors au manager d'encadrer et de dynamiser le travail en groupe et la résolution de problème comme il le ferait dans la gestion d'un projet en méthode AGILE.

Concernant la pérennisation, je reviendrai plus loin sur l'impact de la crise COVID. Il existe d'autres éléments nécessaires en plus de la motivation du binôme d'encadrement et de l'équipe médicale à la conduite du MP dans notre équipe :

- un soutien du pôle : la cheffe de pôle et la cadre supérieure de pôle ont appuyé ce projet, ont participé à la formation et ont suivi quelques stand-ups,
- la résolution effective des irritants déposés par l'équipe afin que cela ne soit pas perçu comme un artifice mais participe réellement à l'amélioration de la qualité de vie au travail,
- la résolution assez rapide des post-its sélectionnés pour ne pas lasser les participants et donner un sentiment d'inertie,
- la possibilité de s'exprimer lors du stand-up sans jugement,
- l'équilibre dans la sollicitation des participants à l'animation et aux groupes de travail en fonction de leurs envies et compétences.

2) Ma perception du MP après la formation MM

J'ai engagé le service dans le MP afin de maintenir une cohésion d'équipe et d'insuffler un dynamisme permettant l'accueil des nouveaux membres. Par ailleurs, l'idée suggérée que des « petits » problèmes quotidiens peuvent se régler entre nous, rapidement avec une réflexion, une écoute et des propositions venant de tous les membres de l'équipe, quelle que soit leur formation, était très pertinente à mes yeux.

Je suis convaincue que le MP contribue à une meilleure qualité de vie au travail et à une meilleure cohésion d'équipe. Cela a permis d'améliorer des problèmes faciles auxquels on ne s'était jamais confrontés dans le service soit par manque de temps, soit par mauvaise interprétation de l'impact qu'il avait sur l'équipe, soit par habitude. Il ajoute un point positif dans l'attractivité du service pour les soignants, médecins et/ou internes.

Après la formation MM, il me semble que le MP, a bien un rôle d'outil mais qu'il dépasse la gestion des irritants du quotidien. En effet, j'ai l'impression que cela peut nous servir de baromètre d'équipe. Maintenant que nous sommes plus rodés et que la confiance s'est installée, les échanges sont facilités lors des stand-ups et la possibilité pour chacun de mettre un post-it permet de savoir que son problème sera entendu. J'ai vu aussi que lors de périodes de tensions plus importantes notamment la baisse de l'effectif pour absentéisme et/ou modification des organisations liées au Covid, le stand-up pouvait être boudé et les post-its moins utilisés. Cela permet un bon reflet de l'ambiance générale. Enfin, il me semble que si un problème amené à prendre de l'ampleur, devait survenir, il sortirait peut-être par ce biais, plus facilement et plus rapidement au lieu d'être caché et/ou minimisé, et de grossir pour arriver à une dégradation de l'ambiance de travail voire à un conflit social (grève, sollicitation des organisations syndicales...).

IV. PERSPECTIVES

1) Pérennisation lors de la pandémie à Covid-19

Nous avons commencé notre formation au MP après le premier confinement lié à la pandémie COVID-19. Cela avait été une source d'inquiétude et de réflexion avant de nous engager et nous avons profité d'une accalmie dans la crise sanitaire pour débiter. Néanmoins, l'évolution de la situation épidémique nous a conduit à modifier à plusieurs reprises l'organisation des stand-ups en diminuant la fréquence ou en les annulant au gré de l'évolution de la situation (absentéisme paramédical ou médical, renfort en unité Covid par exemple).

A partir du 10 janvier 2022, le service a été totalement fermé afin de libérer le personnel non médical de tout un étage d'hospitalisation (22 lits fermés - 37 agents mobilisés). Cette mesure a été décidée en cellule de crise dans le but d'amortir l'impact sur les soins de l'absentéisme paramédical du pôle attendu par la 5^{ème} vague à COVID-19 ; l'absentéisme de notre pôle étant déjà important à environ 11 %. Douze lits de rhumatologie ont été maintenus dans 2 sous-unités de 6 lits prêtées par les services de Dermatologie et Chirurgie Plastique, à un autre étage du bâtiment. Les personnels du service de rhumatologie ont été affectés sur différentes unités au sein du pôle. Cette situation était envisagée pour deux semaines initialement. Pendant cette période les séances de stand-ups ont cessé. La situation a été discutée en amont de la fermeture en équipe avec le manager médical et des propositions ont été formulées par l'équipe soignante pour anticiper des difficultés ou des organisations à l'étage d'affectation et ces mesures d'ajustement ont été obtenues. Le service a finalement ouvert à son emplacement habituel après 7 semaines de fermeture.

La date d'ouverture étant toute récente j'ignore pour l'instant si les stand-ups pourront reprendre et si le fonctionnement du MP tel que nous l'avons instauré va persister. Mais certains points sont à souligner :

- tout d'abord, dans l'analyse de cette situation de fermeture avec déplacement du personnel, la cohésion d'équipe favorisée par le MP a aidé à maintenir un lien entre les différents membres de l'équipe. Ces liens ont même été renforcés. Cela a permis à certains de supporter cette situation difficile et a contribué à conserver un bon esprit d'équipe malgré l'éclatement des agents dans différentes unités. Il y avait une attente forte dans le retour à une situation normale. La plupart des agents ont mentionné le bien-être et la qualité de l'ambiance de travail dans notre service habituel. Beaucoup ont mentionné le souhait de revenir « chez nous ».
- ensuite, j'espère que nous allons pouvoir nous appuyer sur le MP et les séances de stand-up pour retrouver une sérénité de travail qui a été bouleversée par la fermeture. Une fois que chacun aura repris son rythme de travail « habituel », je souhaite utiliser les stand-ups pendant quelques semaines pour faire le bilan de notre expérience de fermeture et de mobilisation des personnels ailleurs. Il sera sûrement intéressant de faire raconter puis d'analyser avec l'équipe : les points positifs rencontrés dans les autres unités, les pistes d'amélioration que nous souhaitons mettre en place dans notre unité, les choses négatives que nous ne voulons pas voir dans notre unité. Nous pourrions aussi échanger sur le vécu de l'accueil d'un agent dans une autre unité que la sienne et comment nous pourrions le faire dans notre service si la situation se représentait.
- enfin, j'ai confiance dans le travail que nous avons déjà effectué en 2021 et je pense que l'habitude déjà prise du MP va permettre de remettre en place les séances à l'avenir.

2) Pérennisation en situation de changement de manager

Comme déjà mentionné, l'équipe est autonome pour l'animation des stand-ups et la constitution des groupes de travail ainsi que pour la restitution des avancées par les groupes. Souvent, cela se fait néanmoins en temps réel sur l'impulsion du binôme d'encadrement à chaque séance. Par ailleurs le peu de formation à la méthode de résolution de problèmes met en difficulté les groupes de travail dès que le problème est complexe. La réflexion prend alors du temps au risque de lasser les participants. Je me pose la question du devenir de cet outil lorsque que le binôme managérial change dans une unité de soins.

En effet, le départ en retraite de la cadre de santé est annoncé d'ici 2 ans. Est-ce que l'habitude de travail en MP va permettre d'accueillir simplement ce nouveau membre important de l'équipe ? Est-ce que la personnalité ou les envies ainsi que la formation managériale du (de la) futur(e) cadre nommé(e) pourrait conduire à l'abandon de cet outil ?

Il me semble qu'il faudra veiller à utiliser cet outil dans un sens positif et bienveillant : l'objectif est de résoudre des petits tracas du quotidien. Il ne peut se substituer à la conduite de projets de grandes envergures, ni se transformer en une réunion descendante d'informations quotidiennes où les participants ne se sentent plus impliqués. Ce sera un point de vigilance importante lors du changement de manager non médical.

Sur un plan institutionnel, nous avons un soutien actuel fort de la direction. Un directeur référent a été nommé dans le but de déployer cet outil dans toutes les unités selon le souhait de la direction générale. Cela participe d'une vague importante de formation au management développée par le CHRU puisqu'en parallèle du déploiement du MP, tout médecin en responsabilité (UF, service, pôle) s'est vu proposer une formation au management.

Nous avons été sollicitées la cadre et moi-même pour présenter cet outil aux services qui ne l'avaient pas encore mis en place au cours de différentes instances locales (CSIRMT, Bureau de Pôle, Forum des cadres...) et nous accueillons régulièrement au stand-up des cadres ou directeurs qui veulent le mettre en place. Qu'en sera-t-il lors d'un changement de direction ou de stratégie d'établissement ? Est-ce que cet outil pourrait être un effet de mode qui sera abandonné rapidement ?

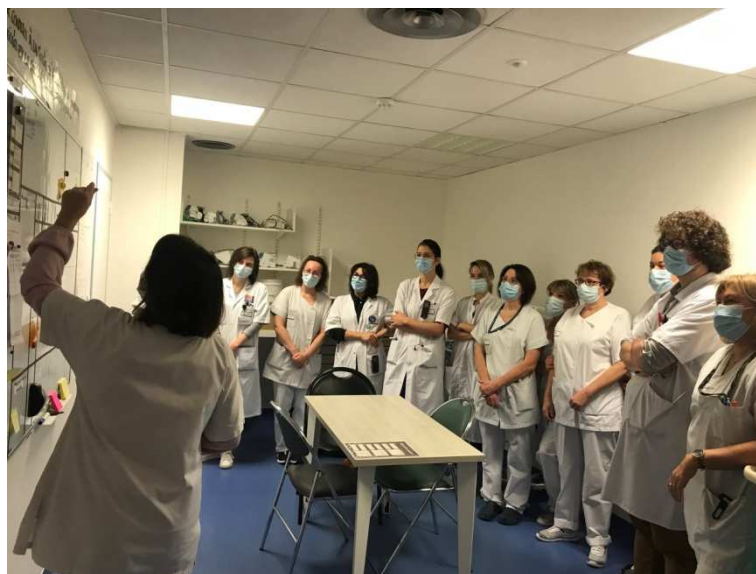
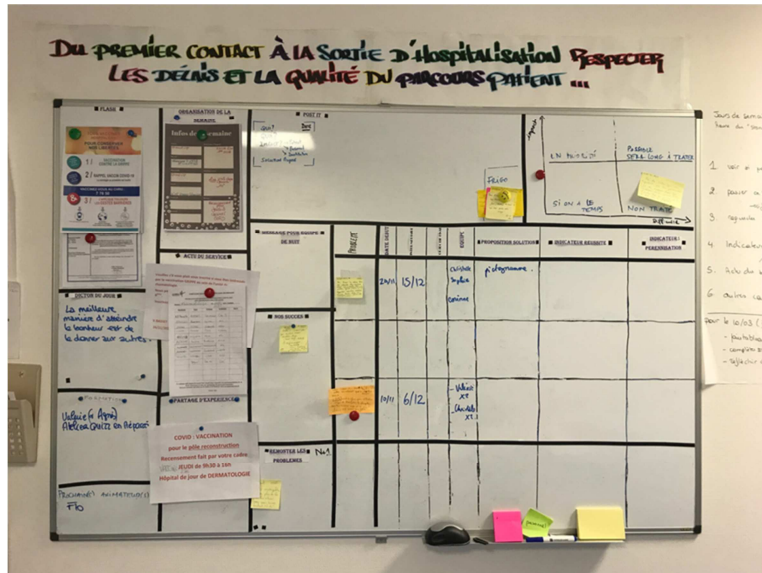
3) Conclusion

Le MP a donc été mis en place dans notre service de Rhumatologie et cela a été permis : par une forte implication de la Direction au motif de l'attractivité et de la Qualité de Vie au Travail, par une motivation importante du binôme managérial du service et par la confiance accordée par l'équipe pour s'engager dans ce projet.

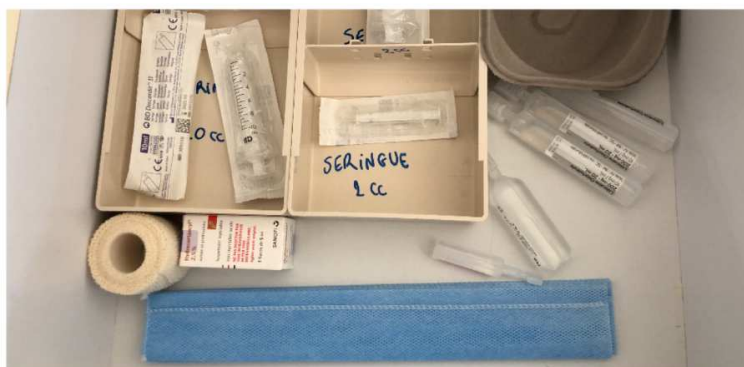
La formation de Médecin Manager m'a permis de prendre conscience du MP en tant qu'outil afin d'animer et de dynamiser une équipe de soins, et pas seulement en tant que lieu de gestion d'irritants du quotidien même si c'est son but premier. Elle m'a permis de réfléchir à l'autonomisation de l'équipe face à cet outil et à la pérennisation dans des situations de crise telle que celle que nous avons vécue début janvier 2022. J'espère pouvoir m'appuyer sur ces connaissances acquises en formation MM pour relancer les séances et retrouver une cohésion d'équipe. Une fois nos activités de MP reprises, je vais me servir également des enseignements de la formation MM pour avancer sur la structuration de l'évaluation de ce programme.

ANNEXES

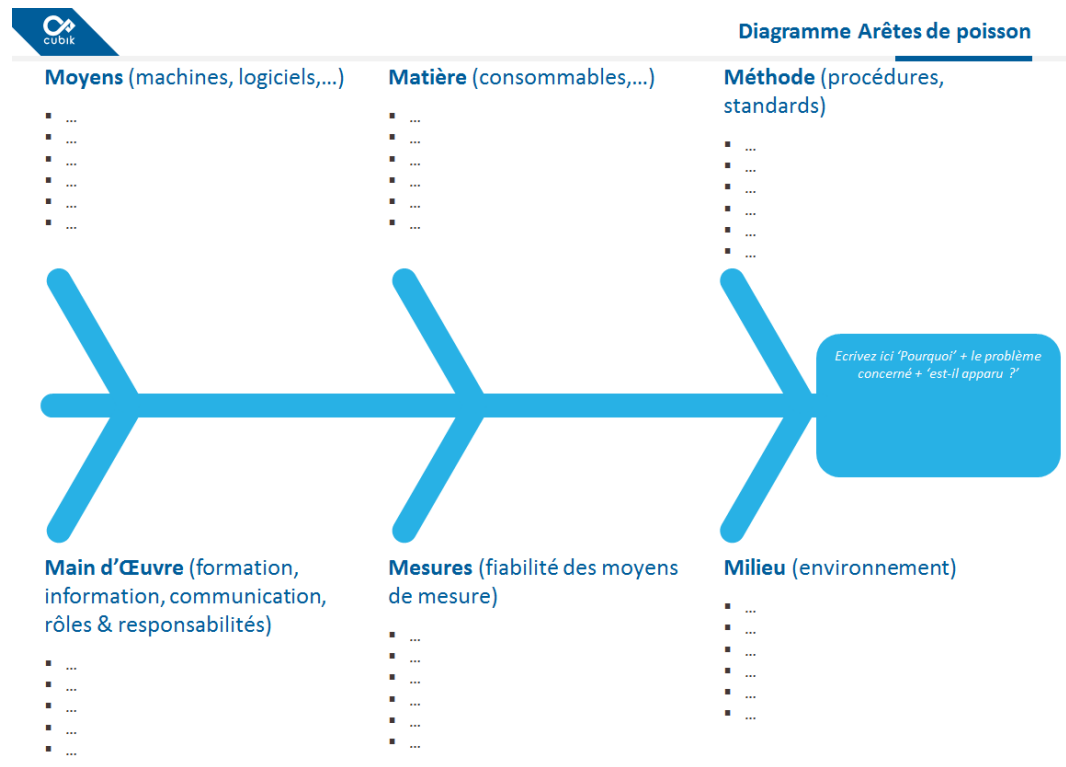
Annexe 1 : Photos montrant le tableau de management visuel créé collectivement dans le service de Rhumatologie et une séance de « stand-up ».



Annexe 2 : Deux illustrations du 5S, « Avant / Après » en salle d'échographie



Annexe 3 : Diagramme de recherche des étiologies d'un problème (Diagramme Ishikawa)



Annexe 4 : exemple de l'outil « A3 » pour analyser collectivement un problème sur feuille grand format A3

TITRE :		PORTEUR : / DATE :	
1. DESCRIPTION DU PROBLEME / CONTEXTE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quoi ? De quoi s'agit-il ? ▪ Qui ? Est impliqué ? Est impacté ? Est concerné ? ▪ Où ? Où arrive-t-il ? Où le problème est-il détecté ? ▪ Quand ? Quand le problème est-il détecté ? Depuis quand le problème existe-il ? ▪ Comment ? Le problème est-il traité ? Détecté ? ▪ Pourquoi ? Pourquoi est-ce un problème ? Quel est l'impact ? (satisfaction client, qualité / délais, QVT, coûts, sécurité, environnement) 		5. SOLUTIONS PROPOSEES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proposer des solutions par brainstorming ▪ Prioriser les solutions en évaluant pour chacune leur impact et leur faisabilité ▪ Si possible, faire un test simple pour chaque solution proposée pour voir son efficacité avant la réelle mise en place 	
2. SITUATION ACTUELLE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Combien ? Combien d'occurrences, quelle fréquence, quelle répartition ? Utiliser une feuille de bâtonnage si besoin ▪ Montrer les faits et le processus existants en utilisant des photos, cartographies, des graphiques, des dessins, des plans, etc. 		6. MISE EN OEUVRE <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles actions sont sélectionnées ? Qui est responsable ? Pour quand ? ▪ Comment va-t-on mesurer l'efficacité de chaque action ? 	
3. OBJECTIF <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur quel indicateur va-t-on évaluer les résultats ? Quelle est la valeur initiale et la valeur cible ? 			
4. ANALYSE DES CAUSES RACINES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) racine(s) du problème ? ▪ Utiliser un diagramme en arête de poisson (avec les 6M : Main d'Œuvre, Méthode, Milieu, Moyens, Matière, Mesure) ou les 5 <u>pourquois</u> pour rechercher les causes 		7. SUIVI DES ACTIONS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quels problèmes peuvent être anticipés ? ▪ Est-ce suivi dans le Tableau de Management Visuel ? ▪ Cela nécessite-il d'être intégré au plan de formation ? ▪ La solution peut-elle être dupliquée ailleurs ? ▪ Saisir et partager les apprentissages de cette résolution de problèmes 	

REMERCIEMENTS

Je remercie

- *Tous les enseignant.e.s du DE Médecin Manager EHESP pour cette formation de grande qualité et en particulier Mmes Anne LE GAGNE et Alice CHAPLIN pour leurs conseils, soutien et écoute bienveillante tout au long de la formation et à l'égard de ce projet,*
- *La Direction du CHRU de Tours et en particulier sa DG Mme Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD pour avoir proposé ma candidature à cette formation, ainsi que Mmes Jeannine GATAY (Cadre supérieure de Pôle), Mme le Dr Gabriela GEORGESCOU (Cheffe de Pôle), Mme Marie-Gabrielle PUJOL (DSCT) et Mme Laurence LENS (DPC) pour leur soutien,*
- *Toute l'équipe de Rhumatologie du CHRU de Tours qui a embarqué dans le projet MP sous la bienveillance de sa cadre de santé Mme Véronique BASSET, ainsi que les médecins de l'équipe qui ont fait une partie de mon travail pendant mes absences. #Team de rêve*
- *Mes « classemates » de cette belle promo « Big Bazar EHESP » sans qui les soirées Condorcet auraient pu être longues, et évidemment pour leur expérience et la teneur de nos échanges lors des séminaires. Merci spécialement à Driffa MOUSSATA, Frédéric DENIS et Hubert LARDY pour les co-voiturages sympas !*
- *Nelly et Claire VALLEE pour leur relecture bienveillante et constructive,*
- *Et l'équipe du 32 (Fabien, Martin et Léandre) pour leur soutien indéfectible et l'organisation du quotidien pendant mes escapades Rennaises.*