



Université du Québec  
à Rimouski

**L'implantation de la philosophie *Lean* en milieu hospitalier**  
**Étude longitudinale réalisée au CHU de Québec-Université Laval**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en gestion de projet

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

Éric Daneau©

**Mars 2018**

**Composition du jury :**

**Louis Babineau, directeur de recherche, UQAR**

**Denis Rheault, UQAR**

**Jean-Yves Lajoie, UQAR**

Dépôt initial le 19 décembre 2017

Dépôt final le 31 mars 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur qui a signé le formulaire « Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

## REMERCIEMENTS

Alors voilà un autre chapitre de vie qui se termine avec ce document que je considère important pour la poursuite de l'amélioration des soins de santé mais aussi pour tout ce que ce voyage m'a apporté au fil des ans. Je repense à l'apprentissage des principes, aux visites exploratoires, aux gens merveilleux que j'ai pu croiser qui partagent la même passion qui est celle de faire mieux pour nos patients. J'en profite pour remercier différents mentors ; Louis Babineau qui, par sa rigueur, sa passion et sa vision, m'a amené vraiment plus loin, à M. Daniel La Roche qui par sa volonté, sa rigueur et son soutien m'a permis de réaliser cette étude. À Mme Élisabeth Morin qui m'a accompagné tout au long de ce périple. Elle m'a inculqué les notions de gestion de changement, m'a soutenu pour l'ensemble de la démarche et m'a aidé à voir cette réalisation sous différents angles en mettant l'humain de l'avant. Merci immense à toute mon équipe du module d'amélioration continue du CHU de Québec-Université Laval. C'est avec cette équipe (l'une des meilleures!) que tout a été possible. Merci à mes parents, eux qui ont sacrifié beaucoup pour me permettre de grandir dans ce grand monde et qui m'ont donné tous les outils nécessaires afin que j'y arrive. Merci à ma petite Pascale, cette femme qui a su donner un sens à tout ce que je fais. Elle m'a encouragé et soutenu dans tous les moments incluant les plus difficiles dans le cadre de cette épopée. Merci à vous tous, vous êtes des gens qui marquent une vie et jamais je ne vais vous oublier.

## AVANT-PROPOS

Les milieux hospitaliers sont des environnements complexes avec une mission noble qui est celle de soigner les gens. Les hôpitaux présentent des environnements très intéressants pour la réalisation de projets ou pour les transformations organisationnelles. En effet, la richesse et la complexité de ces opportunités, le savoir des parties prenantes impliquées et la diversité des acteurs sont des éléments très stimulants pour réaliser des projets d'envergure. Depuis plusieurs années, le réseau de la santé présente des difficultés importantes tant par son organisation que par les besoins grandissants de la population. Par ce mémoire, j'ai voulu étudier les possibilités qu'offre la philosophie *Lean* appliquée dans les processus hospitaliers. Est-ce une des solutions possibles pour améliorer la performance de nos hôpitaux? Est-ce que les parties prenantes impliquées dans l'application de cette philosophie se sentent vraiment concernées? Est-ce que la méthodologie peut fonctionner dans le réseau de la santé au Québec? Comment arriver à transformer ces milieux complexes afin de faire face aux enjeux importants qui mettront au défi notre réseau? Le but que je désire atteindre avec ce mémoire est de documenter l'application des concepts *Lean* au CHU de Québec-Université Laval et de comprendre si l'application de cette méthodologie peut générer des résultats concrets et pérennes qui pourront améliorer l'expérience patient, l'expérience employé et la performance de l'établissement. Je m'intéresse également aux personnes impliquées qui vivent cette application et les changements qu'amène cette implantation. Je pense au personnel, aux médecins et aux gestionnaires qui travaillent fort au quotidien dans des processus complexes pour arriver à soigner des patients de plus en plus nombreux et lourds en termes de soins. Est-ce que le *Lean* en milieu hospitalier peut être une réponse? C'est ce à quoi ce mémoire pourra répondre en partie, car la question est vaste et peut être le terreau de plusieurs études. Quoi qu'il en soit, ce mémoire apportera des données probantes sur une application bien réelle du *Lean* en milieu hospitalier et de ses impacts chez les gens qui vivent ces changements.

## RÉSUMÉ

Le but de ce mémoire est d'analyser via une étude multi-cas/multi-traits, l'application de la philosophie *Lean* en milieu hospitalier. D'une part, nous voulons voir quels sont les impacts de l'application du *Lean* en milieu hospitalier. D'autre part, nous désirons bonifier le modèle de gestion du changement présenté par Dickson (2012) et de tirer des recommandations de l'expérimentation du déploiement *Lean* au CHU de Québec-Université Laval. L'expérience du déploiement a été analysée sous quatre angles différents. Le premier angle de vue est la mesure de l'écart de perception des employés sur l'organisation de leur travail avant et après le programme. Le deuxième angle de vue est porté sur le résultat de *focus group* d'employés touchés par le programme. Le troisième angle porte sur l'analyse d'un *focus group* portant sur les questionnaires qui ont vécu le changement dans le cadre de ce programme. Enfin, le quatrième angle porte sur l'analyse des résultats de performance obtenus dans chacun des projets mais aussi pour l'ensemble de l'hôpital. L'analyse dégagée par la somme de ces données confirme que le *Lean* en milieu hospitalier est applicable, amène l'amélioration des processus, donne des résultats probants et est un vecteur à utiliser par les gestionnaires pour implanter un changement dans leur secteur respectif. Cependant, il est clair que le *Lean* est une philosophie qui doit s'implanter autrement qu'uniquement par la réalisation de projets. Les projets sont essentiels mais ils ne sont pas suffisants. Cette implantation doit être au cœur même de la gestion de chacune des unités et de tous les secteurs pour avoir un impact considérable et une mobilisation des employés à se transformer.

Mots clés : *Lean*, gestion de projet, gestion du changement, transformation, culture.

## ABSTRACT

The main goal of this study is to understand the viability and the impact of the *Lean* philosophy applied to a Québec's hospital. We are interested to understand the impact and to see how the change management model proposed by Dickson (2012) can be adapted following the study conclusions. The approach of this study is declined under 4 different angles. The first one is oriented toward employees perception on the work organisation before and after the change (survey). The second angle is again about employees perception but using the Focus group technique. The third angle is about the middle management perception on how they live the change and what can be learn from it. Finally, the fourth angle is an analysis of the hospital performance from the beginning to the end of the program implementation. This add an independant measure of the *Lean* effect within the hospital. The sum of theses analysis will show that the *Lean* philosophy is viable in an hospital environment, that we can improve hospital complex processs and that is a mean that can be used to introduce a change in the hospital. However, it was clear to us that the implementation of a *Lean* philosophy is not only about doing projects in different sectors but that philosophy must be integrated within management habits of each unit and of the upper management.

*Keywords* : Lean management, transformation, hospital improvement, project management, culture change

## Table des matières

REMERCIEMENTS.....	4
AVANT-PROPOS .....	5
RÉSUMÉ .....	6
ABSTRACT .....	7
Table des matières.....	8
LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES FIGURES .....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	13
INTRODUCTION.....	14
L'objectif de la recherche .....	16
Chapitre 1 : Mise en contexte.....	17
1.1. Le système de santé au Québec .....	17
1.2. Les défis du système de santé au Québec.....	19
1.2.1. L'augmentation des coûts et des dépenses.....	19
1.2.2. La déficience de l'organisation du réseau .....	22
1.3. LE CHU de Québec Université Laval.....	24
Chapitre 2 : Contexte organisationnel et théorique.....	27
2.1. La philosophie <i>Lean</i> .....	27
2.2. L'origine du <i>Lean</i> .....	27
2.3. L'application du <i>Lean</i> en santé .....	32
2.4. La gestion de projets <i>Lean</i> au CHU de Québec-Université Laval.....	33
2.5. Les défis d'une implantation <i>Lean</i> en milieu hospitalier .....	35
2.6. La gestion du changement.....	38
2.6.1. Les enjeux du changement .....	38
2.6.2. Les types de transformation .....	41
2.6.3. Les acteurs du changement .....	42
2.6.4. La résistance au changement .....	43
2.6.5. Les modèles de gestion du changement .....	45



2.7.	La gestion du changement en milieu hospitalier.....	46
2.7.1.	Modèles de gestion du changement en milieu hospitalier .....	46
2.7.2.	Cartographie du changement selon Dickson (2012).....	47
2.7.3.	Approches pratiques au changement.....	47
Chapitre 3 : La problématique de recherche.....		50
3.1.	Objectif général de la recherche.....	50
3.2.	Avantages de la recherche.....	50
3.3.	Question de recherche .....	51
3.4.	Parties de la recherche .....	51
3.5.	Description du programme ministériel <i>Lean</i> implanté à l’HSFA évalué dans le cadre de cette recherche.....	52
3.5.1.	Le <i>Lean</i> au CHU de Québec-Université Laval.....	52
3.5.2.	Les ressources au CHU de Québec-Université Laval.....	52
3.5.3.	La gouvernance du projet ministériel <i>Lean</i> .....	53
3.5.4.	La sélection des projets .....	53
3.5.5.	Présentation des projets.....	54
3.5.6.	Le modèle de gestion du changement appliqué pour le programme .....	57
3.5.7.	Les principales solutions .....	57
3.5.8.	Les équipes de travail .....	58
Chapitre 4 : La méthodologie .....		60
4.1.	Position et biais du chercheur .....	60
4.2.	Choix de la méthodologie .....	61
4.3.	Les sondages aux employés.....	61
4.4.	Les <i>focus groups</i> aux employés .....	62
4.5.	Le focus group pour les gestionnaires de l’HSFA.....	63
4.6.	Les résultats quantitatifs .....	64
Chapitre 5 : Analyse et discussion des résultats.....		66
5.1.	Analyse des résultats .....	66
5.1.2	Types de transformation (Rondeau, 2008).....	66
5.1.3	La mise en place des conditions de succès (Pedersen).....	67
5.1.4	L’analyse des sondages.....	69

5.1.5	L'analyse des « <i>focus group</i> » employés .....	71
5.1.6	L'analyse des résultats de performance .....	73
5.1.7	L'analyse du <i>focus group</i> gestionnaires.....	75
5.1.8	L'analyse des résultats globaux de l'hôpital .....	76
5.1.9	Le modèle de Dickson .....	79
5.2.	Recommandations sur l'implantation de l'approche <i>Lean</i> dans un contexte hospitalier au Québec.....	82
5.2.1.	L'organisation du déploiement.....	82
5.2.2.	La formation.....	83
5.2.3.	Communication.....	84
5.2.4.	L'Implication des parties prenantes du programme .....	85
5.2.4.1.	Implication de la haute direction.....	85
5.2.4.2.	Implication du personnel .....	86
5.2.4.3.	Implication des syndicats.....	86
5.2.4.4.	Implication des médecins .....	87
5.2.4.5.	Implication des patients et de leurs proches.....	87
5.2.5.	Les projets <i>Lean</i> .....	88
5.2.6.	L'équipe dédiée.....	89
5.2.7.	Limites de la recherche .....	90
5.3.	Perspectives de recherches futures.....	91
	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	92
	ANNEXES .....	94
	Annexe 1 : Liste des projets <i>Lean</i> réalisés avant 2011 au CHU de Québec-Université Laval .....	94
	Annexe 2 : Plan de la démarche DMAIC et de gestion du changement .....	95
	Annexe 3 : Solutions détaillées des projets réalisés du programme <i>Lean</i> .....	110
	Annexe 4 : Plan d'animation pour les focus groups avec les employés (exemple de l'unité d'obstétrique) .....	112
	Annexe 5 : Constats des focus group pour chacun des secteurs.....	115
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	122

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Critiques du système de santé québécois (MSSS, 2010) .....	23
Tableau 2: Missions du CHU de Québec-Université Laval .....	25
Tableau 3 : Les principes du système de production Toyota (Liker, 2006) .....	28
Tableau 4 : Les principaux outils soutenant l’application du Lean (Graban, 2012, Womack and Jones, 1996) .....	30
Tableau 5 : Exemples de gaspillages dans le milieu hospitalier (Graban, 2012) .....	33
Tableau 6 : Les principaux défis rencontrés lors de l’implantation d’une culture Lean (Groove, 2010)..	35
Tableau 7 : Facteurs de succès à considérer dans l’implantation d’une culture Lean (Pedersen, 2011).	37
Tableau 8 : Les enjeux du changement selon Rondeau (2008) .....	38
Tableau 9 : Les manifestations de résistance au changement (Bareil, 2004) .....	44
Tableau 10 : Critères de sélection des projets définis par la direction.....	54
Tableau 11 : Projets du programme ministériel Lean HSFA .....	54
Tableau 12 : Projets du programme et principales solutions implantées .....	59
Tableau 13 : Questions adressées aux employés dans le cadre de la phase « mesurer » .....	62
Tableau 14 : Indicateurs établis lors de la phase « mesurer » .....	65
Tableau 15 : Facteurs de succès à considérer dans l’implantation d’une culture Lean et le contexte du programme (Pedersen, 2011).....	68
Tableau 16 : Résultats des sondages distribués aux employés avant et après chacun des projets.....	70
Tableau 17 : Constats des focus group réalisés avec les employés de chacun des secteurs .....	72
Tableau 18 : Évolution des indicateurs de projets.....	74
Tableau 19: Constats du focus group des gestionnaires de l’HSFA .....	75
Tableau 20: Comparaison des indicateurs de performance hospitalière à l’HSFA.....	76
Tableau 21 : Comparaison des indicateurs de ressources humaines à l’HSFA.....	78
Tableau 22 : Liens entre le cadre de référence de Dickson et la démarche de gestion du changement utilisée dans le cadre de l’implantation du programme Lean (Dickson, 2012) .....	81
Tableau 23: Formations soutenant le programme Lean au CHU de Québec-Université Laval .....	84

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Structure du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2012).....	17
Figure 2: Organigramme du réseau de la santé suite à l'adoption de la loi 1 (MSSS, 2012) .....	19
Figure 3 Évolution de la part budgétaire dédiée à la santé (MSSS, 2012).....	21
Figure 4: Projection de la proportion des budgets pour 2012-2013 et 2013-2014 (MSSS,2012) .....	21
Figure 5 : Représentation du système de production Toyota (Liker, 2006) .....	29
Figure 6 : Éléments de la philosophie Lean .....	31
Figure 7 : Chronologie de l'apparition du Lean Healthcare dans les milieux hospitaliers (Brandao de Souza, 2009, Laursen, 2003) .....	32
Figure 8 : Éléments à considérer pour assurer le succès de l'implantation du Lean dans une organisation (Groove, 2010) .....	36
Figure 9: Échéanciers planifiés et réels pour le programme .....	55
Figure 10: Structure de découpage pour le programme .....	56
Figure 11 : Méthodologie DMAIC (Gimenes, 2010).....	58

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<b>CHA</b>	Centres hospitaliers affiliés
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHUL</b>	Centre hospitalier de l'Université Laval
<b>CHUQ</b>	Centres hospitaliers universitaires de Québec
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CSSS</b>	Centre de santé et des services sociaux
<b>L'HDQ</b>	L'Hôtel Dieu de Québec
<b>HEJ</b>	Hôpital de l'Enfant Jésus
<b>HSFA</b>	Hôpital Saint-François d'Assise
<b>HSS</b>	Hôpital du Saint-Sacrement
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
<b>SMED</b>	<i>Single minute exchange of dye</i>
<b>SPT</b>	Systeme de production <i>Toyota</i>

## INTRODUCTION

Le recours au *Lean Healthcare* par des différents établissements de santé provoque une grande effervescence au Québec. Depuis 2008, les projets d'optimisation utilisant la démarche *Lean* se multiplient, et ce, dans toutes les régions du Québec. Nous pouvons noter le projet du Dr. Yves Bolduc réalisé en 2010 au CSSS de la Vallée de l'or et les initiatives faites par le CSSS de Gatineau, CSSS La Pommeraie, l'hôpital Fleury et le CSSS Pierre Boucher (Desmarais, 2011). En 2011, le gouvernement du Québec annonce un financement pour déployer la philosophie *Lean* au sein de trois établissements de santé au Québec. Ces trois établissements sont le CHU de Québec-Université Laval, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun ainsi que le CSSS Jardins-Roussillon. Ce programme d'une valeur de près de 9 millions de dollars vise à réaliser dix projets d'optimisation dans chacun des centres choisis et à assurer la pérennité des mesures. Cependant, une telle implantation présente de nombreux défis et a un impact important sur les gestionnaires, les médecins et les employés de ces établissements. L'implantation de la philosophie *Lean* est un changement de culture majeur au sein d'un établissement de santé et ce changement est conditionnel à l'engagement des dirigeants, des gestionnaires, des médecins et du personnel. Par conséquent, il est très important de comprendre les impacts, les facteurs favorisant cette implantation et de bien gérer les changements lors de l'application du *Lean Healthcare* en milieu hospitalier.

L'objectif de ce mémoire est de décrire l'état de situation du système de santé au Québec, de situer l'introduction de la philosophie *Lean* dans le système de santé au Québec, de présenter les principaux concepts du *Lean Healthcare*, d'exposer la méthodologie *Lean* comme un levier d'implantation d'un changement et d'étudier le cas du CHU de Québec-Université Laval dans le cadre de la transformation amenée par le programme ministériel (communiqué MSSS, 2011). De plus, cette étude de cas pourra apporter un éclairage supplémentaire aux travaux de Dickson (Dickson *et al.* 2012) portant sur les modèles à utiliser pour soutenir des changements organisationnels. En effet, selon Dickson, (2012), l'approche *Lean* est l'un des outils à privilégier

pour implanter des changements organisationnels qui visent l'amélioration de l'efficience, la responsabilisation des employés et assurer la viabilité de l'organisation à long terme.

Le premier chapitre présentera une mise en contexte du réseau de la santé au Québec, les défis auxquels il fait face ainsi qu'une présentation du CHU de Québec-Université Laval, établissement mis à l'essai dans le cadre du déploiement *Lean* dans le réseau de la santé du Québec. Le second chapitre portera sur les définitions du *Lean*, de la gestion du changement et présentera l'état des lieux en ce qui concerne le *Lean* pour le CHU de Québec-Université Laval. Le troisième chapitre présentera le contexte du projet ainsi que ses limites. Le quatrième chapitre présentera l'ensemble du programme ministériel réalisé à l'HSFA. Le cinquième chapitre portera sur la méthodologie de la recherche. Le sixième chapitre fera l'analyse des résultats de sondages, de *focus group* et des impacts sur les paramètres importants du fonctionnement d'un hôpital. Ces résultats seront ensuite discutés et assortis de recommandations.

## L'OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif général de cette recherche est de documenter l'implantation du *Lean Healthcare* au CHU de Québec-Université Laval. Nous allons analyser le contexte, identifier les facteurs de succès et comprendre les impacts en matière de changement organisationnel dans le but d'améliorer le déploiement de l'approche *Lean* dans un établissement de santé au Québec. Cette recherche va permettre d'identifier les principaux facteurs à prendre en considération afin d'implanter une culture *Lean* et d'émettre des recommandations basées sur des données probantes recueillies auprès du personnel et des gestionnaires ayant vécu l'approche. Les objectifs spécifiques de cette recherche sont les suivants:

1. Présenter le contexte et les défis du système de santé au Québec;
2. Présenter, à l'aide de la littérature disponible, les fondements de la philosophie *Lean*;
3. Comprendre les concepts, les facteurs de succès et les impacts de l'implantation de l'approche *Lean* en milieu hospitalier;
4. Étudier les impacts du changement dans l'implantation de l'approche *Lean* au CHU de Québec-Université Laval;
5. Déterminer les facteurs qui favorisent le changement et sa pérennité;
6. Recommander des approches pour faciliter le déploiement de l'approche *Lean* dans un établissement de santé au Québec;
7. Vérifier si l'étude de cas au CHU de Québec-Université Laval peut apporter des données soutenant l'étude de Dickson (Dickson *et al.*, 2012), en ce qui concerne l'application du *Lean* comme méthode de choix à utiliser par les gestionnaires pour implanter un changement dans le milieu hospitalier.



# CHAPITRE 1 : MISE EN CONTEXTE

## 1.1. LE SYSTEME DE SANTE AU QUEBEC

La mission du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est « de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intègre et de qualité contribuant ainsi au développement social et économique du Québec » (MSSS, 2012). Pour y arriver, le MSSS s'est doté de la structure organisationnelle présentée à la figure 1. Cette structure a été appelée à changer en 2015.

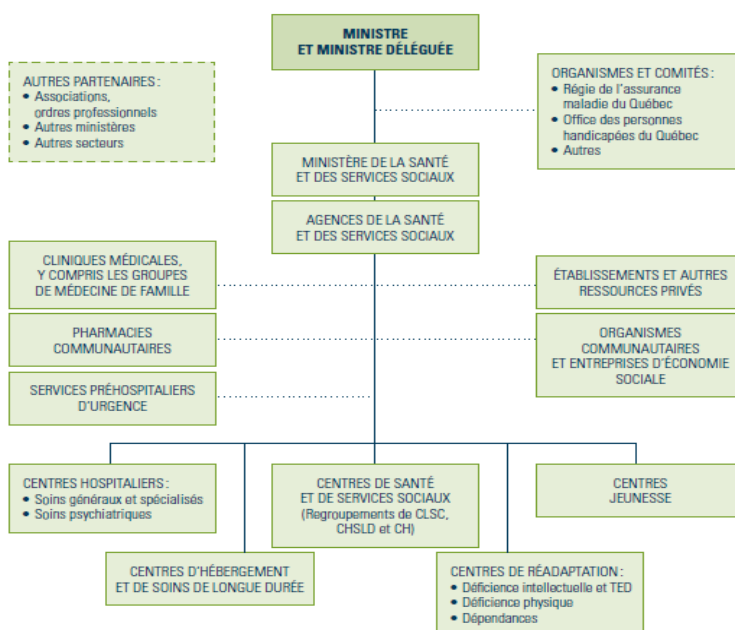


Figure 1: Structure du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2012)

Tel que présenté à la figure 1, l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux était déclinée en trois paliers. Le rôle du MSSS est d'assurer, au palier provincial, le bon fonctionnement du système. Il est en charge de déterminer les orientations, les priorités et les objectifs du réseau pour assurer l'accès, la protection de la santé publique, la qualité, la continuité et l'efficacité des services offerts à la population. Au palier régional, le réseau comptait 18 Agences de la santé et des services sociaux distribuées sur le territoire de la province. Le rôle de ces dernières était de coordonner les services sur leur territoire respectif

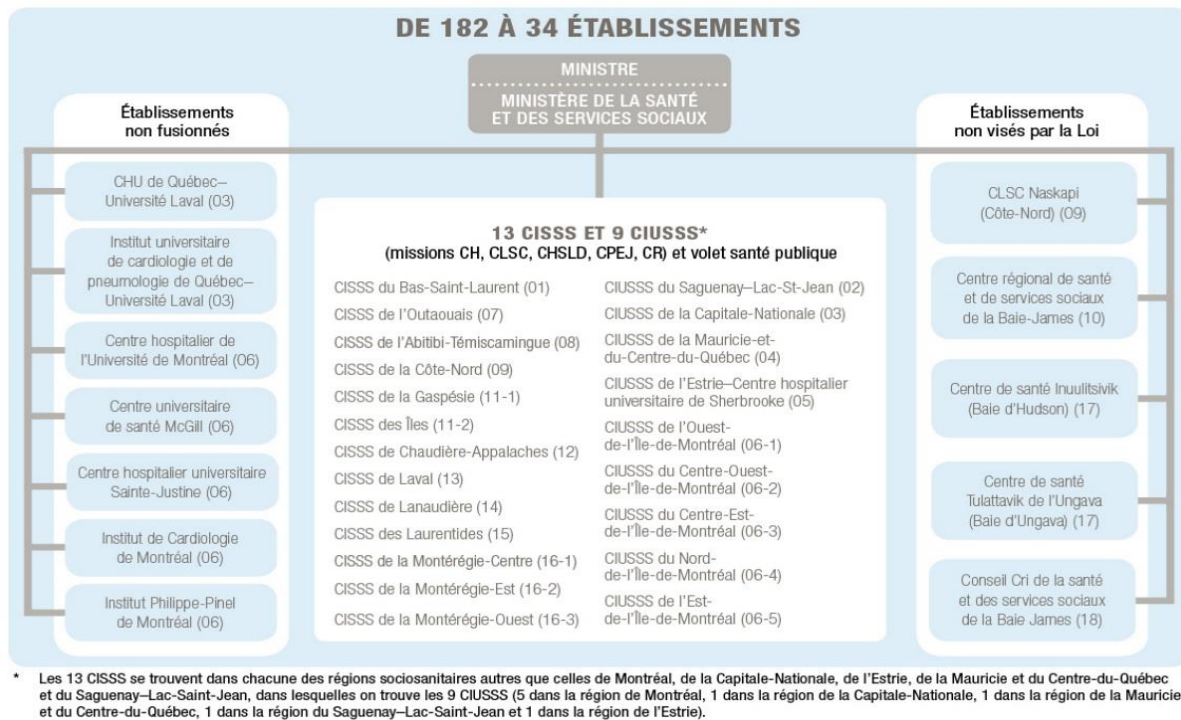
en ce qui concerne les ressources financières, la planification de la main-d'œuvre et l'accessibilité aux services spécialisés. Au palier local, nous retrouvons les établissements de santé tels que les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres de réadaptation et les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Au total, le réseau ne comptait pas moins de 283 établissements gérant 1 713 installations. Le rôle de ces établissements était d'offrir les services de soins et de santé au palier local et avaient le mandat d'organiser les services pour la population du territoire qu'ils desservaient. Dans ce total, cinq établissements étaient désignés comme centres hospitaliers universitaires dont le CHU de Québec-Université Laval. Ils se doivent d'offrir dans leurs missions des soins spécialisés et surspécialisés, de l'évaluation, de la recherche et de l'enseignement afin d'être qualifiés comme un centre hospitalier universitaire. Voici l'aperçu des clientèles qui bénéficient des soins et des services offerts par le réseau, selon le MSSS (2010):

- 28 millions de visites aux médecins omnipraticiens par année;
- 4 millions de consultations auprès de médecins spécialistes;
- 700 000 personnes hospitalisées annuellement pour des soins de courte durée;
- 400 000 chirurgies pratiquées chaque année, dont environ 300 000 chirurgies d'un jour;
- 500 000 personnes reçoivent des services à domicile;
- 70 000 personnes hébergées dans le réseau des CHSLD;
- 75 000 personnes par année reçoivent des services de réadaptation pour des problèmes de déficience physique.

Un fait important à noter est que l'Assemblée nationale a adopté en février 2015 une loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi modifie grandement l'organigramme présenté à la figure 1 par l'abolition des Agences régionales de santé et par la réorganisation des établissements en centres intégrés de services sociaux (CISSS) ou en centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le projet de loi 10 (Loi 1) prévoit la création de 13 CISSS et de 9

CIUSSS. La figure 2 présente le nouvel organigramme découlant de cette réorganisation. Il est important de noter que la présente étude de cas s’est déroulée et poursuivie durant la mise en vigueur du projet de loi 10 en février 2015.

Figure 2: Organigramme du réseau de la santé suite à l'adoption de la loi 1 (MSSS, 2012)



## 1.2. LES DEFIS DU SYSTEME DE SANTE AU QUEBEC

### 1.2.1. L'AUGMENTATION DES COÛTS ET DES DEPENSES

Le budget de la santé représente la partie majeure des dépenses publiques au Québec. Depuis les années 1980, cette part n’a cessée de croître. En effet, l’investissement du Québec pour son système de santé est passé de 28,2% pour atteindre près de 49% du budget total pour le plan budgétaire 2013-2014. Ce qui constitue un investissement de plus de 31 milliards de dollars. En 2016, cet investissement était autour de 34 milliards. L’accroissement des dépenses en santé est dû à différents facteurs. Dans un premier temps, l’évolution du coût de la vie exerce une pression prévisible sur le système. Dans un second temps, nous pouvons noter que l’évolution des technologies contribue également à

augmenter les dépenses en santé. Elles permettent de prodiguer de meilleurs soins, mais elles sont de plus en plus onéreuses. Finalement, l'évolution de la démographie impacte les dépenses en santé, car l'accroissement et le vieillissement de la population obligent le système de santé à augmenter son offre de services (MSSS, 2010). Seulement entre les exercices financiers 2012-2013 et 2013-2014, la part du budget alloué à la santé s'est vue bonifiée de 3,4%. Les figures 3 et 4 présentent cette évolution ainsi que la part budgétaire dédiée à la santé pour les exercices 2012-2013 et 2013-2014 du budget du Québec. Ils représentent les budgets en vigueur lors de l'étude de cas.

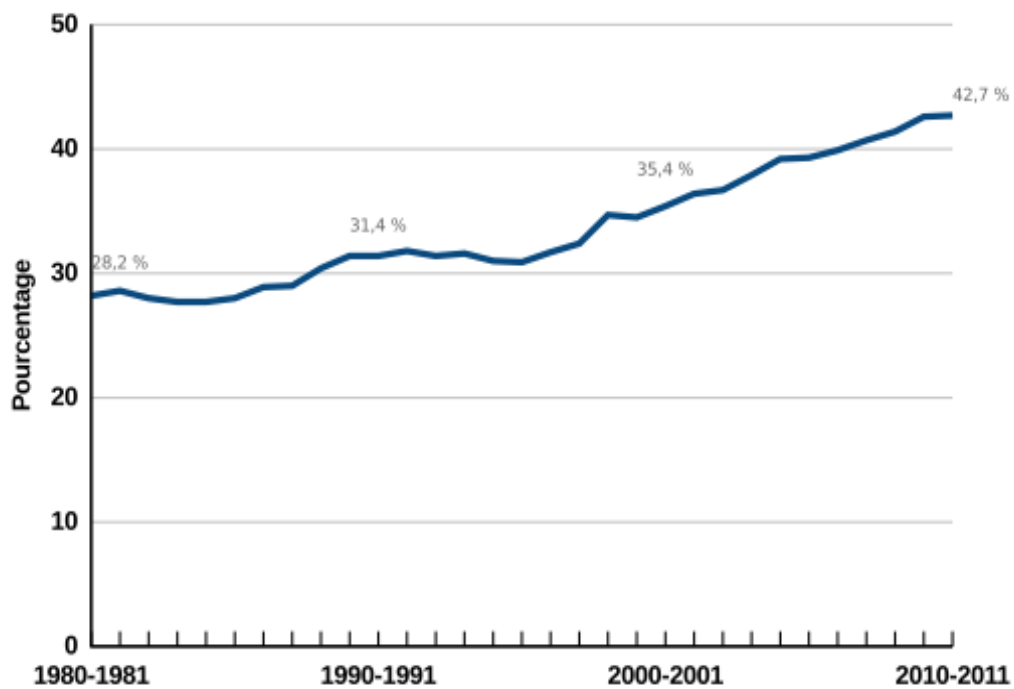


Figure 3 Évolution de la part budgétaire dédiée à la santé (MSSS, 2012)

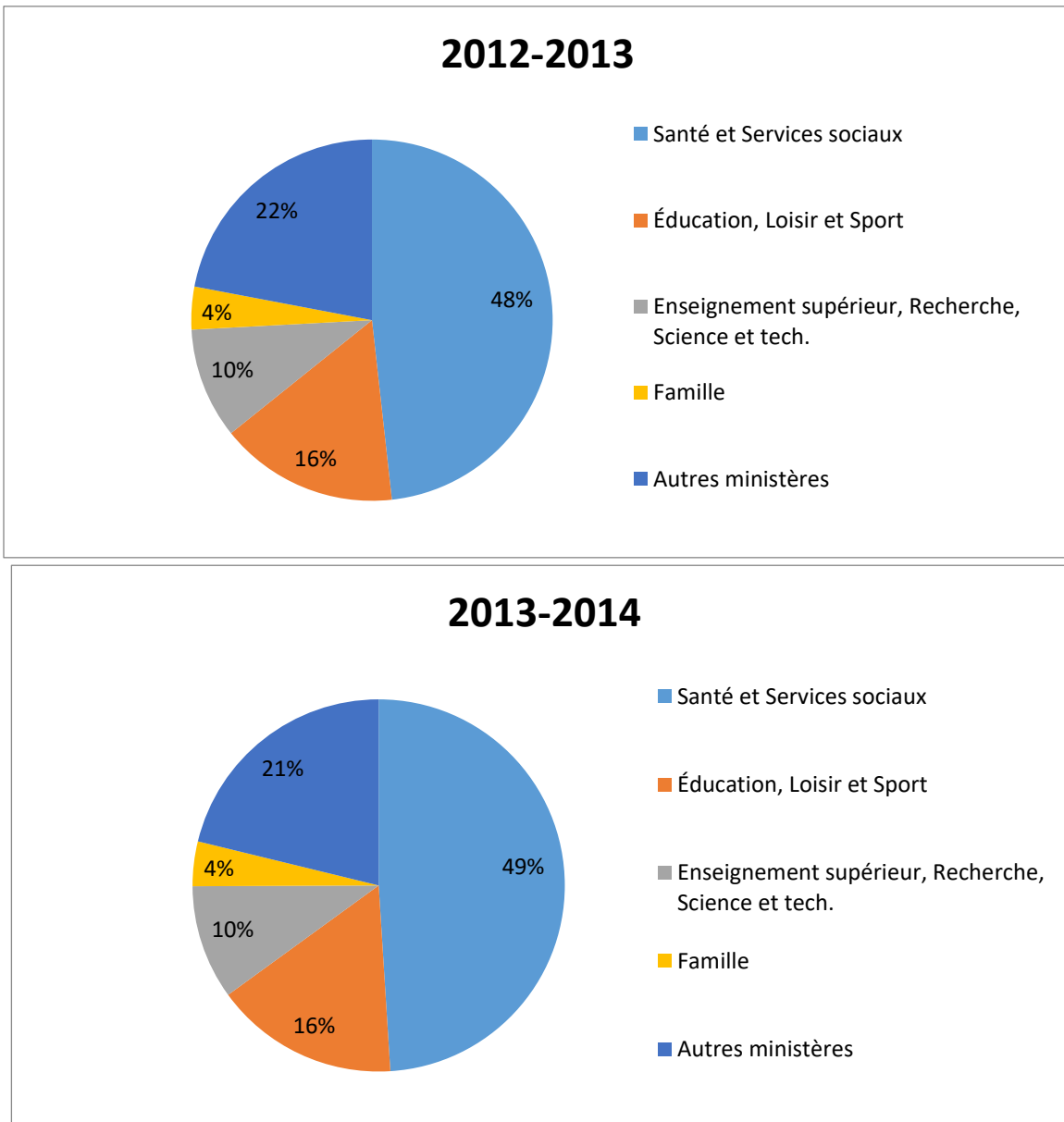


Figure 4: Projection de la proportion des budgets pour 2012-2013 et 2013-2014 (MSSS, 2012)

### 1.2.2. LA DEFICIENCE DE L'ORGANISATION DU RESEAU

Au cours de la dernière décennie, le système de la santé québécois a été évalué à maintes reprises. Dans la majorité de ces rapports, les lacunes soulevées sont principalement dues au manque d'efficacité et à la complexité de l'organisation. Voici les conclusions de ces études.

- *Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*

Publié en décembre 2000 le rapport de la commission Clair (Clair, 2000), faisait état du système de la santé à la suite de consultations auprès de la population, des partenaires du réseau, des organismes partenaires et des experts dans le domaine de la santé. Ces consultations étaient orientées sur deux thèmes principaux : l'organisation des soins et des services ainsi que le financement du système de la santé. Ce rapport dénonce les problèmes d'accessibilité et de coordination. Il mentionne que le système fonctionne en silo et que l'organisation des soins et de l'administration reflètent une réalité des années 1970. Il décrit le système comme étant bâti de façon « hiérarchique, bureaucratique et cloisonné ». Ce rapport comporte un total de 36 recommandations et 59 propositions pour améliorer la situation. Parmi celles-ci, nous-y retrouvons l'amélioration de l'efficacité par le décloisonnement des ressources humaines et par une meilleure organisation des soins.

- *Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux au Québec*

Le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux au Québec (Ménard, 2005) avait comme mandat de résoudre le manque à combler du système de santé en fonction des besoins, d'assurer sa pérennité et de recommander un plan global d'actions à mener à court, moyen et long termes. Le rapport de ce comité de travail a fait l'analyse de la situation financière par un survol des dépenses publiques et de l'évolution de la croissance des dépenses en santé pour terminer sur un plan intégré de solutions à appliquer. Tout comme la commission Clair, le rapport dénonce les problématiques liées à

l'organisation du travail. Les initiatives pour favoriser le travail d'équipe, mobiliser le personnel et les médecins, implanter une culture d'évaluation sont les recommandations émises par ce rapport.

- *Groupe de travail sur le financement du système de santé*

C'est en 2008 que le groupe de travail sur le financement du système de la santé dirigé par M. Castonguay dépose son rapport. Tout comme celui de ses prédécesseurs, ce rapport met en lumière l'accroissement fulgurant des dépenses en santé. Il fait état des délais d'attente trop longs, de la difficulté à avoir accès à des soins dans des délais raisonnables et de la faible performance et non productivité du système en fonction des dollars investis. Dans ce rapport, des recommandations sont faites pour une meilleure organisation du travail, pour une collaboration améliorée entre les instances, pour une meilleure utilisation des médicaments et par l'implantation d'une organisation du travail dynamique favorisant la mobilisation du personnel en l'impliquant dans la réalisation des objectifs et la résolution de problèmes. Le tableau 1 présente un résumé tiré du document « Vers un système de santé plus performant et mieux financé » (MSSS, 2010). Ce document expose les principales lacunes soulevées par les groupes de travail cités précédemment.

*Tableau 1: Critiques du système de santé québécois (MSSS, 2010)*

<b>La performance de notre système public de santé : des lacunes soulignées à maintes reprises</b>
<p>À l'instar des enjeux reliés au financement de la santé, la question de la performance de notre système public de santé a été soulevée à maintes reprises par le passé.</p> <p><b>Comité consultatif sur l'économie et les finances publiques (consultations prébudgétaires - 2009-2010) :</b></p> <p><i>« L'introduction d'approches tenant compte des caractéristiques de la population permet de réduire les iniquités entre les établissements et les régions. Ces approches ne comportent cependant aucun incitatif pour accroître la performance des établissements, sauf quelques rares exceptions. »</i></p> <p><b>Groupe de travail sur le financement du système de santé (rapport Castonguay - 2008) :</b></p> <p><i>« ... les citoyens québécois n'ont pas facilement accès aux services de leur système de santé. On constate par ailleurs que sur le plan de la productivité, le système de santé du Québec se positionne mal par rapport à ce que l'on observe dans plusieurs autres juridictions. »</i></p> <p><b>Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux au Québec (rapport Ménard - 2005) :</b></p> <p><i>« Les pénuries de main-d'œuvre et l'augmentation des besoins de la population ont aggravé une situation déjà difficile. Malgré les progrès réalisés, rappelons principalement : l'engorgement des urgences, l'allongement ou le maintien de listes d'attente en chirurgie et dans le traitement du cancer. »</i></p> <p><b>Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair - 2000) :</b></p> <p><i>« La culture de notre réseau est basée sur une approche hiérarchique, bureaucratique et cloisonnée où chaque nouveau client représente un problème de plus. Il faut développer une culture d'excellence axée sur les résultats dans laquelle la gouverne fixe les objectifs et les moyens pour les atteindre. »</i></p>

Les constats faits par ces groupes de travail présentent un système de santé qui fait face à des défis majeurs. En plus de ces défis, ces études montrent que le système de santé fonctionne en silo, que son organisation n'est pas optimale, que les délais pour l'accès aux soins sont beaucoup trop longs et que sa productivité est loin d'être à son meilleur. La philosophie *Lean* peut être une approche pouvant contribuer à la résolution de ces problèmes (Graban, 2012). C'est dans ce contexte que, depuis 2010, le MSSS mise sur l'amélioration des performances du système de santé par le biais d'approches novatrices. En effet, l'optimisation des processus par l'amélioration continue et l'implantation du *Lean Healthcare* sont des moyens ciblés par le MSSS pour améliorer la performance et la productivité du système et pour implanter une véritable culture de performance au sein des établissements. C'est pour développer cette culture que le CHU de Québec-Université Laval a entrepris des initiatives en ce sens. Le premier fait réalisé fût la réponse à l'appel de candidature du MSSS pour obtenir les fonds nécessaires à la réalisation du programme.

### 1.3. LE CHU DE QUEBEC UNIVERSITE LAVAL

En 2012, la décision fût prise de fusionner le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), qui comprenait le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), l'hôpital Saint-François d'Assise (HSFA), L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ), avec le Centre hospitalier affilié (CHA), qui lui se composait de l'hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ) et de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS). Ces cinq hôpitaux forment ensemble le Centre hospitalier universitaire de Québec soit le CHU de Québec-Université Laval. La fusion est officielle depuis le 9 juillet 2012, date de la formation du nouveau conseil d'administration du CHU de Québec-Université Laval. Ce centre hospitalier compte plus de 15 000 employés et collaborateurs. Il s'agit d'un établissement qui est gouverné par quatre missions:

- Les soins de qualité: le CHU de Québec-Université Laval offre des soins généraux, spécialisés et surspécialisés notamment en oncologie, en obstétrique, en chirurgie vasculaire, en ophtalmologie, en traumatologie et en pédiatrie.



- L'enseignement: le CHU de Québec-Université Laval forme la relève dans les domaines médicaux et non médicaux. En tout, 265 000 jours de stages sont donnés en moyenne par année.
- La recherche: le CHU de Québec-Université Laval est reconnu dans les domaines tels que l'oncologie, les neurosciences, l'endocrinologie, la néphrologie et la médecine régénératrice. Plus de 550 chercheurs œuvrent au sein du CHU avec un financement de plus de 89M\$.
- L'évaluation: cette mission englobe l'évaluation des nouvelles technologies et les modes d'intervention en santé par des recherches sur les données probantes concernant les pratiques et les technologies présentes en milieu hospitalier.

Les faits saillants de ces quatre missions sont les suivants:

Tableau 2: Missions du CHU de Québec-Université Laval

Soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 800 lits</li> <li>• 235 000 visites aux urgences annuellement</li> <li>• 584 000 visites en consultations externes spécialisées</li> <li>• 85 000 chirurgies</li> </ul>
Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 265 000 jours de stages</li> </ul>
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financement de 89M\$</li> <li>• Près de 550 chercheurs</li> </ul>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé</li> <li>• Expérience patient</li> <li>• Évaluation de programmes</li> </ul>

C'est grâce à ces quatre missions que le CHU de Québec-Université Laval est considéré comme étant un établissement universitaire. En termes de finances, le budget de fonctionnement de l'établissement avoisine le milliard de dollars.

Tel que mentionné à la section 2.1, le CHU de Québec-Université Laval est touché par la réorganisation du réseau en 2015. Bien que l'établissement ne fusionne pas avec d'autres établissements de la région, il devient le CHU de Québec-Université Laval et certains de ses

services ont été appelés à être transférés au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les secteurs de la santé mentale dont les secteurs de la pédopsychiatrie et de psychogériatrie, la clinique des traumatismes liés au stress opérationnel, les secteurs de la gériatrie et de la santé physique comme l'unité de la réadaptation fonctionnelle intensive, la Maison Paul-Triquet, le centre de vieillissement de Québec et les services de liaisons pris en charge par les infirmières de liaison et les travailleurs sociaux du CHU de Québec-Université Laval, sont des éléments qui ont été transférés dans le CIUSSS de de la Capitale-Nationale. C'est plus de 950 employés du CHU de Québec-Université Laval qui ont été touchés par ces changements.

## CHAPITRE 2 : CONTEXTE ORGANISATIONNEL ET THEORIQUE

### 2.1. LA PHILOSOPHIE *LEAN*

Pour bien comprendre la nature du changement en voie d'implantation au CHU de Québec-Université Laval, cette section présente l'origine du *Lean*, ses principes fondamentaux pour ensuite explorer les applications en santé et son approche en mode projet telle qu'initée au CHU de Québec-Université Laval. Par la suite, le thème du changement organisationnel sera abordé.

### 2.2. L'ORIGINE DU *LEAN*

Plusieurs modèles d'optimisation de la production se sont développés pour faire face à des contextes économiques difficiles qui créent une importante pression sur les organisations. Ces modèles ont pu permettre aux entreprises les ayant implantés de survivre à ces pressions (Liker, 2006 ; Graban, 2012). Un des modèles les plus reconnus est le Système de Production Toyota (SPT). Ce modèle fût créé après la Deuxième Guerre mondiale par Taiichi Ohno. Les objectifs de l'application de ce modèle d'optimisation étaient de fournir aux clients un produit de qualité de classe mondiale, de développer le potentiel de chacun des employés et de réduire les coûts par l'élimination des gaspillages (Womack, Jones, et Roos, 1991). Ce modèle fût étudié en profondeur dans le cadre des recherches de Krafcik (1998) alors qu'il démontra les liens entre la productivité et l'application de la philosophie *Lean* en comparant la productivité de différentes compagnies automobiles mondiales. En bref, réduire les coûts, améliorer la productivité, améliorer la sécurité et le moral du personnel sont des moyens pour améliorer la performance (Liker, 2006). Les gaspillages identifiés dans le SPT sont appelés *Mudas* dans la méthodologie nipponne. Ces entités doivent être éliminées des processus. Elles sont des activités qui n'amènent pas de valeur aux yeux des usagers, des clients ou des bénéficiaires. Selon la méthodologie, il y a sept catégories de gaspillages qui utilisent des ressources sans apporter de la valeur dans les processus, soit (i) l'attente, (ii) la surproduction, (iii) les erreurs (défauts de qualité), (iv) les déplacements inutiles, (v) le transport de produits, (vi) les méthodes inefficaces et (vii) les inventaires en surplus. Une huitième catégorie de gaspillages est

évoquée par Liker (2006). Il s'agit d'un gaspillage lié au capital humain. Il évoque la créativité perdue lorsque les employés amènent des idées, mais qu'elles ne sont pas écoutées.

Les principaux fondements de la méthode *Toyota* portent sur l'amélioration continue ainsi que sur le respect des personnes. Le SPT repose sur quatre éléments fondamentaux qui rassemblent 14 principes de gestion d'un établissement *Lean*. Le tableau 3 présente ces principes dégagés du SPT comme décrits par Liker (2006):

Tableau 3 : Les principes du système de production Toyota (Liker, 2006)

<b>LA PHILOSOPHIE</b>
1. Philosophie à long terme même au détriment des objectifs à court terme
<b>LE BON PROCESSUS PRODUIRA LE BON RÉSULTAT</b>
2. Organisation des processus en flux pièce par pièce (flux unitaire) pour mettre au jour les problèmes
3. Utilisation des systèmes en flux tirés pour éviter la surproduction
4. Lissage de la production ( <i>heijunka</i> )
5. Création d'une culture de résolution immédiate des problèmes, de qualité du premier coup
6. Standardisation des tâches
7. Utilisation du contrôle visuel
8. Utilisation des technologies fiables et éprouvées
<b>VALORISATION DE L'ENTREPRISE EN DÉVELOPPANT LES EMPLOYÉS ET LES PARTENAIRES</b>
9. Formation de responsables connaissant parfaitement le travail
10. Formation d'individus et d'équipes exceptionnelles qui appliquent la philosophie de l'entreprise
11. Respect du réseau de partenaires et de fournisseurs des services
<b>LA RÉOLUTION CONTINUE DES PROBLÈMES PILOTE L'APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL</b>
12. Présence sur le terrain pour bien comprendre la situation ( <i>genchi genbutsu, genba</i> )
13. Décision par consensus en examinant en détail toutes les options — Application rapide des décisions
14. Orientation pour devenir une organisation apprenante par la réflexion systématique ( <i>hansei</i> ) et à l'amélioration continue ( <i>kaizen</i> )

La philosophie et les principes *Lean* du SPT sont résumés sous la forme d'une maison appelée « maison Toyota ». Les fondements de la maison sont représentés par des processus standards et stables. L'aspect de la stabilité est essentiel dans la philosophie *Lean*. Selon cette philosophie, aucune démarche d'amélioration ne devrait être démarrée si les processus ne sont pas stables. Les piliers de la maison sont représentés par deux grands principes de production *Lean*, soit la fluidité du processus ainsi que la qualité du premier coup (*Jidoka*). Le flux tiré, le temps *Tack*, le *SMED* et le Juste-à-temps sont des éléments qui favorisent un

processus fluide (voir tableau 4). Le *Jidoka* est un principe où la chaîne de production est arrêtée dès qu'un problème survient. Le centre de la maison représente l'aspect de l'élimination des gaspillages par le travail d'équipe et l'amélioration continue. Le toit représente les objectifs du *Lean*, soit la qualité, la réduction des coûts, la réduction des délais, la sécurité et le moral (Liker, 2006).

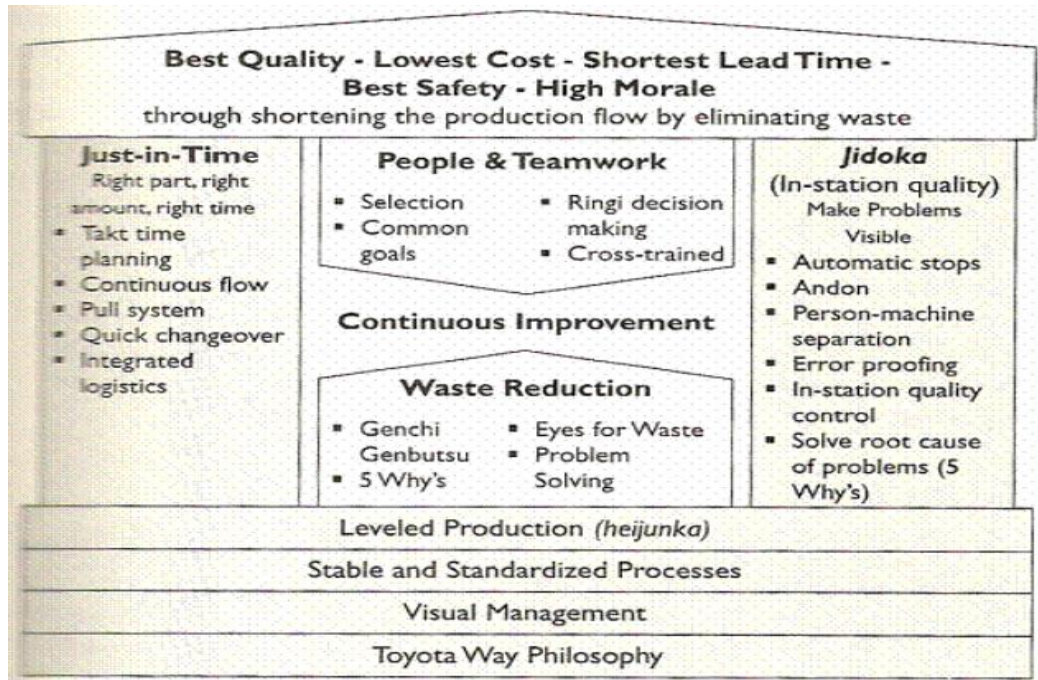


Figure 5 : Représentation du système de production Toyota (Liker, 2006)

Il existe une multitude d'outils *Lean* permettant à l'organisation d'atteindre les objectifs de la démarche et d'appliquer les principes fondamentaux tels que la valeur ajoutée, le flux tiré, la fluidité et la qualité du premier coup. Parmi ceux-ci, il y a les techniques de résolution de problèmes comme les événements *Kaizen* qui permettent de trouver des solutions à des irritants et des gaspillages par l'utilisation de différentes approches en atelier multidisciplinaire. Il y a également des outils éprouvés comme les cartographies des processus qui permettent de mieux comprendre le processus étudié et de mettre en valeur les problèmes de fluidité dans les services.

Il y a les *Kanban* qui sont très utiles pour appliquer les principes du Juste-à-temps et de flux tirés. Il s'agit d'un repère visuel qui engendre une action permettant de contrôler les inventaires par exemple. Il y a le 5S (sélectionner, situer, scintiller, standardiser et suivre)

qui est, pour sa part, un outil d'organisation de l'environnement du travail pour le rendre efficient en éliminant l'encombrement, la recherche de matériel et facilitant la détection des défauts. L'outil *Poka Yoke* agit à titre de détrompeur visuel afin de réduire les erreurs potentielles. L'ensemble de ces techniques et de ces outils servent à mettre en place de façon concrète les principes de la philosophie *Lean* (Womack and Jones, 1996 ; Kellogg, 2010). Le tableau 4 présente les principaux outils soutenant l'application de la philosophie *Lean*.

Tableau 4 : Les principaux outils soutenant l'application du *Lean* (Graban, 2012, Womack and Jones, 1996)

Outils	Description
Chaîne de valeur	La chaîne de valeur est une représentation graphique qui identifie les étapes clés d'un processus livrant un produit ou un service destiné à un client. La chaîne de valeur sert à identifier les activités à valeur ajoutée et à éliminer les activités qui ne créent pas de valeur.
Flux tiré	La réalisation des activités successives d'une chaîne de valeur constitue le flux. Lorsqu'un flux est tiré, la réalisation des activités est régulée en fonction de la demande des clients. Rien n'est produit par le fournisseur en amont tant que le client en aval n'a pas exprimé son besoin.
Cellule de travail	Organisation de travail où la disposition de l'équipement et des étapes d'un processus sont rapprochées permettant un flux de travail cadencé et un déploiement de l'effort humain en fonction de la demande.
Gestion visuelle	La gestion visuelle est une méthode de gestion qui permet de connaître le statut d'un processus à tout moment. Elle favorise la proactivité, diminue les besoins en formation et prévient les erreurs.
5S	Le 5S est une méthode d'organisation du travail qui permet d'éliminer les gaspillages liés aux déplacements, à la recherche et aux inventaires. Cette méthode est organisée en cinq étapes (sélectionner, situer, scintiller, standardiser et suivre).
Standard de travail	Documentation de la meilleure façon de réaliser une activité avec le résultat et la qualité désirée. Le travail standard sert de lignes directrices pour les tâches à réaliser.
SMED	Le SMED est un acronyme désignant « <i>Single-minute exchange of dye</i> ». Il s'agit d'une méthodologie à appliquer pour réduire les temps de préparation à une activité. L'objectif ultime du SMED est de réduire le temps de préparation à zéro afin que le temps de préparation n'affecte pas le flux du processus.
<i>Genba</i>	Le <i>genba</i> est un mot japonais désignant « là où se trouve la valeur ». Le <i>genba</i> invite celui qui le pratique à aller observer les processus sur le terrain. Principalement, là où les opérations sont en cours.
<i>Kanban</i>	La <i>Kanban</i> est un mot japonais désignant « signal qui engendre une action ». Le <i>Kanban</i> est utilisé pour implanter un système à flux tiré pour un processus et même réguler l'approvisionnement. Le <i>Kanban</i> permet de réduire les inventaires.
Juste-à-temps	Le Juste-à-temps est un principe qui veut que la bonne pièce soit disponible en bonne quantité au bon moment afin de favoriser un processus fluide.

Les concepts et les outils présentés dans le chapitre 2 proviennent des écrits importants traitant de la philosophie *Lean*. Il est important de noter que les auteurs tels que Liker (2009), Womack et Jones (1996) et Graban (2012), précisent que le *Lean* ne doit pas être réduit à

une simple et unique application d'outils. Pour être pérenne, la culture et la philosophie de gestion de l'établissement doivent être transformées pour soutenir les initiatives *Lean*. La figure 6 met en relation les principaux éléments de la philosophie *Lean*.

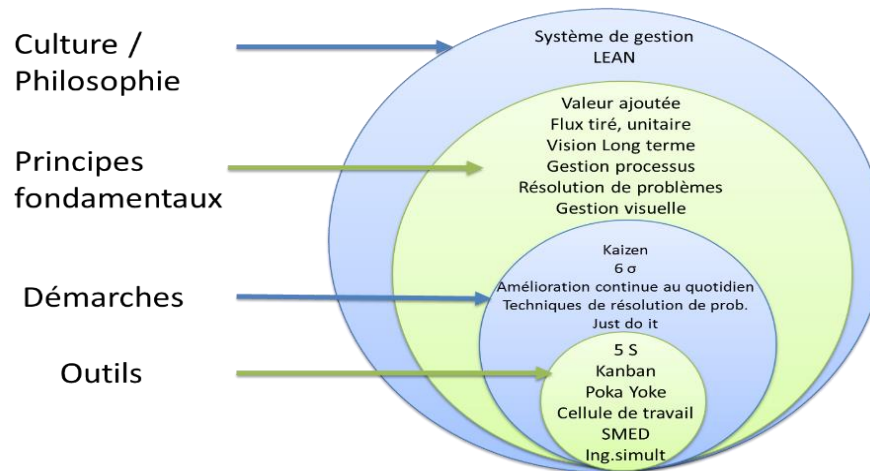


Figure 6 : Éléments de la philosophie Lean

Par définition (Hohmann, 2012), la philosophie *Lean* est une approche systémique pour concevoir et améliorer des processus, par l'implication des employés, visant l'état idéal centré sur la satisfaction des clients. Cette philosophie peut être appliquée par la mise en place d'un système de gestion *Lean* qui sera basé sur les principes fondamentaux tels que la fluidité, la standardisation et la résolution de problèmes. Les outils viennent assurer l'application des principes fondamentaux de façon concrète. Par exemple, le *Kanban* aide les processus à être plus fluides et en flux tiré. Pour sa part, le *Poka Yoke* réduit le risque d'erreurs, de défauts et aide les processus à être bons du premier coup (*Jidoka*). Les démarches de résolution de problèmes viennent trouver des solutions aux dysfonctionnements des processus. Au final, les auteurs tel que Graban (2012), Toussaint (2010) et Barnas (2014) soutiennent qu'il est essentiel que l'application du *Lean* soit une démarche organisationnelle à part entière intégrée dans les pratiques de gestion des gestionnaires et dirigeants afin d'assurer la pérennité des initiatives et de l'amélioration continue à l'instar du SPT de Toyota.

### 2.3. L'APPLICATION DU LEAN EN SANTE

Brandao de Souza (2009) explique, dans une revue systématique de la littérature publiée en 2009, que les premiers pas de l'adaptation des concepts *Lean* en santé se sont réalisés vers 1995 par Heinbuch (1995). Il tentait à ce moment d'appliquer les concepts du Juste-à-temps pour la gestion des inventaires de matériel et de fournitures à l'hôpital. Cependant, il a fallu attendre vers 2002 pour voir des initiatives identifiées *Lean* dans les milieux hospitaliers. La figure 7 présente un résumé de l'évolution historique du *Lean* d'après Brandao de Souza (2009).

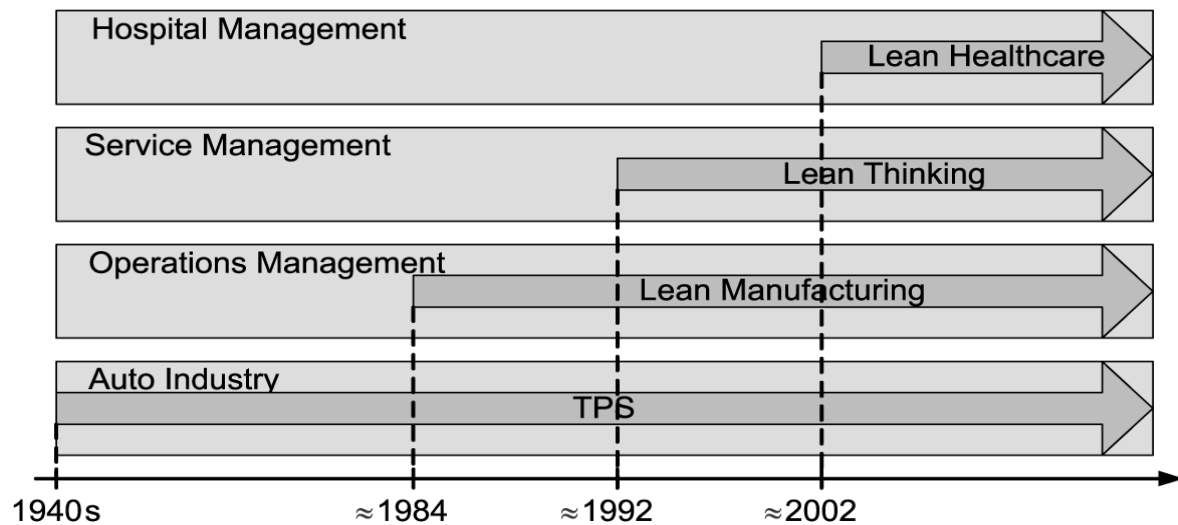


Figure 7 : Chronologie de l'apparition du Lean Healthcare dans les milieux hospitaliers (Brandao de Souza, 2009, Laursen, 2003)

Tout comme pour son application dans le milieu industriel, les objectifs du *Lean* en milieu hospitalier sont d'améliorer la fluidité des processus par l'élimination des gaspillages afin d'offrir aux patients un service de qualité dans les délais prescrits et selon leurs besoins. Plus précisément, Landry (2010) le décrit comme suit : « Le *Lean Healthcare* est un système de gestion de la qualité et de l'amélioration des processus basé sur le SPT qui cible les besoins des clients, l'amélioration de la qualité, la réduction des délais et des coûts appuyée par une démarche d'amélioration continue et par l'implication des employés » (Landry, 2010). Le but est d'augmenter la capacité des organisations à répondre aux besoins de santé



d'une population de plus en plus importante avec des ressources de plus en plus limitées. Depuis ce temps, de multiples applications du *Lean* en santé ont été possibles. Graban (2012) identifie des exemples de gaspillages que nous pouvons retrouver dans le milieu hospitalier. Le tableau 5 présente ces exemples.

Tableau 5 : Exemples de gaspillages dans le milieu hospitalier (Graban, 2012)

<b>Gaspillages</b>	<b>Exemples dans le milieu hospitalier</b>
Surproduction	Enclencher des procédures de diagnostics non nécessaires Pré-remplir des formulaires
Attente	Attente d'un patient pour un rendez-vous Employé en attente, car la charge de travail n'est pas nivelée
Transport ou déplacement	Mauvaise disposition des locaux ou des équipements entraînant des déplacements inutiles.
Méthode inefficace	Ajouter des étiquettes d'heure et de date à un formulaire, mais les données ne sont jamais utilisées.
Inventaire	Médication périmée, fournitures périmées, encombrement dans les chambres de patients ou même dans les corridors.
Mouvement	Sorties trop fréquentes de l'infirmier de la salle d'opération dues à un manque de matériel pour effectuer la chirurgie
Correction/défaut	Étiquette de validation de la stérilité absente du plateau chirurgical Erreur de préparation de médication due à une prescription illisible
Potentiel humain	Ne pas prendre en compte les idées d'amélioration des employés

#### 2.4. LA GESTION DE PROJETS *LEAN* AU CHU DE QUEBEC-UNIVERSITE LAVAL

Afin d'amener les secteurs ou départements à implanter l'approche *Lean*, des projets sont réalisés à l'intérieur de ceux-ci pour initier les employés et aussi développer des solutions utilisant les concepts *Lean* pour résoudre des problématiques au sein même du secteur. L'approche qui a été employée pour la gestion des projets du programme *Lean* ministériel au CHU de Québec-Université Laval est le modèle DMAIC (Définir, Mesurer, Analyser, Innover et Contrôler) décrit ci-après. Cette méthodologie de résolution de problème amène un cadre bien défini où les étapes sont liées de façons logiques afin de mener à bien le projet. Il s'agit principalement d'une technique de résolution de problème présente dans la philosophie *Lean Six Sigma*. Selon Gimenes (2010), cette méthode se décline généralement en cinq phases à savoir : La phase Définir, la phase Mesurer, la phase Analyser, la phase Innover et la phase Contrôler:

**Définir:** cette première phase permet de délimiter la portée du projet. Elle met en place les indicateurs du projet, identifie les parties prenantes et les risques pouvant affecter le projet. C'est dans cette phase que nous précisons le processus à étudier. Une charte de projet est écrite afin de documenter et planifier le projet.

**Mesurer :** cette seconde phase consiste à rassembler et récolter des données existantes sur le processus ou son environnement. Cette phase est constituée d'une prise de mesure sur le terrain sous la forme d'observations, d'entrevues et de sondages avec les clients et le personnel. Le processus est cartographié et documenté afin d'avoir une vision claire de ce dernier. Les observations sont surtout centrées sur les gaspillages (*Mudas*) constatés dans le milieu et sur la mesure du temps à valeur ajoutée des intervenants travaillant avec le processus.

**Analyser:** cette troisième phase examine en profondeur les données mesurées à la phase précédente. L'analyse permet de bien circonscrire la situation actuelle ainsi que les causes fondamentales des problématiques. Elle est importante pour identifier les opportunités d'application des concepts et outils *Lean* afin de résoudre les problèmes.

**Innover:** la quatrième phase consiste à déterminer les solutions aux problématiques soulevées par l'équipe. L'équipe sélectionnée travaille à mettre en place des solutions pour éliminer les insatisfactions, les variations ou les gaspillages présents dans les processus actuels. De cette phase émerge un plan d'action qui devra être mis en place et réalisé par l'équipe de projet. Les solutions sont fortement inspirées des concepts *Lean*.

**Contrôler:** la cinquième phase permet de s'assurer que les améliorations mises en place répondent aux problématiques soulevées et que le processus visé est respecté afin de maintenir ces améliorations et avoir un impact positif sur les indicateurs de succès définis à la phase Définir.

## 2.5. LES DEFIS D'UNE IMPLANTATION LEAN EN MILIEU HOSPITALIER

L'implantation d'une culture *Lean* au sein du CHU de Québec-Université Laval amène des changements majeurs pour les gestionnaires, le personnel et les médecins. En effet, les outils et les concepts *Lean* sont des éléments nouveaux dans ce milieu et transforment les façons de faire. Avec l'implantation de cette philosophie, le CHU de Québec-Université Laval vise la mise en place de processus efficaces, l'élimination des gaspillages et une expérience digne de mention répondant aux besoins des patients et de leurs proches. L'implantation de l'approche *Lean* est un changement qui a un impact dans l'ensemble de l'organisation. Elle change les paradigmes tant au niveau des soins qu'au niveau des gestionnaires et des directeurs. Plusieurs défis ont été identifiés par Groove (2010) dans l'implantation de cette approche. Le tableau 6 présente les principaux thèmes pouvant interférer avec l'implantation d'une culture *Lean*.

Tableau 6 : Les principaux défis rencontrés lors de l'implantation d'une culture *Lean* (Groove, 2010)

Complexité des processus	Les processus complexes et variés peuvent rendre difficile l'application d'une approche commune.
Compréhension du <i>Lean</i>	Le fait de se concentrer trop sur les outils plutôt que la philosophie empêche les résultats durables.
Communication et le leadership	Le travail en silo, la grande proportion d'employés à temps partiel et l'absence de contrôle des processus par les gestionnaires intermédiaires ont un impact négatif sur la communication et le leadership.
L'identification du client	La présence de multiples clients (ministère, agences, médecins, etc.) fait en sorte que la satisfaction des patients est rarement au centre des préoccupations.
Identification des gaspillages	Les gaspillages sont si omniprésents dans les processus actuels qu'il est difficile pour les employés de bien les identifier.

Selon Groove (2010), il y a des éléments critiques à considérer avant de progresser dans l'implantation du *Lean Healthcare* en milieu hospitalier. Ces éléments sont présentés à la figure 8 qui montre les points les plus importants à considérer pour assurer le succès dans l'implantation du Lean au sein d'un établissement de santé. Des éléments qui vont au-delà de l'utilisation d'outils ou de techniques *Lean*. En effet, les outils en général sont plus visibles en ce qui a trait aux concepts *Lean*. Cependant, en analysant les travaux de Groove (2010), le déploiement d'une culture *Lean* touche beaucoup plus que les outils. Nous y retrouvons notamment plusieurs facteurs humains comme la gestion des ressources humaines, la formation, la communication et la gestion du changement. Ces facteurs doivent être pris en considération lors de la transformation du milieu afin d'éliminer les obstacles, les barrières et d'assurer le succès de l'implantation de la démarche selon Groove (2010).

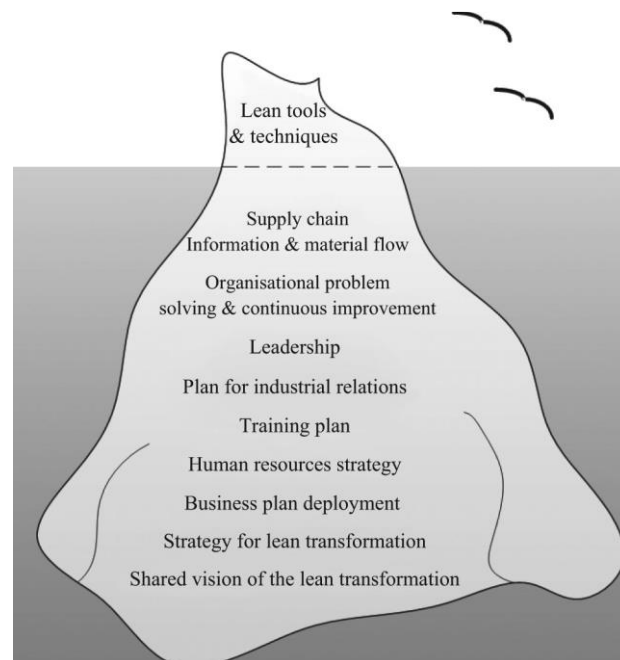


Figure 8 : Éléments à considérer pour assurer le succès de l'implantation du Lean dans une organisation (Groove, 2010)

Selon Pederson (2009) et George (2003), l'implantation du *Lean* présente une similitude avec l'implantation de tout autre changement organisationnel. Selon des études, les taux d'échec de l'implantation du *Lean* dans les organisations se situent à près de 70% (George, 2003). Collerette (2008) souligne que des changements trop fréquents, trop nombreux, trop dispersés et trop vagues menés dans une organisation présentent des risques dans le succès de leur implantation. George (2003), quant à lui, mentionne que le problème réside généralement dans la stratégie d'implantation. Pedersen (2011) résume les thèmes recueillis dans la littérature qui sont, selon lui, les plus importants à considérer pour favoriser le succès de l'implantation dans l'établissement. Le tableau 7 dresse la liste de ces facteurs.

Tableau 7 : Facteurs de succès à considérer dans l'implantation d'une culture *Lean* (Pedersen, 2011)

<b>Facteur de succès</b>
Ressources suffisantes (humaine et financière)
Engagement clair et soutien constant des directeurs aux équipes
Mise en place d'une stratégie favorisant l'amélioration continue
Projets en lien avec les orientations stratégiques
Mobilisation importante des employés
Urgence d'agir qui est présente
Très bonnes compétences en gestion du changement
Présence d'agent de changement et équipe d'amélioration continue
Temps réaliste d'implantation
Formation <i>Lean</i> offerte
Responsables assignés pour les initiatives d'amélioration
Impacts significatifs visibles des projets <i>Lean</i>
Gestion intégrée et systémique
Transfert de connaissances
Les départements reçoivent des gains provenant des bénéfices du <i>Lean</i> dans leur secteur respectif
Communication efficace

L'analyse des travaux de Groove (2010) et Pedersen (2011) amène à considérer que la formation, la gestion du changement et la communication sont des facteurs importants à considérer pour assurer le succès de l'implantation de la démarche. Ces éléments touchent spécifiquement l'aspect des ressources humaines et ont été pris en compte lors de la réalisation du programme ministériel au CHU de Québec-Université Laval.

## 2.6. LA GESTION DU CHANGEMENT

### 2.6.1. LES ENJEUX DU CHANGEMENT

Rondeau (2008) soulève les enjeux du changement en trois catégories distinctes. Le tableau 8 illustre ces propos qui rejoignent et recourent les constats faits par Groove (2010) et Pedersen (2011). En effet, nous retrouvons l'urgence d'agir au niveau stratégique et la communication adéquate dans l'opérationnel en phase de légitimation qui rejoignent les constats faits. En phase de réalisation, la structure de pilotage et des ressources adéquates sont critiques dans la réussite du programme. Pour l'appropriation, les retombées et les apprentissages de Rondeau (2008) rejoignent les travaux de Pedersen (2011) sur les aspects de la vision commune, de l'importance d'avoir une structure et un plan de transformation crédible et une communication efficace.

Tableau 8 : Les enjeux du changement selon Rondeau (2008)

	<b>Légitimation</b>	<b>Réalisation</b>	<b>Appropriation</b>
<b>Stratégique</b>	Vision commune mettant en lumière la nécessité de changer	Structure de pilotage crédible	Conditions incitatives Retombées valables
<b>Fonctionnelle</b>	Déficience établie	Ressources et démarche adéquates	Apprentissage
<b>Opérationnelle</b>	Information et communication adéquates	Disponibilité et collaboration appropriées	Amélioration continue et mesure de résultats

En ce qui concerne les recoupements entre Rondeau et Pedersen, nous pouvons y retrouver l'urgence d'agir (la déficience établie et ressentie), d'avoir des ressources disponibles pour effectuer le changement, favoriser l'amélioration continue, avoir une équipe dédiée pour le changement (structure de pilotage crédible) et avoir des gains valables et visibles. Aussi, tous s'entendent pour mentionner qu'un changement de l'envergure du programme cité, nécessite une gestion du changement bien définie et organisée.

Par ailleurs, En appui aux recherches de Pedersen (2011), Bareil (2004) mentionnait en 2004 que le taux d'échec des changements organisationnels oscille entre 20% et 80%, selon le type de changement apporté dans une organisation. Dans les changements portant sur la réingénierie des processus (exemple : projet *Lean*), il peut varier entre 50% et 75%. D'après la documentation recensée par Bareil (2004), quatre grandes catégories de facteurs peuvent contribuer à expliquer ces taux d'échecs. Le premier élément est les facteurs humains, le second élément concerne les décisions stratégiques, le troisième élément porte sur la capacité de l'organisation à changer et le dernier élément est la façon dont le changement est mené au cours de sa mise en œuvre.

### **Les facteurs humains**

Dans la catégorie des facteurs humains nous retrouvons la résistance aux changements, le manque de considération du facteur humain dans le changement (approche « top-down »), l'absence de l'implication du personnel dans la définition du changement ou des nouveaux processus, l'absence de cohérence entre le changement et la gestion des ressources humaines, l'imposition du changement, l'absence de formation et de soutien pour assimiler le changement et les pertes engendrées par ce dernier.

### **La décision stratégique**

Pour la catégorie de la décision stratégique, nous y retrouvons les changements non légitimes et les changements trop fréquents souvent perçus comme une mode passagère. Des changements amenés par la haute direction dans l'organisation sans raison. D'où le sentiment d'illégitimité ressentis par les employés de l'organisation à l'égard de ce changement. Ces changements demandés au personnel sans diagnostics solides et crédibles de la part des dirigeants amènent leur part de risque pour leur adhésion.

### **La capacité de l'organisation à changer**

La catégorie de la capacité à changer comprend les raisons d'échecs liées à l'incapacité de l'organisation à changer. Cette condition peut être due à un changement trop complexe, à l'inertie de l'organisation ou, encore, à une culture d'établissement qui vient inhiber le changement. Elle comprend également le comportement des dirigeants face aux

changements ainsi que la disponibilité des ressources mise au service du changement (ressources humaines, financières ou matérielles).

### **La mise en œuvre du changement**

La catégorie de la mise en œuvre du changement soulève les raisons touchant les plans d'action flous, l'absence de démarche de transformation et les buts trop généraux visés par le changement. C'est dans cette catégorie que nous retrouvons la pertinence d'intégrer un plan de transformation dans la démarche du changement comme expliqué par Rondeau (2002). Ce plan de transformation intègre les notions d'orientation, de sensibilisation, de formation, d'intégration du changement dans les pratiques de gestion et une étape d'amélioration continue pour faire évoluer le changement. Selon Collerette (2008), il est très important de se doter de pratiques de gestion du changement pour améliorer les taux de succès de l'implantation.

Finalement, en lien avec les catégories énoncées par Bareil (2004), Collerette (2008) fait également mention d'établissements rendus incapables d'intégrer le changement à cause de transformations trop nombreuses, trop fréquentes, trop dispersées ou trop vagues. Ce qui limite la capacité des établissements à bien se transformer ou à changer.



### 2.6.2. LES TYPES DE TRANSFORMATION

Comme mentionné dans les différents rapports consultés et résumé dans le premier chapitre, le système québécois de la santé et des services sociaux est forcé de se transformer afin de devenir plus efficient et d'assurer sa pérennité. Les tensions amenées par des forces externes comme la politique et l'économie catalysent cette transformation. Selon Rondeau (2008), il existe quatre types de transformation qui permettent d'accroître la valeur de l'organisation : le réaménagement, le réalignement, le renouvellement et le redéploiement. Chacun de ces types exige un processus de mise en œuvre du changement très différent.

#### **Le réaménagement**

Le réaménagement met l'accent sur les processus et leur optimisation. Il s'agit de faire autrement afin d'améliorer la productivité. Ce type de changement mise principalement sur des avancées technologiques qui permettent l'intégration de différentes activités de l'organisation afin d'augmenter la collaboration entre les parties internes pour un client.

#### **Le réalignement**

Le réalignement se concentre sur un contrôle plus serré des ressources afin de réduire les coûts. Il prend origine lorsque l'établissement constate une dégradation significative de la performance organisationnelle. Ce constat amène un meilleur alignement et une utilisation bonifiée des ressources ainsi qu'une plus grande imputabilité. Ce changement prend souvent la forme de rationalisation, de l'aplatissement de structure, de correctifs organisationnels visant à replacer l'établissement dans des conditions plus favorables.

#### **Le renouvellement**

Le renouvellement met l'emphase sur les valeurs et la culture de l'établissement afin de favoriser l'implication de chacun. Ce type de transformation vise surtout la responsabilisation et la professionnalisation. Ce changement vient principalement d'un constat qui met la lumière sur des pratiques organisationnelles déficientes pour desservir adéquatement les clients. Ce changement nécessite des efforts considérables afin de modifier la culture organisationnelle et de changer les façons de faire des différents acteurs. Il permet le développement de nouvelles habiletés ainsi que la mobilisation de ces derniers afin

d'atteindre le but visé. Le renouvellement des pratiques implique un changement de culture s'inspirant des meilleures pratiques mondiales en partant d'un diagnostic d'inefficience.

### **Le redéploiement**

Le redéploiement mise sur la révision de l'offre de services, de son positionnement et sa différenciation des processus d'affaires dans le but de toujours répondre aux besoins évolutifs des clients de l'établissement. Ce changement prend forme lorsqu'on constate que la clientèle modifie son comportement, que les indices de satisfaction de la clientèle se dégradent ou lorsque la concurrence progresse rapidement.

Compte tenu de ces définitions conceptuelles et de l'analyse de la situation que nous pouvons faire au CHU de Québec-Université Laval, le changement apporté par l'implantation du *Lean Healthcare* au CHU de Québec-Université Laval s'apparente à la transformation dite de renouvellement. En effet, cette implantation demande l'implication de chacun, modifie les façons de faire actuelles et amène de nouvelles pratiques en partant d'un diagnostic d'inefficience.

#### **2.6.3. LES ACTEURS DU CHANGEMENT**

Selon Bareil (2004), il existe trois parties prenantes clés dans un changement organisationnel. Il y a le destinataire, le gestionnaire et le décideur.

De façon générale, le destinataire est celui qui vit le changement. Il est l'acteur principal du changement. Il se définit comme étant toute personne touchée par le changement. C'est lui qui doit s'adapter au changement, s'approprier le changement, modifier ses habitudes et ses comportements afin de concrétiser le changement. Dans le cadre de la mise en place du programme *Lean* Au CHU de Québec-Université Laval, le destinataire du changement est un groupe de personnes très hétérogènes. Il est composé du personnel infirmier, de préposés, de commis, d'aides de service, de médecins et de professionnels parmi tant d'autres.

Le gestionnaire est la ressource qui doit aider le destinataire à s'approprier le changement. Il doit s'assurer de gérer les préoccupations des destinataires afin d'assurer la réussite du changement. Il se doit d'intervenir efficacement en fonction des phases de préoccupations. Son rôle dans le changement consiste à soutenir les destinataires, recueillir les préoccupations et à communiquer ouvertement avec ses employés. Dans le cadre de la mise en place du programme *Lean* Au CHU de Québec-Université Laval, les gestionnaires du modèle de Bareil (2004) sont tous les gestionnaires intermédiaires qui occupent des postes de cadre. Pour la présente étude ces gestionnaires sont les chefs des différents secteurs.

Finalement, les décideurs sont ceux qui ultimement imposent le changement. Ils sont les acteurs stratégiques dont les décisions influencent l'organisation. Ils ont comme rôle d'assurer la pérennité de l'organisation et d'être à l'affût des modifications de l'environnement externe et interne. Le décideur doit jouer un rôle de communicateur et de leader dans le changement. C'est ce dernier qui propose une vision du changement. Il est ultimement responsable de la performance de l'organisation. Au CHU de Québec-Université Laval, ils sont au nombre de 29 directeurs pour un établissement de 15 000 employés et collaborateurs.

#### 2.6.4. LA RESISTANCE AU CHANGEMENT

Tout changement significatif dans une organisation provoque un déséquilibre entre un état initial vers un état souhaité (Collerette, 2006). Selon Collerette (2006), la résistance au changement est un phénomène légitime causé par les individus composant le système qui tentent de maintenir le statu quo. Il ne faut pas prendre cette réaction comme négative même si elle peut mener à des situations désagréables. Il s'agit d'un mécanisme de défense des personnes à l'endroit d'un changement. Toujours selon Collerette (2006), il existe principalement trois sources de résistance au changement.

##### **Résistances liées à la personnalité**

Parmi les résistances liées à la personnalité, nous retrouvons les habitudes ancrées depuis longtemps, la peur de l'inconnu, la préférence pour la stabilité, la perception sélective et l'appartenance à la situation actuelle.

### **Résistances liées au système social**

Pour les résistances liées au système social, nous retrouvons la conformité aux normes établies, le bouleversement du système, les intérêts et les droits acquis, le caractère sacré et le rejet de ce qui est étranger. Ce qui veut dire le rejet de l'innovation, qui pour l'organisation, est dissonante face aux pratiques actuelles.

### **Résistances liées au mode d'introduction du changement**

Les résistances liées au mode d'introduction du changement regroupent les éléments qui touchent le respect des personnes, le respect des compétences, le temps nécessaire à la mise en œuvre du changement et la crédibilité de l'agent de changement.

Selon Bareil (2004), la résistance se définit comme étant un ensemble de manifestations observables, actives ou passives, individuelles ou collectives qui entravent le processus du changement. Le tableau 9 présente les principales manifestations de résistance au changement que nous pouvons observer au sein d'un établissement.

*Tableau 9 : Les manifestations de résistance au changement (Bareil, 2004)*

<b>Résistance au changement</b>	<b>Individuelle</b>	<b>Collective</b>
<b>Active</b>	Refus d'effectuer une tâche	Grève
	Refus de participer à une formation	Sabotage
	Critique	Plainte
	Procrastination	Grief
	Insubordination	Conflit
	Départ volontaire	Déformation des faits
	Contestations	Revendications
<b>Passive</b>	Retour aux anciennes méthodes	Ralentissement du travail
	Indifférence	Blocage d'information
	Lenteur	Rumeur
	Oublie des nouvelles responsabilités	Taux de roulement élevé
	Soutien déficient	
	Ressources non accordées	

Dans le cas de la gestion des phases de préoccupations, Bareil (2004) mentionne que le gestionnaire et le décideur se doivent d'être très attentifs aux manifestations de résistance au changement afin de bien situer le destinataire dans le changement et de répondre aux

manifestations. Collerette (2006) évoque que la résistance au changement est un signe qui renseigne sur l'importance que le destinataire accorde au changement. Plus le système réagit fortement, plus le changement touche une zone névralgique de l'organisation.

#### 2.6.5. LES MODELES DE GESTION DU CHANGEMENT

Rondeau (2008) mentionne que chacun des types de transformation (Réaménagement, Renouvellement, Réalignement et le Redéploiement) cités à la section 2,7 demande une gestion du changement. Cependant, il n'existe pas une méthode unique pouvant répondre à tous les types de changements. La gestion du changement doit être adaptée à chaque situation en tenant compte de la culture, des relations entre les acteurs et de la capacité de l'établissement à changer. À cet égard Rondeau (2002) décrit les 5 conditions nécessaires à réunir au sein d'une organisation pour réaliser la mise en œuvre d'un changement.

##### **L'orientation**

La condition de l'orientation donne un sens au changement. Elle légalise les actions du changement par la mise en lumière d'un diagnostic organisationnel qui démontre la nécessité d'un changement ou d'une urgence d'agir.

##### **La sensibilisation**

La sensibilisation consiste à tenir des activités d'information et de communication afin que les destinataires prennent conscience des enjeux du changement et de l'importance de ce dernier. Ces activités devraient catalyser la mobilisation du personnel et des employés.

##### **L'habilitation**

L'habilitation regroupe les activités permettant au personnel d'être équipé pour faire face au changement. Il s'agit d'activités de formation et d'activités de développement de nouvelles compétences.

##### **L'intégration**

La condition de l'intégration place le changement au cœur des systèmes de gestion de l'établissement. Elle demande à intégrer le changement au sein des systèmes de gestion afin d'être cohérent avec le changement qui s'opère dans l'établissement.

### **La régénération**

La régénération est une condition qui assure un mécanisme de révision constante des pratiques. Elle garde l'établissement en mouvement dans le changement à l'aide de pratiques d'amélioration continue, de vigie sur les nouvelles pratiques ou de balisage auprès d'établissements similaires ou concurrents.

Selon l'auteur, c'est en misant sur ces conditions que les changements ont de meilleures chances d'être menés à terme avec succès.

## 2.7. LA GESTION DU CHANGEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

### 2.7.1. MODELES DE GESTION DU CHANGEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Plusieurs livres et articles font mention de modèles sur la conduite des changements. Cependant, comme le décrivent Bareil (2004), Pedersen (2011) et Audet (2010), les changements sont très difficiles à introduire malgré tous ces modèles, et ce, peu importe le secteur d'activité. Les systèmes de santé et les milieux hospitaliers ne font pas exception face à cette difficulté. Ils sont uniques de par leur mission, leur complexité et leur portée. De plus, ils sont eux-mêmes composés de systèmes complexes reliés, mais souvent non coordonnés. Cette réalité augmente les risques d'échec de l'implantation d'un changement (Dickson *et al.*, 2012). Dickson présente un modèle basé sur une revue systématique de la littérature et sur des entrevues réalisées avec des acteurs et des gestionnaires impliqués dans les systèmes de santé canadiens et internationaux. Selon Dickson (2012), le modèle de gestion de changement proposé est adaptable: il peut être ajusté et modifié selon la réalité des acteurs et des gestionnaires. Le but de ses travaux était de rassembler, de documenter et de modéliser les meilleures approches de soutien au changement et à la transformation organisationnelle qui peuvent être appliquées dans les secteurs de la santé. Les travaux de Dickson *et al.* (2012) ont identifié deux concepts qui peuvent apporter un soutien aux gestionnaires afin de mener à bien un changement organisationnel. Dans un premier temps, ils ont élaboré une cartographie du changement en identifiant les principales étapes à

considérer pour l'implantation d'un changement. Par la suite, ils ont défini les principales approches, les outils et les techniques à utiliser en fonction des phases afin d'équiper les gestionnaires à réaliser le changement. Le cheminement de la prise en charge du changement se réalise selon la phase de l'initiation, de l'envergure, de la caractérisation et de l'identification des défis et des opportunités.

### 2.7.2. CARTOGRAPHIE DU CHANGEMENT SELON DICKSON (2012)

#### **L'initiation**

L'initiation est le moment où le gestionnaire comprend les raisons du changement. Il réalise l'urgence d'agir dans une situation donnée. L'initiation peut débuter par un événement déclencheur comme le démarrage d'un projet, l'arrivée d'une nouvelle technologie ou une opportunité.

#### **L'envergure**

L'envergure est le moment où le gestionnaire mesure l'ampleur du changement selon son point de vue et celui de l'organisation.

#### **La caractérisation**

C'est lors de la caractérisation que le gestionnaire va comprendre la portée du changement, qu'il va identifier les personnes impactées par celui-ci, qu'il va établir la durée probable du déploiement et qu'il va bien caractériser le contexte organisationnel dans lequel le changement surviendra.

#### **Les défis et les opportunités**

Lorsque le gestionnaire implante le changement. Il réalise le projet en utilisant des ressources, en créant des liens avec des partenaires, en organisant les systèmes d'information et en suivant de près l'état d'avancement du projet. C'est là où le gestionnaire prend conscience des défis et des opportunités qu'offre le changement.

### 2.7.3. APPROCHES PRATIQUES AU CHANGEMENT

Les approches pratiques au changement sont des outils, des approches et des techniques pour aider les décideurs et les gestionnaires à gérer les changements. Une fois la cartographie du changement bien établie, Dickson (2012) présente un modèle pouvant orienter le gestionnaire à utiliser les bons outils et les techniques en fonction de la nature du changement. Quatre dimensions du changement ont été identifiées par l'auteur : Le premier consiste en la préparation au changement, le deuxième à l'implantation du changement, le troisième au déploiement du changement et le quatrième à la pérennité des changements au sein de l'organisation.

### **La préparation au changement**

La phase de la préparation au changement est celle où le gestionnaire se doit d'être sensible au changement à venir, le comprendre et préparer le changement à effectuer.

### **L'implantation du changement**

La phase de l'implantation du changement est celle où le gestionnaire prend des actions concrètes dans la réalisation du changement. Il s'investit dans les initiatives de changements comme l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité et de l'efficience des processus. (le *Lean* fait partie des outils utilisés dans cette catégorie).

### **Le déploiement du changement**

La phase du déploiement du changement décrit les outils utilisés pour implanter les changements dans d'autres systèmes complexes et imposants comme les communautés, les régions, les provinces et les pays.

### **La pérennité des changements**

La phase de la pérennité des changements comprend les outils et les approches pour s'assurer que les changements initiaux sont évalués et ajustés en fonction de l'expérience acquise dans le temps.

Les changements sont omniprésents dans le système de la santé. Les travaux de Dickson *et al.* (2012) apportent un éclairage sur les façons de prendre en charge les changements du point de vue des décideurs et des gestionnaires dans les organisations de la santé au Canada. Selon ses travaux, il est noté que les modèles de changements dits « top-down » sont graduellement remplacés par les modèles qui mettent l'emphase sur la



participation des décideurs, du personnel, des médecins, des patients et des communautés afin d'augmenter les chances de succès et d'adhésion au changement. L'approche *Lean* cadre très bien dans ce contexte car c'est une méthodologie très inclusive. Selon Dickson *et al.* (2012), l'approche *Lean* est une méthodologie à privilégier lorsqu'un gestionnaire veut intégrer des changements dans son secteur d'activité. De plus, le cadre de référence d'implantation d'un changement proposé par Dickson (2012) est en cohérence avec le déploiement de la culture *Lean* planifiées au CHU de Québec-Université Laval à l'échelle de l'établissement. En effet, la mise en place d'une gouvernance, la préparation des équipes à l'aide de la communication, formation et l'accompagnement, l'implantation des solutions des projets et le suivi de l'évolution du changement dans le temps étaient des éléments essentiels à la démarche de l'implantation de l'approche *Lean* au CHU de Québec Université Laval. Considérant les liens forts du modèle de Dickson de par son analyse chez les gestionnaires du secteur canadien de la santé, nous avons décidé d'utiliser ce modèle de gestion du changement pour ce mémoire afin de comparer la méthodologie de projet mise en place pour l'implantation du programme. L'annexe 2 présente le cheminement ainsi que les initiatives de gestion du changement en cohérence avec le modèle de Dickson (2012).

## CHAPITRE 3 : LA PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

À l'automne 2011, l'hôpital Saint-François d'Assise est sélectionné par le MSSS comme site expérimental pour implanter l'approche *Lean* en milieu hospitalier. Un financement de l'ordre de 3 millions de dollars est alloué à l'organisation afin de réaliser un programme de 10 projets *Lean* en 3 ans dans cet établissement. Le but de ce programme était d'observer la faisabilité d'application d'une telle approche en milieu hospitalier et d'avoir des impacts positifs sur l'organisation des soins et services offerts par l'établissement.

### 3.1. OBJECTIF GÉNÉRAL DE LA RECHERCHE

L'objectif général de cette recherche est de documenter l'expérience vécue au CHU de Québec-Université Laval en lien avec les initiatives *Lean*, de présenter les effets potentiels sur la performance de l'établissement suite à l'implantation d'une telle approche et de vérifier si l'approche est une avenue à privilégier comme outils de gestion du changement tel que décrit par Dickson *et al.* (2012).

### 3.2. AVANTAGES DE LA RECHERCHE

Les avantages de cette recherche sont de présenter des faits et données probantes liées à l'expérience du CHU de Québec-Université Laval afin de participer à la diffusion de connaissances pour ce domaine, de documenter la démarche afin d'identifier les facteurs de succès et les impacts de l'implantation de cette approche et d'émettre des recommandations pouvant faciliter le déploiement de l'approche *Lean* dans d'autres établissements de santé.

### 3.3. QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche est la suivante :

Est-ce que l'approche *Lean* est une philosophie à privilégier en milieu hospitalier pour mener à bien des changements pérennes aptes à améliorer la performance d'un établissement du système de santé au Québec? Les thèmes de la recherche qui ont été étudiés pour répondre à cette question sont décrits à la section suivante.

### 3.4. PARTIES DE LA RECHERCHE

La première partie de cette recherche consiste à présenter le programme d'implantation *Lean* au CHU de Québec-Université Laval dans son ensemble. Nous allons présenter son contexte, les livrables clés, les initiatives *Lean* implantées, les échéanciers ainsi que la structure de gouverne de cette implantation.

La seconde partie est de présenter la méthodologie de recherche employée pour la réalisation de cette étude. Soit par les sondages, les focus group et l'obtention de données de performance de l'hôpital.

La troisième partie est de présenter les résultats et les impacts de cette implantation sur le fonctionnement des différents secteurs touchés par l'implantation mais aussi sur les employés et gestionnaires impliqués.

La quatrième partie de la recherche est de dégager une analyse de cette implantation afin d'émettre des recommandations mais aussi de vérifier si l'approche *Lean* représente une philosophie à privilégier pour introduire des changements afin d'améliorer la performance d'un établissement de santé au Québec.

### 3.5. DESCRIPTION DU PROGRAMME MINISTÉRIEL *LEAN* IMPLANTÉ À L'HSFA ÉVALUÉ DANS LE CADRE DE CETTE RECHERCHE

#### 3.5.1. LE *LEAN* AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Pour l'établissement étudié, plusieurs initiatives *Lean* avaient déjà été menées dans différentes installations du CHU de Québec-Université Laval depuis 2007 (Annexe 1). Cependant, ces initiatives étaient réalisées de façon non concertées et les responsables des projets étaient accompagnés par des firmes de consultants externes à l'établissement. En 2011, une équipe spécialisée en gestion de projets (projets de développement et de révision de processus) fût mandatée par la direction générale pour réaliser le programme ministériel d'implantation de l'approche *Lean* au CHU de Québec-Université Laval. Ce programme fût initié à la demande du ministre Yves Bolduc en 2011 auprès de trois établissements de santé au Québec.

#### 3.5.2. LES RESSOURCES AU CHU DE QUÉBEC-UNIVERSITÉ LAVAL

Le programme d'implantation de l'approche *Lean* au CHU de Québec-Université Laval fût assigné à l'automne 2011 à la Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie des processus, de la performance et de la prévention des infections (DEQIPP). Un total de trois agents *Lean* aidés d'un conseiller cadre spécialisé en développement organisationnel et d'un conseiller en communication furent assignés au projet. Le tout orchestré par un gestionnaire de projet, adjoint à la DEQIPP. À noter qu'au cours de l'année 2012, une fusion hospitalière modifie l'organigramme organisationnel et la DEQIPP prend le nom de la Direction de l'évaluation, de la qualité, de la planification stratégique (DEQPS). L'unité de la performance est transférée à la direction des finances du CHU de Québec-Université Laval et l'unité de prévention et contrôle des infections à la direction des soins infirmiers (DSI). Cependant, cette fusion n'a amené aucun changement dans l'équipe de projet assignée au programme. L'équipe de projet fût complétée par l'assignation d'une conseillère cadre spécialisée en développement organisationnel et d'un agent de communication. La première ressource appartenant à la direction des ressources humaines, de la transformation et du développement des personnes (DRHDPT) et la seconde ressource de la direction des communications et du rayonnement (DCR) du CHU de Québec-Université Laval.

### 3.5.3. LA GOUVERNANCE DU PROJET MINISTÉRIEL LEAN

Dès le début de la planification du projet, deux entités de gestion furent créées pour définir les orientations et assurer le suivi du projet. Le comité directeur, composé des directeurs de l'établissement, d'un membre de l'Agence de santé et des services sociaux, d'un membre du MSSS, du chargé de projet d'établissement, a comme mandat d'assurer la réalisation du projet et de déterminer les critères de sélection des projets qui seront réalisés à l'intérieur du projet d'implantation de l'approche *Lean*. Les rencontres de ce comité étaient une fois à tous les 2 mois.

Le comité tactique pour sa part avait comme mandat d'assurer le bon déroulement des projets, de résoudre les problèmes liés à l'implantation de ces derniers et de choisir les projets en fonction des critères définis par le comité directeur de projet. Ce comité était composé des membres exécutifs des quatre organisations syndicales, de gestionnaires, de médecins, d'un représentant des ressources humaines, d'un représentant des communications et des responsables attirés de la DEQIPP. Les rencontres de ce comité étaient réalisées sur une base mensuelle.

### 3.5.4. LA SÉLECTION DES PROJETS

La sélection des projets pour ce programme de 3 ans a été effectuée par le comité tactique à l'aide des critères définis par le comité directeur. Les projets étaient soumis par les directeurs au comité tactique pour la sélection en utilisant une fiche de qualification. Les projets étaient par la suite sélectionnés en fonction du ratio des critères de bénéfices sur les critères d'efforts. Un total de 3 rondes de sélection ont été réalisées afin de choisir les projets du programme proposé par le MSSS. Le premier projet fût sélectionné par la firme externe soutenant le programme afin d'en faire un projet vitrine. Le tableau 10 présente les critères définis par le comité directeur pour la sélection des projets. Chacun des critères de cette grille était évalué selon une cote de 9, 3 ou 1 afin de qualifier le projet. Le projet présentant le ratio bénéfice/effort le plus élevé était priorisé sur les autres demandes.

Tableau 10 : Critères de sélection des projets définis par la direction

BÉNÉFICES	EFFORTS
Impact sur les délais, l'attente et l'accessibilité	Délai (implantation et atteinte des résultats)
Impact sur l'environnement (lieu physique, propreté...)	Effort en termes de ressources
Amélioration de l'efficacité (productivité, coût, efficacité)	Emprise sur le projet/résultats
Service d'excellence (expérience patient)	Coûts (autres que les ressources humaines)
Impact sur la qualité de vie au travail	Risque (complexité, média, résistance prévisible)

### 3.5.5. PRÉSENTATION DES PROJETS

Le programme a débuté par la sélection du projet vitrine. Ce projet était considéré comme la pierre d'assise du programme. Par la suite, une sélection de projets s'est fait à 3 reprises afin de déterminer les projets composant les vagues de déploiement. Le choix du projet vitrine s'est effectué en octobre 2011, la première ronde de sélection en mai 2012, la seconde en octobre 2012 et la dernière en mai 2013. Le tableau 11 présente les projets choisis pour le programme ministériel *Lean* déployé à l'HSFA en fonction des rondes de sélection.

Tableau 11 : Projets du programme ministériel *Lean* HSFA

Projets du programme ministériel <i>Lean</i> HSFA	Vague	Spécialité	Secteur de l'HSFA
Optimisation du processus per-opérateur du bloc opératoire	Projet vitrine	Bloc opératoire	A3
Optimisation du processus anté-partum aux îlots parents-enfants	Vague 1	Obstétrique	A4
Optimisation des processus de l'unité de chirurgie A6-Est	Vague 1	Chirurgie	A6-Est
Optimisation du processus à l'urgence ambulatoire	Vague 1	Urgence	A0
Optimisation du processus de planification chirurgicale	Vague 2	Chirurgie	C3
Optimisation des processus de l'unité de courte durée en gériatrie	Vague 2	Gériatrie	B7
Optimisation des processus de l'unité de chirurgie B6	Vague 3	Chirurgie	B6
Optimisation des processus l'unité de cardiologie et médecine interne	Vague 3	Cardiologie	A5
Optimisation de la trajectoire post-partum aux îlots parents-enfants	Vague 3	Obstétrique	B4
Optimisation des processus de retraitement des dispositifs médicaux	Vague 3	Péri-opératoire	A0

La figure 9 présente les échéanciers prévus et réels. Des retards dans chacune des vagues de projets ont été observés lorsque comparés à la planification initiale. Ces retards ont été principalement causés par des plans d'action très lourds émergeant des ateliers *Kaizen* et par l'implantation de solutions demandant des changements majeurs au niveau de l'organisation du travail impactant l'ensemble des intervenants du secteur. En exemple, les changements concernant les routines de travail sur les 3 quarts de travail ont été plus complexes que prévu à implanter que d'autres solutions plus simples à appliquer (5S dans des corridors sur l'unité de soin). Un autre facteur ayant affecté les échéanciers a été la fusion administrative entre le CHUQ et le CHA en juillet 2012. Cependant, malgré ces facteurs, le plan global demandé par le MSSS a été respecté autant pour les budgets alloués que les échéanciers exigés. La fin du programme était prévue pour juillet 2014 et le suivi du programme s'est étendu jusqu'en juillet 2015.

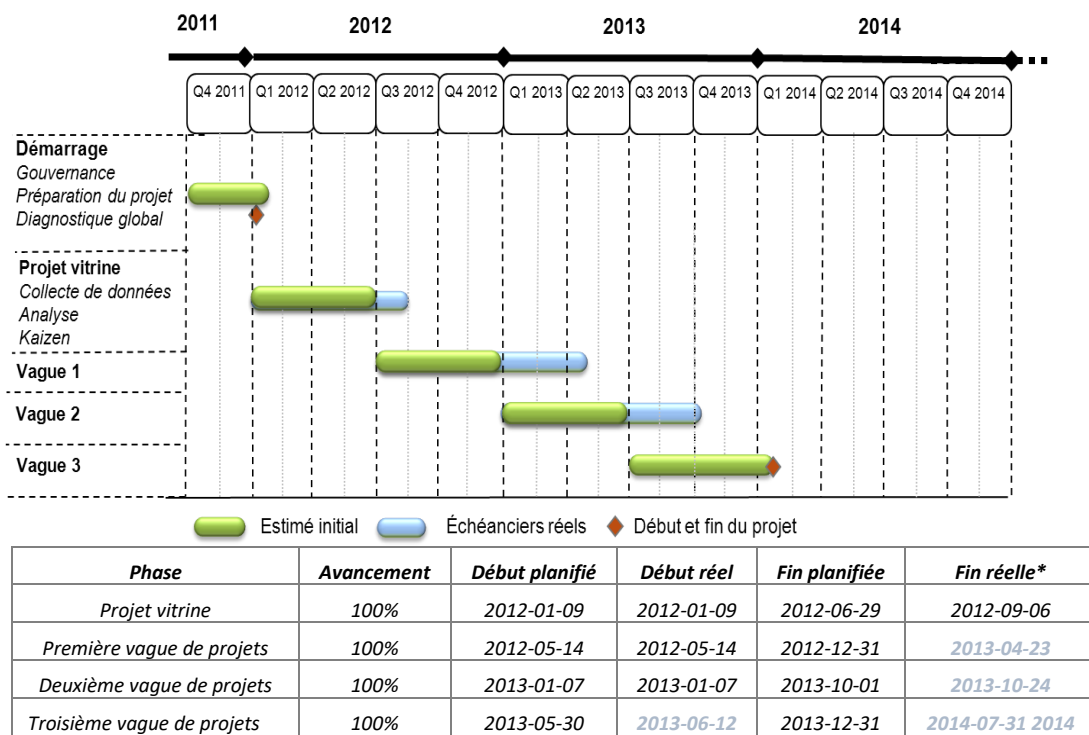


Figure 9: Échéanciers planifiés et réels pour le programme

La réalisation des projets constitue l'élément clé de ce programme. Cependant, une structure de réalisation de projets a été mise en place pour arriver à réaliser ces projets. La figure 10 présente l'ensemble des livrables réalisés et des entités mises en place afin de réaliser ce programme. Cette figure présente les éléments de projets, les actions menées en communication ainsi qu'en gestion du changement.

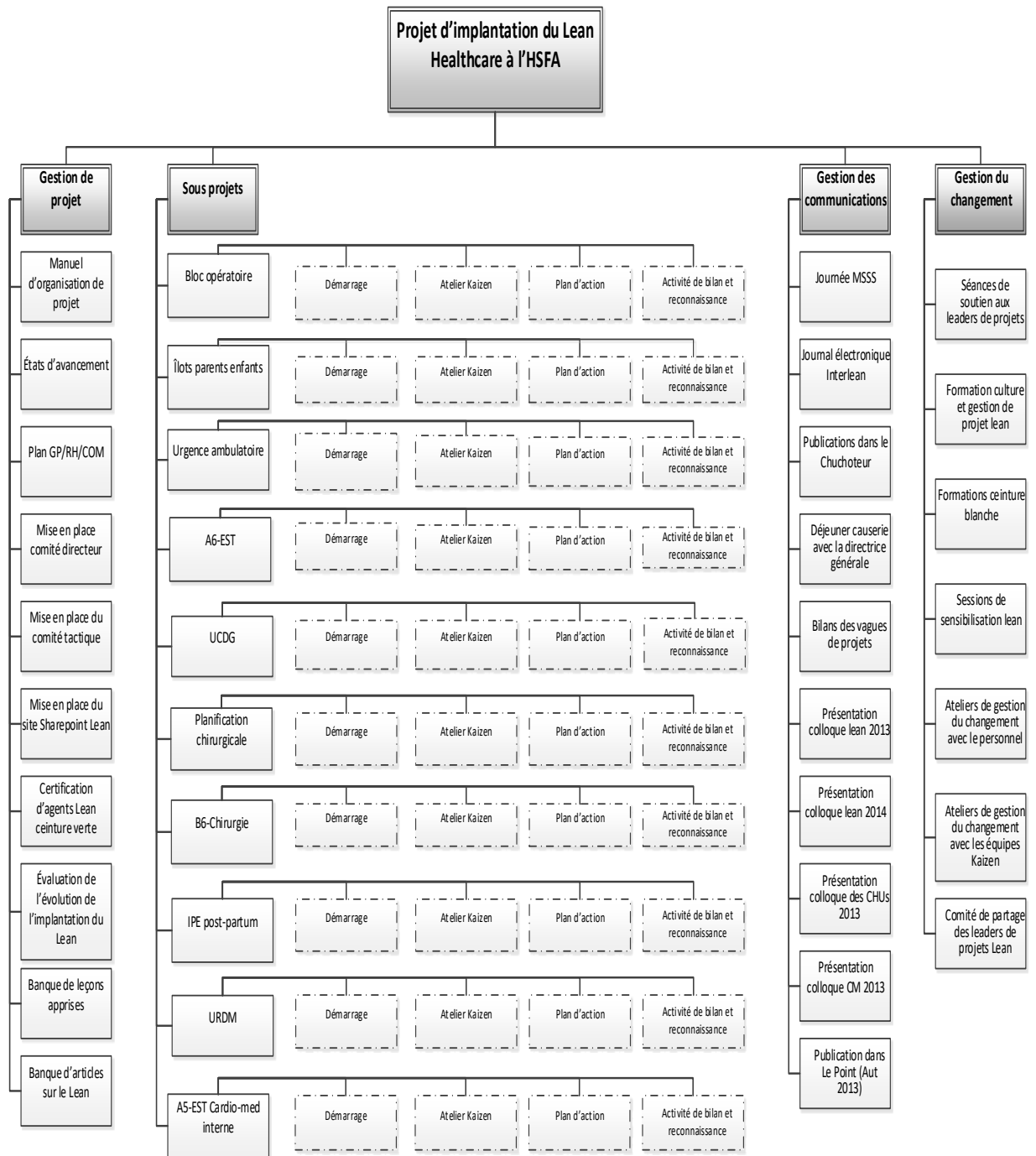


Figure 10: Structure de découpage pour le programme



### 3.5.6. LE MODÈLE DE GESTION DU CHANGEMENT APPLIQUÉ POUR LE PROGRAMME

Bien que selon Dickson (Dickson *et al.*, 2012), le *Lean* est un moyen d'intégrer un changement au sein de l'organisation, l'équipe de projet s'est doté d'un modèle de gestion du changement adapté au cycle de projet DMAIC. Ce modèle est représenté à l'annexe 2. Le modèle s'assure d'intégrer les notions de communication, de formation et d'accompagnement tout le long du cycle DMAIC par le biais d'activités ciblées selon les phases.

### 3.5.7. LES PRINCIPALES SOLUTIONS

La démarche DMAIC se veut être une démarche structurée de résolution de problème. L'étape « Analyse-Innover » est un moment charnière de l'approche car c'est à ce moment où l'équipe élabore des solutions aux problèmes touchant leurs clients, le secteur, les employés ou la performance. Une fois les problèmes bien cernés avec les phases « Définir » et « Mesurer », l'équipe possède toute l'information nécessaire à l'analyse des problèmes et à l'identification des causes fondamentales. Les solutions sont ensuite élaborées comme contre-mesure à ces causes fondamentales qui alimentent la problématique. L'application de ces solutions devrait permettre d'atteindre les objectifs définis par l'équipe. Par la suite, un plan d'action est élaboré afin d'assurer le bon suivi de l'implantation des solutions. Pour chacune des solutions, des actions sont aussi mise en place pour assurer la bonne gestion du changement (formations, communications et accompagnement). En finale, la phase « Contrôler » permet d'évaluer si les solutions sont bien mise en place et respectées et d'évaluer si les objectifs de projet sont atteints. La figure 11 présente le schéma de la démarche DMAIC tel que décrite par Gimenes (2010).

Définir	Mesurer	Analyser	Innover/implanter	Contrôler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer la portée</li> <li>• Identifier les participants de l'atelier Kaizen</li> <li>• Établir les objectifs de projet</li> <li>• Définition de la problématique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir la situation actuelle</li> <li>• Mesure d'indicateurs de performance</li> <li>• Évaluation de la perception des clients</li> <li>• Évaluation de la perception des employés</li> <li>• Cartographie du processus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse des opportunités <i>lean</i></li> <li>• Identification des causes fondamentales engendrant la problématique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelier Kaizen</li> <li>• Définition des solutions</li> <li>• Planification des actions pour la mise en place des solutions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification de l'application des solutions</li> <li>• Mesure de l'impact des actions sur les indicateurs choisis</li> <li>• Ajustements</li> </ul>

Figure 11 : Méthodologie DMAIC (Gimenes, 2010)

Le tableau 12 présente les problématiques et les principales solutions mises en place par les équipes de travail pour chacun des secteurs impliqués dans le programme. À noter que les solutions proposées par les équipes sont en majorité en lien avec les concepts *Lean* présentés au chapitre 2 (standardisation, flux tiré, gestion visuelle, ingénierie simultanée, *kanban*, etc...). Le tableau 12 présente de façon générale les solutions du programme. Les solutions détaillées par secteur se retrouvent à l'annexe 3 de ce mémoire.

### 3.5.8. LES ÉQUIPES DE TRAVAIL

Pour chacun des projets, une équipe de travail fût créée afin de participer et de réaliser chacune des étapes du projet. Ces équipes étaient formées d'employés du secteur, des infirmières, des préposés aux bénéficiaires, de professionnels, de pharmaciens et de médecins. Le rôle de l'équipe était de s'impliquer dans les étapes du projet (DMAIC) mais surtout de faire connaître leur expérience face aux processus lors de la phase Mesurer, d'identifier les causes fondamentales des problématiques et des solutions potentielles lors de la phase Analyser-Innover pour finalement implanter les solutions dans leur milieu respectif. Le tout était encadré par un conseiller *Lean* rattaché au module d'amélioration continue de l'établissement. Le rôle de ce dernier était d'être le gardien de la démarche, de former l'équipe, d'encadrer l'équipe, d'animer les ateliers de travail et de soutenir le gestionnaire pour l'intégration de l'amélioration continue au sein de son secteur.

Tableau 12 : Projets du programme et principales solutions implantées

Principales problématiques vécues dans les secteurs	Principales solutions identifiées
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délais dans l'enchaînement des cas</li> <li>• Espace trop petit</li> <li>• Problématiques dans l'organisation du travail</li> <li>• Dérangements et arrêts fréquents en salle d'opération dus à un manque de matériel</li> <li>• Aucun standard pour les tâches</li> <li>• Rôles et responsabilités pas clairs</li> <li>• Beaucoup de déplacements sur l'unité</li> <li>• Recherche de matériel</li> <li>• Aménagements non-optimaux</li> <li>• Manque de fluidité dans les processus</li> <li>• Manque de fluidité dans les communications</li> <li>• Erreur dans la préparation des plateaux de chirurgie</li> <li>• Délais pour le traitement des patients</li> <li>• Changement de quart de travail ardu</li> <li>• Délais dans la prise en charge des patients</li> <li>• Recherche d'équipement</li> <li>• Pas d'entraide entre les intervenants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5S de la salle de réveil et salles d'opération</li> <li>• <i>Kanban</i> dans les armoires de fournitures</li> <li>• Révision de la procédure de nettoyage des salles d'opération pour les aides de service</li> <li>• Clarification des rôles et responsabilités</li> <li>• Application d'une procédure standard pour la préparation du prochain cas.</li> <li>• Aménagement 5S pour l'accueil et les chambres</li> <li>• Procédures standards de la prise en charge des clientes</li> <li>• Équipe dédiée à l'accueil des patients</li> <li>• Mise en place d'un flux tiré avec les patients arrivant du bloc opératoire</li> <li>• Gestion visuelle par tableau de communication sur l'unité et dans les chambres des patients</li> <li>• 5S dans les corridors pour épurer</li> <li>• Ajout de signalisation visuelle pour les patients</li> <li>• Ajout d'un tableau de gestion visuelle pour l'utilisation des salles de consultation</li> <li>• Implantation d'un outil de collecte de données interdisciplinaire pour les patients</li> <li>• Pro-activité des travailleurs sociaux dès l'arrivée des patients à l'urgence pour admettre les patients plus rapidement (flux tiré)</li> <li>• Implantation de rencontres éclair quotidiennes pour la revue des patients prioritaires à évaluer</li> <li>• Formation d'une triade de l'équipe de soins</li> <li>• Harmonisation des cotes d'autonomie pour tous les outils</li> <li>• 5S dans les salles de consultation et bureaux de travail</li> <li>• Instauration d'un double-casier pour la fourniture médicale</li> <li>• Gestion visuelle dans les chambres et sur l'unité</li> <li>• Implantation d'un outil de gestion de l'épisode de soin de chacun des patients</li> <li>• Création d'une enveloppe de départ pour assurer la fluidité</li> <li>• Organisation du travail en cellule de travail</li> <li>• Standardisation des rôles et responsabilités de chacun des intervenants</li> <li>• Implantation de caucus hebdomadaires pour la transmission d'information critique</li> <li>• Mise en place d'un suivi systématique des types d'erreurs</li> </ul>

## CHAPITRE 4 : LA METHODOLOGIE

Le chapitre 4 traitera de la méthodologie de recherche utilisée pour ce mémoire. Ce mémoire présente une étude multi-cas et multi-traits qui analyse sous quatre angles différents les effets et impacts de l'implantation de la philosophie *Lean* au sein du CHU de Québec-Université Laval. Le premier angle traite de la voix des employés évaluée sous la forme de sondages distribués avant et après la réalisation de leur projet *Lean* dans leur secteur respectif. Le second angle étudie de façon qualitative les effets et impacts du *Lean* par l'analyse des bilans de focus group fait dans chacun des secteurs ciblés par le programme. Le troisième angle présente également une analyse qualitative par l'examen d'un *focus group* réalisé auprès des gestionnaires cadres impliqués dans la démarche globale du programme. Le quatrième angle est pour sa part une analyse quantitative des impacts des projets sur la performance des secteurs impliqués dans ce programme.

### 4.1. POSITION ET BIAIS DU CHERCHEUR

La position du chercheur dans le cadre du programme était celle du chargé de projet responsable de la réalisation du programme. C'est donc une position où le chercheur fait partie intégrante des éléments qu'il observe. Il est important de noter que vu la nature du programme mis en place pour répondre à la question de recherche, le biais du chercheur n'a aucun impact sur la présente étude. En effet, le chercheur était chargé de la réalisation du programme et ce programme a été mis en place pour vérifier l'applicabilité de la philosophie *Lean* en milieu hospitalier. Le rôle de chargé de projet était de mettre en place les conditions propices à la bonne conduite du programme, de veiller à la bonne réalisation de ce dernier et de documenter les leçons apprises. En termes de positionnement, le chargé de projet du programme se rapproche du praticien-chercheur. Selon De Lavergne (2007), le praticien chercheur est un professionnel qui réalise sa recherche sur son terrain, dans son environnement afin de dégager des pistes de solutions pour mieux faire, améliorer son terrain et réorienter l'activité professionnelle.

## 4.2. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une approche méthodologique multi-cas et multi-traits où nous avons été en mesure d'évaluer un programme de 10 projets réalisés entre 2011 et 2015 au sein d'un même hôpital (HSFA) au CHU de Québec-Université Laval. La méthodologie d'étude a été choisie en fonction du design des projets réalisés en mode DMAIC pour la voix des employés, en fonction de la disponibilité des équipes de soins et des gestionnaires pour les *focus groups* et en fonction des données disponibles par les systèmes d'information de l'établissement en ce qui concerne le volet quantitatif. La triangulation de ces données qualitatives et quantitatives permet d'avoir un regard objectif sur les impacts du programme, sur la performance des processus, sur l'amélioration de l'organisation du travail dans les secteurs ciblés et finalement, sur comment les changements ont été vécus lors de l'implantation du programme en contexte hospitalier.

## 4.3. LES SONDAGES AUX EMPLOYÉS

Tous les projets du programme ont été réalisés en utilisant le phasage DMAIC. Dans ce mode de réalisation des projets, nous y retrouvons la phase « mesurer ». C'est dans cette phase que nous évaluons la perception des employés dans leur milieu de travail sous les angles des lieux physiques, de l'organisation du travail, de la fluidité de la communication, de l'état de l'amélioration continue et de l'expérience patient. Dans le cadre de cette recherche, nous avons évalué l'état de la situation auprès des employés à l'aide d'un sondage questionnant les employés sur différents aspects touchant leur milieu et organisation du travail mais aussi reliés à la philosophie *Lean*. Ce sondage couvre l'aspect physique du milieu, l'organisation du travail, l'amélioration continue et l'implication auprès des clients. Les questions ont été élaborées pour couvrir les notions de la philosophie *Lean*. Le milieu de travail organisé, une communication fluide, l'attention portée à la clientèle et une organisation du travail efficiente sont des éléments importants de la philosophie *Lean*. De plus, ce questionnaire a été vérifié par un expert du module d'évaluation de la direction de l'évaluation, de la qualité, de l'éthique, de la planification et des affaires juridiques au CHU de Québec- Université Laval et sert de base pour tous les projets *Lean* réalisés au CHU de Québec. Le tableau 13 présente les questions adressées dans ces sondages.

Tableau 13 : Questions adressées aux employés dans le cadre de la phase « mesurer »

N°	QUESTIONS
1	Les lieux physiques sont adéquats pour le personnel
2	Il y a un bon partage des tâches entre les différents titres d'emploi
3	Les rôles et fonctions de chacun sont bien définis
4	Les méthodes de travail sont standardisées (i.e fait de la même façon)
5	Nous sommes bien informés: nouveautés, nouvelles, procédures, informations diverses)
6	Mes supérieurs écoutent mes commentaires et en tiennent compte
7	Nous avons les outils de travail administratifs nécessaires pour faire le travail
8	Nous avons les outils et le matériel nécessaires pour faire le travail
9	Une formation adéquate est donnée pour accomplir mon travail
10	Les objectifs de gestion et de performance de l'unité sont clairs pour le personnel
11	Les employés du service attachent une grande importance à la satisfaction de la clientèle
12	Les lieux physiques sont adéquats pour la clientèle
13	La clientèle reçoit les soins requis au bon moment
14	La famille et les proches sont impliqués dans les soins de leurs parents, si tel est le cas
15	J'ai une réelle volonté d'améliorer les soins et les services de l'unité

L'échelle de réponse utilisée pour le sondage était la suivante : peu d'accord, un peu d'accord, d'accord et très d'accord étaient disponibles en termes de réponses aux employés. Les sondages pré et post-projet ont été distribués tout au long du programme en fonction de l'évolution de la réalisation des projets soit de novembre 2011 à juillet 2015 et ce, sur tous les quarts de travail (jour, soir, nuit) en format papier. La compilation des données s'est effectuée également au fur et à mesure de l'évolution des projets car les sondages faisaient partie intégrante de la phase « mesurer » de la démarche DMAIC. Le même sondage était distribué de la même façon approximativement 6 mois après la fermeture administrative du projet.

#### 4.4. LES FOCUS GROUPS AUX EMPLOYÉS

À la suite de la compilation des sondages post-projet, des *focus groups* ont été planifiés et organisés afin de comprendre de façon qualitative les impacts des projets *Lean* réalisés et de voir comment pérenniser les efforts accomplis dans chacun des secteurs. Les objectifs de ces rencontres étaient de dresser un bilan des améliorations, d'identifier les éléments à consolider à la suite des changements implantés et d'identifier des moyens pour assurer la durabilité des efforts d'amélioration. Un total de 10 *focus groups* ont été réalisés entre septembre et octobre 2015 et ce pour les équipes du quart de jour, de soir et de nuit. Chaque

rencontre était d'une durée d'une heure trente minutes (1:30). Les participants étaient des employés des secteurs ciblés présents sur une base volontaire. Les groupes étaient formés d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés, d'aides de service, de professionnels (ergothérapeutes, nutritionnistes, physiothérapeutes et travailleurs sociaux). Un total de 157 personnes ont participé aux séances de discussions et un total de 6 secteurs représentant 7 projets du programme ont été désignés pour la création des groupes. Il n'était pas possible pour les autres secteurs de participer à l'activité vu l'impossibilité de libérer du personnel. Cependant, il s'agit des mêmes secteurs ciblés que ceux identifiés pour les sondages. Deux animateurs étaient chargés de l'animation des *focus groups* soit le chargé de projet du programme *Lean* ainsi qu'une conseillère cadre spécialisée en développement organisationnel de la direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation (DRHDPT). Le plan d'animation standard utilisé pour chacun des *focus groups* comportait les questions suivantes (voir l'annexe 4 pour le plan d'animation):

1. Depuis le projet, quelles sont les principales améliorations observées?
2. Quels sont les changements qui ont les effets les plus positifs ?
3. Quels sont les effets indésirables?
4. Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus actuellement pour maintenir la rigueur dans les changements apportés?
5. Quels sont les outils ou les mécanismes à se donner pour poursuivre l'amélioration?

Les discussions ont été enregistrées et le verbatim a été recueilli sur le plan standard d'animation utilisé pour chacun des *focus groups*. L'information a ensuite été traitée par le chargé de projet du programme et la conseillère cadre spécialisée en développement organisationnel afin d'identifier les éléments essentiels des discussions.

#### 4.5. LE FOCUS GROUP POUR LES GESTIONNAIRES DE L'HSFA

En juin 2017, un *focus group* a été réalisé dans le but d'évaluer de façon qualitative si les objectifs du programme avaient été atteints, si la méthodologie est réellement appropriée pour amener un changement dans l'organisation, si les solutions élaborées dans le projet sont toujours pérennes après plus de 2 ans post-programme, quels ont été les bloquants

rencontrés et les éléments facilitants mis en place dans le cadre du programme. Un total de 11 questionnaires de l'HSFA étaient présents lors de ce focus group. Tous les secteurs touchés par le programme étaient représentés à l'exception de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.

Les questions adressées dans le cadre de ce focus group étaient les suivantes :

1. Est-ce que les objectifs du programme *Lean* initié par le MSSS pour l'HSFA ont été atteints ?
2. Quels ont été les éléments facilitant la réalisation des projets de vos secteurs?
3. Quels sont les éléments qui auraient facilité la réalisation des projets de vos secteurs?
4. Est-ce que vous constatez l'avantage d'appliquer la philosophie *Lean* dans vos milieux?
5. Avez-vous fait face à de la résistance de vos employés durant la réalisation des projets?
6. Est-ce que les solutions implantées tiennent toujours la route ? Sont-elles toujours en vigueur?
7. Est-ce que les solutions pourraient être exportées vers d'autres milieux similaires au vôtre ?
8. Est-ce que le *Lean* est une méthode à privilégier pour introduire des changements dans le milieu hospitalier?

Le verbatim a été recueilli sur un formulaire standard et analysé par le chargé de projet du programme. Les résultats se retrouvent au chapitre 6 de ce mémoire.

#### 4.6. LES RÉSULTATS QUANTITATIFS

Afin de compléter l'évaluation de l'impact de la réalisation du programme *Lean* à l'HSFA, deux approches ont été utilisées pour générer des données de façon quantitative. D'une part, nous avons mesuré, en cours de projet, des indicateurs propres à chacun des projets réalisés. Ces indicateurs étaient en réalité les objectifs que les différentes équipes de projet s'étaient fixés. Un minimum de 2 indicateurs de projet étaient suivis pour chacun d'entre eux. Le tableau 14 présente les indicateurs pour chacun des projets suivis dans le



cadre de ce programme. Ces indicateurs de performance adressent plusieurs aspects de la performance. Nous y retrouvons des indicateurs de productivité tels que le nombre de chirurgies et le nombre de patients prêts pour les chirurgies. Nous y retrouvons également des indicateurs qui touchent l'expérience patient au sein de l'hôpital. Par exemple, les durées moyennes de séjour, les délais moyens de prise en charge du patient par un médecin et les taux de séjour de 4 heures et moins expriment bien ces indicateurs. Pour le suivi de ces indicateurs, les temps de mesure allaient de la phase « mesurer » jusqu'à la fin de la phase « contrôler » de chacun des projets (DMAIC).

Tableau 14 : Indicateurs établis lors de la phase « mesurer »

Secteurs	Indicateur 1	Indicateur 2
<b>A5 Cardiologie</b>	Délais moyen de la demande de services professionnels	Délais moyen de prise en charge du patient des professionnels
<b>A6-EST Chirurgie</b>	Durée moyenne de séjour	Délais moyen entre le départ du patient et la disponibilité du lit
<b>B6 Chirurgie</b>	Durée moyenne de séjour	Durée moyenne de séjour (prothèse)
<b>B7 Unité de courte durée en gériatrie</b>	Durée moyenne de séjour	Délai moyen de prise en charge des professionnels
<b>A4-B4 Ilots parents-enfants</b>	Durée moyenne de séjour	Délai transfert de clientes vers le post-partum
<b>Urgence ambulatoire</b>	Taux de séjour de 4 heures et moins	% satisfaction du personnel à l'ambulatoire
<b>Bloc opératoire</b>	Nombre de chirurgies par an	Délais entre les cas
<b>Unité de retraitement des dispositifs médicaux</b>	Nombre d'erreur/Défaut/période	Temps de passage des instruments
<b>C3 planification chirurgicale</b>	Nombre de patients prêts pour les chirurgies nécessitant une hospitalisation	Nombre de patients prêts pour les opérations nécessitant une chirurgie d'un jour

D'autre part, nous avons analysé des données provenant de la direction de la performance clinique et organisationnelle afin de mesurer l'évolution d'indicateurs institutionnels qui sont représentatifs de la performance d'un centre hospitalier. Dans les indicateurs retenus, nous y retrouvons également les durées moyennes de séjour, la productivité chirurgicale mais aussi le nombre d'admissions annuelles et les heures travaillées. Ces indicateurs de performance sont suivis dans tous les centres hospitaliers et chacun d'entre eux est défini de façon standard au Québec par le MSSS afin d'assurer l'uniformité dans la comparaison inter établissement. Les indicateurs mesurés en 2010-2011

ont été comparés avec ceux de 2015-2016, ce qui correspond aux données pré-programme et post-programme.

## CHAPITRE 5 : ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

### 5.1. ANALYSE DES RÉSULTATS

La démarche de ce mémoire est d'analyser sous 4 angles différents l'impact de la réalisation du programme sur les employés, les gestionnaires, la performance des secteurs ainsi que de l'établissement. De plus, elle vise à décrire le type de transformation, à identifier les conditions de succès mises en place, à décrire la résistance au changement et à identifier les similitudes et différences avec le modèle de Dickson (2012) proposé. Au final, des conclusions et recommandations pourront être tirées à partir de la somme de ces analyses et de l'expérience vécue au CHU de Québec-Université Laval.

#### 5.1.2 TYPES DE TRANSFORMATION (RONDEAU, 2008)

L'implantation de la philosophie *Lean* au sein d'un établissement de santé est une transformation organisationnelle car elle met en place des assises pour initier des changements complexes qui serviront à améliorer l'efficacité de l'offre de services auprès des patients. Au chapitre 2 nous faisons référence aux types de transformation telles que décrites par Rondeau (2008). Il catégorise en 4 types les transformations organisationnelles; Le réaménagement, le réaligement, le renouvellement et de redéploiement. Le réaménagement mise sur des avancées technologiques pour faire des améliorations. Pour sa part, le réaligement est surtout lié aux correctifs organisationnels. Le redéploiement est pour sa part un repositionnement des processus d'affaires afin de faire face à la concurrence et au changement de comportement des clients. Le renouvellement quant à lui met l'accent sur les valeurs et la culture de l'établissement pour favoriser l'implication de chacun. Ce type de transformation vient principalement d'un constat qui met la lumière sur des pratiques organisationnelles déficientes pour desservir adéquatement les clients. Ce changement nécessite des efforts considérables afin de modifier la culture organisationnelle et de changer les façons de faire des différents acteurs. Il permet le développement de nouvelles habiletés ainsi que la mobilisation des acteurs afin d'atteindre le but visé. Le renouvellement des

pratiques implique un changement de culture s’inspirant des meilleures pratiques mondiales en partant d’un diagnostic d’inefficience.

Compte tenu de ces définitions conceptuelles et de l’analyse de la situation que nous pouvons faire au CHU de Québec-Université Laval, le changement apporté par l’implantation du *Lean Healthcare* au CHU de Québec-Université Laval s’apparente à la transformation dite de renouvellement. En effet, cette implantation demande l’implication de chacun, modifie les façons de faire actuelles et amène de nouvelles pratiques en partant d’un diagnostic d’inefficience.

### 5.1.3 LA MISE EN PLACE DES CONDITIONS DE SUCCÈS

Dans sa revue systématique, Pedersen (2011) identifia plusieurs facteurs de succès à considérer lors de l’implantation d’une culture *Lean* dans une organisation. Le tableau 15 présente de façon concrète les éléments qui ont été mis en place lors du déploiement. Ce tableau est suivi de quelques constats. Il est important de noter que le contexte du programme du CHU de Québec-Université Laval a été mis en place dès le départ du programme et de façon indépendante de l’étude de Pedersen. Le tableau 15 présente un comparatif qui permet d’apprécier que la stratégie du CHU comprenait la majorité des facteurs soulevés par Pedersen.

Tableau 15 : Facteurs de succès à considérer dans l'implantation d'une culture Lean et le contexte du programme (Pedersen, 2011)

Facteurs de succès	CHU de Québec-Université Laval
Ressources suffisantes (humaine et financière)	Oui
Engagement clair et soutien constant des directeurs aux équipes	Oui, par le comité directeur de projets et leur présence auprès des unités touchées par les projets
Mise en place d'une stratégie favorisant l'amélioration continue	Présente, opérée par le chargé de projet du programme et la conseillère en développement organisationnel
Projets en lien avec les orientations stratégiques	Le programme a été placé comme priorité annuelle au comité de direction tout au long du déploiement
Mobilisation importante des employés	Pas nécessairement présente dès le départ.
Urgence d'agir qui est présente	Pas présente pour certains secteurs
Très bonnes compétences en gestion du changement	Oui, des ressources spécialisées ont participé au projet
Présence d'agent de changement et équipe d'amélioration continue	Oui, une équipe interne de 3 personnes a été déployée pour assurer une présence constante auprès des équipes
Temps réaliste d'implantation	Non, tous les projets ont excédé le temps originellement planifié.
Formation <i>Lean</i> offerte	Oui, des formations ont été offertes aux employés et médecins de l'établissement. Plus de 1200 personnes ont été formées dans le programme
Responsables assignés pour les initiatives d'amélioration	Oui
Impacts significatifs visibles des projets <i>Lean</i>	Oui, et les résultats ont été communiqués dans le journal interne de l'établissement
Gestion intégrée et systémique	Oui
Transfert de connaissances	Oui, intra et extra établissement
Les départements reçoivent des gains provenant des bénéfices du <i>Lean</i> dans leur secteur respectif	Non, le système doit être revu pour y arriver
Communication efficace	Oui, une conseillère en communication était présente tout le long du parcours afin de suivre un plan de communication rigoureux et adapté.

L'analyse du projet démontre que les ressources financières étaient suffisantes pour la durée du programme. Le montant alloué par le MSSS a réussi à couvrir l'ensemble des dépenses budgétaires du programme. Les montants étaient dédiés à la libération du personnel et des médecins pour la mise en place des solutions trouvées dans le cadre des ateliers *Kaizen*. Cet aspect pourrait fort bien être important dans le cas où la haute direction ne trouve pas le moyen de financer les libérations afin d'assurer la poursuite du programme une fois le financement du programme épuisé. Ce programme a prouvé que les solutions trouvées par les équipes donnaient de bons résultats de performance. Cependant, puisque le budget d'opération alloué par le MSSS au CHU de Québec-université Laval est basé sur des données historiques, un secteur doublant sa performance en termes d'admissions de patients pourrait

se trouver en situation budgétaire précaire puisque le secteur utilisera de façon claire plus de médicaments, fournitures et matériel au cours de son année financière. Cependant, les gains touchant le patient sont indéniables si on regarde l'aspect de la diminution des délais d'attente ou de la diminution des durées moyennes de séjour.

Dès le départ du programme, nous avons eu un engagement ferme de la part de la haute direction. La majorité des directeurs se sont impliqués au sein du comité directeur de projet et en ce qui concerne les demandes de projet. La Présidente Directrice Générale s'est investie significativement dans le programme par des communiqués, des visites d'unités, dans la résolution de problèmes, allant jusqu'à revoir le mode de fonctionnement du comité de direction du CHU de Québec- Université Laval et inscrire le programme *Lean* dans les priorités annuelles de l'établissement tout au long du déploiement du programme.

L'urgence d'agir et la mobilisation du personnel ont été des éléments importants qui nous ont obligés à revoir nos stratégies d'intervention. Lorsque l'urgence d'agir est absente, l'innovation et le désir de changer n'est tout simplement pas au rendez-vous dans le cadre de cet exercice. Nous en avons la même lecture pour la mobilisation du personnel, lorsqu'elle n'était pas présente, nous avons dû revoir notre stratégie. Le *benchmarking* et l'évaluation du secteur par les patients et les partenaires de services ont permis de trouver une voie pour définir une urgence d'agir et de mobilisation du personnel.

Un élément fort du programme est la présence systématique de l'équipe dédiée au programme pour guider les équipes tout au long de la réalisation des projets. Cette équipe a permis d'orchestrer le programme en plus d'assurer la formation du personnel et d'accompagner les gestionnaires dans le cadre de ce changement. Aussi, elle a assuré le bon fonctionnement d'un mécanisme de pilotage crédible. Tous ces facteurs sont considérés par Pedersen (2011) et Rondeau (2008) comme étant un incontournable à mettre en place pour les changements majeurs.

#### 5.1.4 L'ANALYSE DES SONDAGES

Dans le cadre de la phase « mesurer » du DMAIC, des sondages ont été conçus pour évaluer la perception des employés sur leurs processus, leur environnement, l'organisation

de leur travail et leur souci pour les conditions des patients. Les sondages ont été distribués dans les secteurs ciblés par le programme avant la mise en place du projet et après sa réalisation et ce, pour tous les quarts de travail (jour, soir, nuit). Le sondage était distribué en format papier dans le secteur. Le tableau 16 présente l'évolution des résultats « d'accord » et « très d'accord » en fonction des secteurs où il a été possible d'effectuer la distribution la plus élevée.

Tableau 16 : Résultats des sondages distribués aux employés avant et après chacun des projets

Unité/secteur de l'HSFA	Évolution du % de favorables et de très favorables en fonction des questions																	
	A5 Cardiologie			A6-Est Orthopédie			B6 Orthopédie			B7 Unité courte durée gériatrie			IPE obstétrique			Urgence- Ambulatoire		
	47	15		37	17		25	19		25	15		91	58		53	29	
QUESTIONS	AVANT - PROJET	APRES - PROJET	TENDANCE	AVANT - PROJET	APRES - PROJET	TENDANCE	AVANT - PROJET	APRES - PROJET	TENDANCE	AVANT - PROJET	APRES - PROJET	TENDANCE	AVANT - PROJET	APRES - PROJET	TENDANCE	AVANT - PROJET	APRES - PROJET	TENDANCE
Les lieux physiques sont adéquats pour le personnel	72,0%	93,3%	↗	100,0%	70,6%	↘	74,0%	78,9%	↗	57,1%	73,3%	↗	50,0%	34,5%	↘	87,0%	90,0%	↗
Il y a un bon partage des tâches entre les différents titres d'emploi	51,0%	86,7%	↗	73,0%	82,4%	↗	56,0%	73,7%	↗	59,6%	66,7%	↗	81,8%	75,9%	↘	64,0%	100,0%	↗
Les rôles et fonctions de chacun sont bien définis	61,0%	93,3%	↗	54,0%	88,2%	↗	42,0%	89,5%	↗	62,0%	80,0%	↗	77,0%	74,1%	↘	51,0%	93,0%	↗
Les méthodes de travail sont standardisées (i.e fait de la même façon)	64,0%	93,3%	↗	92,0%	58,8%	↘	63,0%	52,6%	↘	68,9%	86,7%	↗	67,1%	56,9%	↘	36,0%	80,0%	↗
Nous sommes bien informés: nouveautés, nouvelles, procédures, informations diverses)	62,0%	73,3%	↗	62,0%	82,4%	↗	68,0%	78,9%	↗	73,3%	75,7%	↗	75,0%	67,2%	↘	56,0%	93,0%	↗
Mes supérieurs écoutent mes commentaires et en tiennent compte	63,0%	86,7%	↗	41,0%	76,5%	↗	72,0%	78,9%	↗	66,7%	93,3%	↗	86,2%	41,4%	↘	92,0%	93,0%	↗
Nous avons les outils de travail administratifs nécessaires	53,0%	86,7%	↗	78,0%	76,5%	↘	72,0%	73,7%	↗	71,4%	66,7%	↘	48,3%	50,0%	↗	69,0%	86,0%	↗
Nous avons les outils et le matériel nécessaires pour faire le travail	66,0%	73,3%	↗	53,0%	52,9%	↘	60,0%	68,4%	↗	70,0%	66,7%	↘	40,7%	43,1%	↗	78,0%	83,0%	↗
Une formation adéquate est donnée pour accomplir mon travail	53,0%	93,3%	↗	100,0%	82,4%	↘	92,0%	89,5%	↘	68,8%	93,3%	↗	89,8%	74,1%	↘	78,0%	96,0%	↗
Les objectifs de gestion et de performance de l'unité sont clairs pour le personnel	56,0%	93,3%	↗	51,0%	82,4%	↗	68,0%	84,2%	↗	81,6%	100,0%	↗	68,2%	77,6%	↗	64,0%	100,0%	↗
Les employés du service attachent une grande importance à la satisfaction de la clientèle	47,0%	93,3%	↗	41,0%	100,0%	↗	88,0%	89,5%	↗	77,1%	100,0%	↗	89,6%	97,7%	↗	78,0%	96,6%	↗
Les lieux physiques sont adéquats pour la clientèle	68,0%	93,3%	↗	70,0%	70,6%	↘	54,0%	57,9%	↗	84,4%	66,7%	↘	59,3%	31,0%	↘	94,0%	100,0%	↗
La clientèle reçoit les soins requis au bon moment	52,0%	100,0%	↗	70,0%	88,2%	↗	68,0%	84,2%	↗	83,7%	80,0%	↘	65,5%	82,7%	↗	63,0%	97,0%	↗
La famille et les proches sont impliqués dans les soins de leurs parents, si tel est le cas	81,0%	66,7%	↘	90,0%	94,1%	↗	54,0%	84,2%	↗	80,0%	98,0%	↗	60,0%	74,1%	↗	n/c	n/c	
J'ai une réelle volonté d'améliorer les soins et les services de l'unité	100,0%	86,7%	↘	43,0%	100,0%	↗	100,0%	94,7%	↘	85,4%	100,0%	↗	100,0%	86,2%	↘	100,0%	100,0%	→
Il y a un bon climat de travail au sein de mon secteur	6,5	7,8	↗	6,0	7,8	↗	6,8	7,2	↗	7,7	7,9	↗	7,5	6,0	↘	6,8	7,7	↗

L'analyse des sondages révèle des améliorations notables dans les secteurs ciblés notamment en ce qui concerne le climat de travail, les soins requis au moment requis et pour ce qui a trait à l'importance de la satisfaction de la clientèle pour les employés (voir les cellules du tableau 16 en vert). Cependant, nous pouvons noter que les solutions *Lean* n'ont pas eu d'impact significatif à l'égard de la satisfaction des employés en ce qui concerne les lieux physiques, la formation et la standardisation des outils de travail. Le secteur d'obstétrique présente le milieu où la perception de l'implantation du *Lean* est la moins favorable au sein de l'unité. Il est à noter que deux projets consécutifs ont été réalisés dans le même secteur ce qui peut avoir eu un effet négatif ressenti lors de la prise de mesure. Par contre, malgré cette perception, une amélioration notable des indicateurs de processus a été révélée (voir la section 6.5). Un total de 278 employés ont participé aux sondages d'avant-projet et un total de 153 employés ont participé aux sondages d'après projet. Ces derniers étaient distribués environ 6 mois après la clôture officielle du projet. Ceci était pour s'assurer que l'ensemble des solutions étaient appliquées. La raison étant de s'assurer que toutes les solutions identifiées par les équipes étaient mises en place afin de bien démarquer l'état initial (pré-projet) de l'état visé du secteur (post-projet).

#### 5.1.5 L'ANALYSE DES «*FOCUS GROUP*» EMPLOYÉS

Des rencontres ont été organisées avec les employés des secteurs touchés par les projets *lean*. Un total de 10 *focus groups* ont été réalisés entre septembre et octobre 2015 et ce pour les équipes du quart de jour, de soir et de nuit. Chaque rencontre était d'une durée d'une heure trente minutes (1:30). Le but était de comprendre quels étaient les constats, ce qui avait bien fonctionné et ce qui était à améliorer pour assurer la pérennité de l'approche *Lean* en milieu hospitalier. Le tableau 17 présente les constats de ces focus groups. Le portrait global se trouvant en annexe (voir l'annexe 5).

Tableau 17 : Constats des focus group réalisés avec les employés de chacun des secteurs

Questions	Principaux constats des secteurs
Quelles ont été les principales améliorations?	Mise en place de <i>scrums</i> hebdomadaires Mise en place de tableaux de gestion visuelle Épuration des milieux par les 5S Mise en place de rencontres éclairs quotidiennes pour aligner les opérations cliniques.
Quels sont les changements positifs?	Meilleure gestion des admissions et des départs Meilleure coordination des équipes Meilleure distribution des tâches entre les quarts Meilleur accès à l'information des patients Communication améliorée Rôles et processus plus clairs
Quels sont les effets indésirables ?	Manque de rigueur dans le maintien des solutions Les principales solutions sont destinées au quart de jour Différence marquée des processus entre les quarts Implication médicale difficile Libération du personnel difficile pour l'implantation des solutions L'augmentation de la performance diminue les durées moyennes de séjour mais augmente les volumes d'admissions.
Préoccupations pour le maintien de l'approche <i>lean</i> ?	Communiquer davantage sur les quarts de soir et de nuit Faire des <i>kaizen</i> spécifiques aux quarts de soir et de nuit Adresser les processus des équipes non cliniques Former les médecins et les résidents en médecine S'assurer de la présence de l'équipe interne <i>Lean</i>
Quels sont les mécanismes à mettre en place pour assurer l'amélioration continue ?	Maintien des <i>scrums</i> hebdomadaires Réattribuer les gains des améliorations aux équipes Standardisation des solutions à l'ensemble des hôpitaux du CHU Assigner un responsable de l'amélioration continue sur les unités Célébrer l'accomplissement de «bons coups»

Les principaux constats de ces rencontres de discussions sont les suivants : Dans tous les secteurs, l'ensemble des solutions mises en place dans les projets apportent des effets positifs sur la performance et l'organisation du travail du secteur. Elles amènent une meilleure efficacité des opérations cliniques. Cependant, nous observons des effets indésirables et des préoccupations communes à tous les secteurs pour ces solutions. En effet, le manque de rigueur dans l'application des solutions ainsi que les différences de fonctionnement entre les différents quarts de travail (jour/soir/nuit) sont des obstacles soulevés pour l'ensemble des groupes de discussion. Il y a un consensus général qui indique que les solutions sont appropriées mais l'application de ces dernières semble difficile. Parmi les opportunités pour améliorer la démarche, nous y retrouvons le maintien des *scrums* hebdomadaires, offrir une



formation aux médecins, aux résidents et aux équipes volantes ainsi que de migrer du mode projet vers l'amélioration continue au quotidien.

#### 5.1.6 L'ANALYSE DES RÉSULTATS DE PERFORMANCE

À la vue des résultats obtenus des sondages *pré* et *post* projets ainsi qu'aux constats des groupes de discussions, l'implantation de la philosophie *Lean* au sein des secteurs de l'HSFA a permis d'améliorer la perception des employés envers leur milieu et leur organisation du travail mais a aussi mis en lumière les limites et les obstacles rencontrés notamment par le manque de constance de l'application des solutions, l'implication médicale et la différence de fonctionnement entre les quarts de jour, de soir et de nuit.

La section suivante présente les indicateurs suivis pour chacun des secteurs ciblés. Ces indicateurs étaient sélectionnés par le directeur du secteur et par l'agent *Lean* attribué au projet dans le cadre de la phase « Définir » et « Mesurer » du DMAIC donnant ainsi à l'équipe de projet une cible à atteindre pour l'amélioration du secteur lors de la définition des solutions. Pour chacun des secteurs, un ou plusieurs indicateurs étaient choisis. Le tableau 18 montre l'évolution de ces indicateurs en fonction de la réalisation des projets. Il est important de noter que les résultats de ces indicateurs varient dans le temps et la prise de la mesure au temps 1 s'est faite 6 mois d'élaboration des solutions. La raison étant qu'il fallait être certain que les solutions aient été implantées et utilisées par le personnel de façon constante afin d'en apprécier l'effet.

Tableau 18 : Évolution des indicateurs de projets

Secteurs	Indicateur 1	Indicateurs 1			indicateur 2	Indicateurs 2			indicateur 3	Indicateurs 3		
		T=0	T=1	Écart		T=0	T=1	Écart		T=0	T=1	Écart
A5 Cardiologie	Délais moyen de la demande de services professionnels (heures)	220	100	54,5%	Délai moyen de prise en charge des professionnels (heures)	100	50	50,0%				
A6-Est Orthopédie	Durée moyenne de séjour (jours)	6	5	16,7%	Délai moyen entre le départ du patient et la disponibilité du lit (min)	125	100	20,0%				
B6 Orthopédie	Durée moyenne de séjour fracture (jours)	22,5	14,5	35,6%	Durée moyenne de séjour prothèse (jours)	6,4	4,5	29,7%	Délai de prise en charge des physiothérapeutes (jours)	2,4	1,6	33,3%
B7 Unité courte durée gériatrie	Durée moyenne de séjour (jours)	23	18	21,7%	Délai moyen de prise en charge des professionnels (heures)	120	48	60,0%				
A4-B4 IPE obstétrique	Durée moyenne de séjour à l'urgence obstétricale (heures)	02:15	01:39	26,7%	Délai transfert de clientes vers le post-partum (min)	30	19	36,7%	% temps supplémentaire (%)	8,7	3,4	61,0%
Urgence- Ambulatoire	taux de séjour de 4 heures et moins (%)	53	52	1,9%	% satisfaction du personnel à l'ambulatoire (%)	64	78	21,9%	% de patients ayant quitté avant prise en charge (%)	26	20	23,1%
Bloc opératoire	nombre de chirurgies/an (nb de cas)*	8391	8711	3,8%	Délai intercas (min)	19	12	36,8%	% d'utilisation des salles (%)	42	56	33,3%
Unité de retraitement des dispositifs médicaux	Nombre d'erreurs/de défauts par période	12	7	41,7%	Temps de passage des instruments (heures)	05:11	04:25	14,8%				
C3-Planification chirurgicale	Nombre de patients prêts pour les opérations nécessitant une hospitalisation	42	120	185,7%	Nombre de patients prêts pour les opérations nécessitant une chirurgie d'un jour	60	200	233,3%				

\*excluant l'obstétrique (les accouchements ont été transférés à un autre secteur que le bloc opératoire)

Le tableau précédent illustre bien les améliorations notées suite à l'application des solutions émergeant des équipes de travail *Kaizen*. Cependant, nous nous devons garder une réserve sur ces résultats puisqu'ils demeurent variables dans le temps et que certains de ces derniers sont pris de façon manuelle. Par contre, la majorité d'entre eux présentent une forte tendance à l'amélioration surtout pour ce qui est de la diminution des délais, de l'augmentation de la productivité et de la qualité. Il faut également noter qu'il n'est pas possible d'attribuer l'amélioration seulement et exclusivement aux initiatives *Lean* développées dans les projets. Nous ne pouvons isoler les effets du *Lean* des autres projets ou initiatives d'amélioration réalisées au même moment dans l'établissement. Cependant, nous pouvons affirmer que les initiatives *Lean* développées dans le cadre du programme contribuent à l'amélioration de la performance des secteurs.

### 5.1.7 L'ANALYSE DU FOCUS GROUP GESTIONNAIRES

Un *focus group* a été réalisé avec les gestionnaires de l'HSFA. Un total de 11 gestionnaires représentant les secteurs ciblés par le programme ont été rencontrés en juin 2017 afin de porter une évaluation qualitative du programme *Lean*, de déterminer les obstacles et éléments facilitants du déploiement et de comprendre si le *Lean* peut effectivement être une démarche à utiliser comme gestionnaire pour intégrer un changement. Le tableau 19 présente une synthèse de ces constats.

Tableau 19: Constats du focus group des gestionnaires de l'HSFA

Questions	Principaux constats des secteurs
Est-ce que les objectifs du programme ont été atteints ?	Le programme a démontré que le <i>Lean</i> fonctionne en milieu hospitalier Les résultats obtenus sont très positifs Les réflexes d'amélioration dans les équipes sont présents Les processus de proximité ont été grandement améliorés
Quels ont été les éléments facilitant l'implantation ?	Les formations L'équipe de projet <i>Lean</i> dédiée Le soutien réel des directeurs et de la direction générale Le soutien administratif pour l'implantation des solutions La mise en place de rencontres hebdomadaires Les budgets de libération du personnel La mise en place d'une structure de gouverne
Quels sont les éléments qui auraient facilité l'implantation dans vos secteurs ?	Épuration des grands chantiers pour éviter des changements concomitants Augmenter la présence du gestionnaire et de l'équipe <i>Lean</i> lors de l'implantation des solutions phares Différencier les processus des quarts de jour, de soir et de nuit Être plus sensible à la cadence organisationnelle Former le plus de monde possible incluant les médecins et résidents
Est-ce que vous constatez l'avantage d'appliquer la philosophie en milieu hospitalier ?	Les gestionnaires ont réussi à intégrer la philosophie Il faut accepter que les solutions évoluent Il faut de façon permanente chercher l'engagement du personnel Il faut aller plus loin et intégrer la démarche dans tous les projets Les solutions les plus fortes tiennent toujours la route
Est-ce que le <i>Lean</i> est une méthodologie à utiliser par les gestionnaires pour introduire des changements dans son secteur ?	Oui mais ça prend la connaissance pour le faire Il faut s'assurer d'accompagner le gestionnaire dans ce périple Il faut que tous les gestionnaires soient formés et expérimentés pour en apprécier le plein potentiel.

### 5.1.8 L'ANALYSE DES RÉSULTATS GLOBAUX DE L'HÔPITAL

L'application du *Lean* dans le réseau de la santé et des services sociaux et plus spécifiquement dans le cadre d'un établissement fonctionne et peut être une méthodologie à privilégier par les gestionnaires pour favoriser et implanter des changements améliorant l'efficacité des opérations du fonctionnement des secteurs hospitaliers. Lorsque nous parlons de l'efficacité des opérations de l'hôpital, nous référons aux principaux indicateurs reconnus par le MSSS qui doivent être suivis de façon périodique par l'établissement par souci de saine gestion hospitalière. Il est important de noter ici que ces résultats sont indépendants du chercheur et produits par la direction de la performance du CHU de Québec-Université Laval. Le tableau 20 dresse une liste de ces indicateurs et de la mesure de l'écart entre 2010 et 2016 pour chacun d'entre eux.

Tableau 20: Comparaison des indicateurs de performance hospitalière à l'HSFA

<b>Indicateurs de la direction de la performance clinique et organisationnelle</b>	<b>2010-2011</b>	<b>2015-2016</b>	<b>Écart</b>
% de chirurgies reportées (%)	6,9%	4,9%	-28,9%
Séjour moyen sur civière à l'urgence (heures)	23,4	20,0	-14,5%
Durée moyenne de séjour hospitalisation (jours)	7,2	6,2	-13,8%
Durée moyenne de séjour à l'urgence pour les patients de 75 ans et plus sur civière (heures)	32,8	26,8	-18,3%
Durée moyenne de séjour à l'urgence pour les patients de 75 ans et plus ambulatoire (heures)	5,0	4,8	-4,0%
Nombre de chirurgies au bloc opératoire	12314	12981	5,4%
% de patients qui quittent avant la prise en charge à l'urgence ambulatoire (%)	29,9	21,0	-29,8%
Heures travaillées par cas pondéré au bloc opératoire (heures)	8,51	8,0	-5,9%
Nombre d'admissions à l'hôpital HSFA	21075	23290	10,5%
Heures travaillées dans l'ensemble de l'HSFA (heures)	100810	99386	-1,4%

Ces indicateurs de gestion hospitalière présentent de nettes améliorations en ce qui concerne les secteurs les plus névralgiques de l'hôpital soit l'urgence ainsi que le bloc opératoire mais aussi en ce qui concerne le fonctionnement de l'hôpital de façon plus globale. Au niveau de l'amélioration de la situation pour les patients, nous notons une baisse marquée de l'attente à l'urgence, du nombre de jours d'hospitalisation ainsi que du nombre de reports des chirurgies planifiées. En termes de productivité, nous notons aussi une augmentation marquée du volume des chirurgies réalisées ainsi qu'une augmentation des admissions à l'hôpital et ce, malgré le maintien du même nombre d'heures travaillées dans l'ensemble de l'hôpital. Encore une fois, il n'est pas possible d'isoler l'effet du *Lean* de toutes les initiatives réalisées au sein de l'hôpital. Néanmoins, les résultats corroborent ceux obtenus lors de la mesure des indicateurs des projets et proviennent d'une instance neutre (direction de la performance clinique et organisationnelle) utilisant des données disponibles dans leur système.

Au domaine des craintes exprimées dans la mise en place de ce type d'initiatives, nous y retrouvons l'idée que le *Lean* est en fait de faire plus avec moins. Les indicateurs de projet et ceux plus institutionnels montrent que le volume de productivité augmente mais avec les mêmes efforts et jours présences. Il serait donc tentant de répondre à la première prémisse que le *Lean* permet simplement de faire mieux avec les ressources que l'établissement a sous la main. Mais qu'en est-il de l'humain ? Est-ce que les améliorations se sont réalisées au détriment des ressources ? Est-ce que les ressources impliquées dans les initiatives *Lean* ont changé de secteurs ? Est-ce que nous pouvons noter des indices d'épuisement suite à ces améliorations ? L'analyse des indicateurs suivants peut contribuer à amener une réponse à ces questions. Le tableau 21 présente les indicateurs portant sur le temps supplémentaire, le taux de roulement du personnel, le ratio d'assurance salaire (congé de maladies) ainsi que le taux de recours à la main d'œuvre indépendante.

Tableau 21 : Comparaison des indicateurs de ressources humaines à l'HSFA

Indicateurs des ressources humaines (HSFA)	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	Écart 2011 2014
Temps supplémentaire (%)	4,98	3,39	3,05	2,74	-45,0%
Ratio d'assurance salaire (%)	8,06	7,27	5,64	6,00	-25,6%
Taux de roulement (%)	12,29	10,72	9,72	7,76	-36,9%
Recours à la main d'œuvre indépendante (%)	1,97	1,40	1,40	1,34	-32,0%

Le tableau 21 nous montre une baisse marquée dans l'ensemble des indicateurs de suivis des ressources humaines. Les résultats en ce qui concerne le temps supplémentaire et le recours à la main-d'œuvre indépendante montrent que malgré les admissions et de volumes chirurgicaux, nous avons de moins en moins d'heures supplémentaires inscrites aux registres. Aussi, nous notons des baisses des taux de roulement, les ratios d'assurance salaire ainsi que le recours à la main d'œuvre indépendante. Ces paramètres sont très importants pour assurer une stabilité dans l'organisation. Encore une fois, bien qu'il ne soit pas possible d'isoler l'effet des initiatives *Lean* des autres initiatives d'amélioration dans l'établissement, nous pouvons quand même présumer que le *Lean* n'a pas eu d'effet négatif sur les paramètres importants gérés par la direction des ressources humaines. Les données étudiées proviennent des bases de données de la direction des ressources humaines, du développement des personnes et de la transformation.

La mesure des impacts du programme ministériel *Lean* à l'HSFA s'est effectuée de 3 façons dans le cadre de cette étude multi-cas. Dans un premier temps, nous avons mesuré la perception des employés face à leur milieu de travail à l'aide de sondages avant et après les différents projets du programme. Par la suite, des *focus groups* ont été organisés pour en savoir davantage sur l'impact des changements, les effets des améliorations et la viabilité des solutions travaillées. De façon quantitative, des indicateurs de projets et d'établissement ont été mesurés afin de voir l'impact des solutions sur les indicateurs définis. Finalement, une vérification des paramètres de gestion des ressources humaines s'est avérée nécessaire afin de voir l'impact humain de cette transformation qui s'opère au CHU de Québec-Université Laval malgré la hausse de la performance. À la vue de ces différentes mesures

d'impact, nous pouvons constater que de façon générale le *Lean* a permis de contribuer à l'amélioration des secteurs et de façon plus indirecte à l'amélioration des indicateurs institutionnels de l'hôpital. Et tout cela sans avoir d'impact négatif marqué sur les indicateurs principaux des ressources humaines tels que le temps supplémentaire, l'assurance salaire, le taux de roulement et le recours à la main d'œuvre indépendante.

### 5.1.9 LE MODÈLE DE DICKSON

Le modèle choisi pour la gestion du changement dans le cadre de ce mémoire est le modèle établi par Dickson (2012). Même si la démarche du CHU de Québec-Université Laval était déjà construite depuis décembre 2011, le cadre de référence résumé dans la présente section est très similaire. En rappel voici les dimensions clés de ce modèle de gestion du changement.

- **La préparation au changement**

La dimension de la préparation au changement est celle où le gestionnaire se doit d'être sensible au changement à venir, le comprendre et préparer le changement à effectuer.

- **L'implantation du changement**

La dimension de l'implantation du changement est celle où le gestionnaire prend des actions concrètes dans la réalisation du changement. Il s'investit dans les initiatives de changements comme l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité et de l'efficience (le *Lean* fait partie des outils utilisés dans cette catégorie).

- **Le déploiement du changement**

La dimension du déploiement du changement décrit les outils utilisés pour implanter les changements dans d'autres systèmes complexes et imposants comme les communautés, les régions, les provinces et les pays.

- **La pérennité des changements**

La dimension de la pérennité des changements comprend les outils et les approches pour s'assurer que les changements initiaux sont évalués et ajustés en fonction de l'expérience acquise dans le temps.

Le tableau 22 présente les stratégies et tactiques employées dans la gestion du changement venant soutenir l'implantation du programme au CHU de Québec-Université Laval et le parallèle avec le modèle de Dickson (2012).

En analysant le modèle de Dickson, les éléments mis en place dans le cadre de la démarche de déploiement du *Lean* à l'HSFA et ses résultats obtenus, nous pouvons constater que le modèle proposé par Dickson fonctionne dans le contexte d'une transformation dite de renouvellement (Rondeau, 2008). Cependant, l'expérience du CHU de Québec-Université Laval nous renseigne sur des leçons apprises concernant deux dimensions importantes du modèle de Dickson. D'une part, dans la dimension « Préparation au changement », nous avons observé que l'évaluation de la capacité de changer n'a pas été évaluée pour les secteurs touchés. Ce qui a mené à des difficultés de mobilisation des équipes. Une évaluation plus holistique du secteur aurait dû être faite. Une évaluation plus complète comprenant des aspects humains (griefs, taux de roulement, mode de gestion, mode de communication, relation entre les quarts de travail...) aurait dû être faite pour améliorer la démarche. D'autre part, dans la dimension « déploiement du changement », il faut porter une attention particulière lorsqu'il s'agit de l'approche *Lean*. Le *focus group* des gestionnaires a mis en lumière le fait que même s'il paraît évident qu'une solution s'applique à un autre secteur similaire, il faut s'assurer de ne pas imposer la solution mais de faire cheminer les employés vers cette dernière. La contamination par les pairs, la communication des bons résultats seraient une méthode à privilégier plutôt qu'un déploiement imposé à la grandeur de l'établissement.



Tableau 22 : Liens entre le cadre de référence de Dickson et la démarche de gestion du changement utilisée dans le cadre de l'implantation du programme Lean (Dickson, 2012)

Cadre de référence de Dickson (2012)	Démarche de gestion de changement CHU de Québec-Université Laval en cohérence avec le modèle de Dickson (2012)
1. La préparation au changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une structure de gouvernance claire</li> <li>• Analyse des parties prenantes impliquées dans le changement</li> <li>• Analyse de risques impliqués dans le changement</li> <li>• Présentation du programme aux directeurs et gestionnaires</li> <li>• Formation d'une équipe interne de soutien au programme</li> <li>• Formation générale <i>lean</i> aux directeurs, gestionnaires et employés</li> <li>• Mise en place d'un plan de gestion du changement (Annexe 2)</li> <li>• Actions de communication directes aux employés</li> <li>• Évaluation de la perception du personnel face à la situation actuelle (pré-projet).</li> <li>• Diagnostic <i>Lean</i> de l'HSFA</li> <li>• Mesure des indicateurs de processus (l'état initial)</li> </ul>
2. L'implantation du changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en marche de la démarche structurée</li> <li>• Réalisation du projet <i>lean</i> selon les phases DMAIC</li> <li>• Formations spécifiques aux employés du secteur touché par le programme</li> <li>• Accompagnement des équipes par l'équipe de soutien au programme</li> <li>• Suivi des indicateurs pour évaluer l'impact des changements</li> </ul>
3. Le déploiement du changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien des autres initiatives <i>Lean</i> par les responsables du programme dans l'ensemble de l'HSFA</li> <li>• Sensibilisation aux solutions trouvées par les équipes <i>Kaizen</i></li> <li>• Formations aux employés</li> <li>• Séances de communication directe aux employés</li> <li>• Communication des résultats dans le journal interne et au comité de direction</li> <li>• Mise en place de <i>Gemba</i> des directeurs pour visiter les unités touchées</li> </ul>
4. La pérennité du changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de la perception du personnel face au changement post-projet par la voie de sondages</li> <li>• Évaluation de la perception du personnel face aux changements post-projet par la voie de <i>focus group</i></li> <li>• Évaluation de l'impact des changements sur les processus par la mesure d'indicateurs</li> <li>• Identification des éléments d'ajustement pour permettre la pérennité des changements et le passage du mode projet en amélioration continue.</li> </ul>

## 5.2. RECOMMANDATIONS SUR L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE *LEAN* DANS UN CONTEXTE HOSPITALIER AU QUÉBEC

L'analyse de l'expérimentation de l'implantation de l'approche *Lean* au CHU de Québec-Université Laval a permis de dégager des recommandations pour faciliter l'adhérence de ce changement important dans l'organisation. Le chapitre 7 fait état des recommandations tirées de l'expérience selon le point de vue du praticien chercheur.

### 5.2.1. L'ORGANISATION DU DÉPLOIEMENT

Le programme du déploiement de la philosophie *Lean* au CHU de Québec-Université Laval a été géré selon les bonnes pratiques en gestion de programme et de projets. Une structure de gouvernance claire a été établie, l'analyse de risques et de parties prenantes ont été suivies et une structure bien définie de réalisation de projet a été mise en place pour la gestion de l'ensemble des projets du programme avec la méthodologie DMAIC. Vu la réussite du programme, nous pouvons mentionner que la gestion de projet classique peut être utilisée comme façon de déployer un changement important tel que le *Lean*. Cette réussite étant définie par la réalisation des 10 projets du programme, dans les temps souhaités et avec le budget octroyé. En ce qui concerne la gouvernance, nous avons vu migrer la gouvernance exclusive au programme vers les comités officiels décideurs de l'établissement. Il s'agit d'une évolution souhaitée car au-delà de la gestion du programme, il faut arriver à intégrer la philosophie au sein même de la haute direction et des différentes directions de l'établissement. Le *Lean* se veut être une philosophie où tous les paliers de l'organisation œuvrent dans le même sens. C'est-à-dire, améliorer les processus par une méthodologie de résolution de problème structurée, rendre visuel l'environnement de gestion, standardiser les protocoles et les opérations hospitalières, utiliser les indicateurs et le *gemba* pour prendre de meilleures décisions de gestion et impliquer tous les employés dans la démarche. L'idée est de ne pas seulement faire des projets parsemés dans les différents secteurs de l'établissement mais d'agir de façon concertée là où les processus sont les plus déficients afin d'améliorer la trajectoire complète des patients.

En ce qui concerne l'organisation du déploiement, il ne faut pas négliger que l'équipe de programme, composée d'un chargé de projet, d'une conseillère en développement organisationnel et d'une conseillère en communication, a été le modèle de gestion utilisé pour ce programme. La philosophie *Lean* est une philosophie où l'humain est très important comme le montre le modèle de Liker (2008). Par conséquent, une équipe multidisciplinaire arrive à résoudre les situations complexes en utilisant leurs compétences complémentaires en gestion de projet, gestion du changement et en communication. Le plan maître du projet a été lui-même élaboré pour intégrer ces 3 disciplines. Selon l'expérimentation vécue, cette stratégie a été bénéfique dans le succès de l'implantation.

### 5.2.2. LA FORMATION

La philosophie *Lean* s'enseigne par la sensibilisation, la formation et l'expérimentation. Une organisation désirant l'implanter doit considérer cet aspect et cet investissement. D'une part, il est très important de former une masse critique de gens (incluant la haute direction et les exécutifs syndicaux) par le biais de formations ludiques et adaptées à la réalité de l'établissement. Ces formations permettent aux gens impliqués de comprendre les fondements et leur application (Toussaint, 2010). Cependant, dans la stratégie de déploiement, nous avons observé des avantages à lier ces formations à des projets concrets rapidement afin de concrétiser l'apprentissage et de permettre aux participants d'identifier des solutions inspirées des concepts *Lean*. Donc, de ne pas former l'ensemble de l'établissement d'emblée mais de former les employés en lien avec les projets du programme. Un total de 5 formations différentes ont émergé du programme *Lean* soit la formation ceinture blanche (introduction au *Lean healthcare*), la formation ceinture verte, la formation ceinture jaune, l'amélioration continue au quotidien et l'animation de caucus efficaces. Ces formations ont permis de démystifier le *Lean*, de voir que les concepts *Lean* s'appliquent très bien au système de santé, de générer une masse critique d'agents de changement dans les secteurs et de développer des gestionnaires capable de réaliser des projets *Lean* complets avec leurs équipes comme le principe de contamination exprimé par Rondeau (2008). Ce qui crée une augmentation de la capacité de l'organisation à réaliser des projets *Lean* et

transforme l'équipe interne *Lean* en équipe qui réalise des projets et qui accompagne également des gestionnaires. Le tableau 23 illustre les différentes formations créées par le CHU de Québec-Université Laval pour soutenir le programme *Lean*.

Tableau 23: Formations soutenant le programme Lean au CHU de Québec-Université Laval

	Introduction au lean healthcare	Habilitation au système de gestion	Ceinture verte	Amélioration continue	Animation de caucus efficaces
Durée	1 jour	2 jours	8 jours	3hres	3hres
Public	Participant à un projet LEAN	Gestionnaires ou agents de changement	Gestionnaires ou agents de changement	Tout personnel	Tout personnel
Conditions de réussite	Attestation de participation	Attestation de participation	Examen Projet Certification	N/AP	N/AP
Contenu	-Initiation à la philosophie et concepts LEAN -Simulation	-Outils du gestionnaire et initiation au LEAN	- DMAIIC détaillé - Activités de développement	- Rôle, l'amélioration continue et résolution de problèmes	- Caucus/Scrum et habileté de communication
Nombre de personnes formées au CHU (approx 15%)	1268	125	60	662	272

### 5.2.3. COMMUNICATION

Un programme d'une telle ampleur nécessite une communication constante. Cette communication doit se faire vers tous les paliers de l'organisation et qu'elle soit bi-directionnelle. C'est à dire d'avoir de véritables échanges entre les différentes parties prenantes du programme et non seulement diffuser de l'information. Le plan de communication élaboré pour le programme contenait des actions de communication traditionnelles comme l'envoi de mémos, dépôt de documents sur l'intranet de l'établissement et des séances de formation. Aussi, pour bonifier ce plan de communication, des actions de communications « riches » (Collerette, 2003) comme des rencontres éclairs (*scrums*) avec les employés, des rencontres de bilans en grands groupes et des rencontres individuelles avec les gestionnaires et les employés de l'établissement ont été mis en place. Une communication riche est une communication qui permet des réajustements réciproques

et une interaction directe avec les destinataires du changement. Selon Collerette (2003), plus le changement est de grande ampleur, plus le plan de communication devrait contenir des communications riches. Une recommandation serait de miser sur des moyens de communication riches mais aussi d'intégrer à ces communications les parties prenantes importantes et ce, dès le début du programme.

#### 5.2.4. L'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES DU PROGRAMME

Un facteur favorisant la réussite de ce programme a été l'identification, l'analyse et les actions menant à l'implication des parties prenantes du programme. La section suivante présente les leçons apprises tirées de cet aspect.

##### 5.2.4.1. IMPLICATION DE LA HAUTE DIRECTION

La haute direction a été impliquée dès les étapes initiales de la mise en place du programme. Un comité directeur a été formé avant la mise en œuvre des premiers projets. Le comité était composé de la Présidente directrice générale, des directions de programmes clientèles, de la direction des services techniques, de la direction des services multidisciplinaires, de la direction des finances, de la direction des communications, de la direction des ressources humaines et de la direction des services professionnels. Le rôle de ce comité était principalement de déterminer les critères de sélection des projets du programme, d'approuver la vision du déploiement et de résoudre les problèmes rencontrés par le comité tactique et les équipes de projets. Un autre élément d'implication a été l'assignation des directeurs demandant des projets à titre de «promoteur». Cette assignation responsabilise le directeur et l'implique dans toutes les étapes du DMAIC. Le directeur doit élaborer et entériner la fiche de projet (fiche A4), doit choisir les indicateurs de projet, doit appuyer les solutions émergentes des ateliers *Kaizen* et libérer des ressources pour l'implantation de ces solutions. Pour arriver à assumer ce rôle, les directeurs sont formés au *Lean* par la formation de base sur le *Lean healthcare* et la formation sur la gestion *Lean*. En parallèle, un programme de *gemba* est mis en place pour l'ensemble de la direction. Ce programme invitait les directeurs à aller à la rencontre de patients et des employés sur les unités de soins et ce, à toutes les semaines. Le but de ce programme était que la direction

puisse se rapprocher des équipes terrain, de les encourager, d'apprécier l'expérience patient, de faire émerger les idées d'amélioration. Un retour sur les observations faites dans le cadre des *gemba* était planifié au comité de direction. Avec l'analyse de l'expérience du programme, nous croyons que ces actions ont mené à une meilleure compréhension du *Lean* par la direction et d'apprécier les résultats qui peuvent être obtenus à l'aide de cette philosophie.

#### 5.2.4.2. IMPLICATION DU PERSONNEL

Le personnel a été impliqué dans le projet à plusieurs niveaux. Le personnel a été impliqué dans tous les projets du programme. Cette implication s'est réalisée par la participation aux ateliers *Kaizen*, aux formations *Lean*, aux *scrums* et à des *focus groups*. Malgré les opportunités d'implications, des séances de sensibilisation auraient pu être dispensées auprès d'un public plus large et sur les 3 quarts de travail d'emblée au lieu de viser surtout les secteurs impliqués dans le programme.

#### 5.2.4.3. IMPLICATION DES SYNDICATS

Les syndicats ont été intégrés dès le départ au sein du comité tactique dans la gouvernance du projet. Ce comité était responsable de la sélection des projets à réaliser dans le programme. De plus, tous les membres de l'exécutif des quatre syndicats ont été formés à la formation d'introduction au *Lean healthcare*. Cette intégration au programme en amont a été très bénéfique pour le projet. En effet, ceci a mené à un partenariat avec les syndicats car ils étaient impliqués activement dans les décisions du programme et non seulement informés de l'avancement de ce dernier. Ceci s'effectuait par leur présence au sein du comité tactique du programme. De plus, un canal de communication privilégié établi dès le départ avec le gestionnaire du programme a permis de travailler rapidement et de façon proactive sur les préoccupations des instances syndicales et de leurs membres.

#### 5.2.4.4. IMPLICATION DES MÉDECINS

À l’instar des employés, les médecins ont été intégrés dans le programme par le biais de leur implication dans les projets du programme comme participants. Aussi, des représentants des chefs médicaux ont été intégrés dans la gouvernance de projet par le biais du comité tactique. Leur présence était essentielle pour la mise en place de changement dans les processus cliniques. Étant donné la nature de leur statut au sein de l’hôpital (travailleurs autonomes), le programme prévoyait une rémunération pour leur participation aux projets. Comme ils ont un rôle critique dans la prestation de soin et de la trajectoire des patients, ces derniers doivent faire partie intégrante des projets *Lean*. Une préoccupation importante pourrait survenir lorsque les montants octroyés par le MSSS afin de favoriser l’implication médicale seront épuisés. Ceci pourrait décourager l’implication des instances médicales dans les projets.

#### 5.2.4.5. IMPLICATION DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

Les patients et leurs proches ont été intégrés dans le programme dans tous les projets où c’était possible. Leur implication était surtout lors de la phase « mesurer » du DMAIC ainsi que dans le cadre des ateliers *Kaizen*. Dans la phase « mesurer », des sondages étaient distribués aux patients et des entrevues étaient réalisées afin de capter l’expérience patient vécue dans les unités ciblées par les projets du programme. En ce qui concerne les ateliers *Kaizen*, les patients étaient intégrés lors de discussions liées aux exercices d’identification des problèmes. Leur présence fût importante afin de toujours centrer les problématiques et les solutions autour de l’expérience patient, ce qui est en cohérence avec la philosophie *Lean*. L’intégration des patients ou de leurs proches dans les projets est essentielle. Une recommandation serait d’intégrer des patients lors de la sélection des projets du programme. Une autre alternative serait d’intégrer les membres du comité des usagers de l’établissement de santé lors de la sélection des projets du programme.

### 5.2.5. LES PROJETS LEAN

Pour les projets *Lean*, nous avons réalisé que le mode DMAIC fonctionnait pour la mise en place de ce type de projet. La démarche est participative et utilise une méthodologie rigoureuse pour la résolution de problèmes. Cependant, quelques éléments doivent être soulignés dans cette partie. En premier lieu, il s'est avéré important pour les équipes de travail de moduler les solutions en fonction du quart de travail. Les trois quarts de travail ne fonctionnent pas de la même façon dans les unités de soins. Par conséquent, des solutions s'appliquant très bien au quart de travail de jour ne peuvent pas nécessairement s'étendre aux quarts de soir et de nuit.

En deuxième lieu, il s'est avéré important de tenir compte de la réalité des « équipes volantes » et des « résidents » dans la compréhension des solutions. Ces deux entités sont des entités qui travaillent sur tous les étages de l'hôpital. Par conséquent, des solutions trouvées dans l'unité de chirurgie ne sont pas nécessairement applicables ou appliquées à l'unité de cardiologie. Ces faits amènent différentes façons de travailler au sein d'un même établissement selon la réalité de chacune des unités. La recommandation ici serait de s'assurer de bien communiquer les solutions auprès de ces instances et de contaminer les unités par la diffusion des solutions ayant apportées le plus de bénéfices. De cette façon, les unités pourraient s'inspirer les unes les autres sans l'obligation de l'application d'une standardisation à outrance des solutions trouvées. Cette recommandation peut s'adresser également aux équipes de soutien telles que les services d'hygiène et de salubrité. Ces équipes œuvrent sur l'ensemble des secteurs de l'hôpital.

En troisième lieu, nous avons remarqué que les 3 vagues de projets ont accusé du retard dans leur réalisation mais qu'en somme, le programme est resté dans les délais fixés par le MSSS lors de l'attribution du programme et des budgets. En examinant de plus près, nous avons constaté que les solutions émergentes des ateliers étaient mal caractérisées en ce qui a trait à l'envergure et à l'effort à y mettre pour leur mise en place. Contrairement à la gestion de projet traditionnelle, les livrables des projets *Lean* sont inconnus jusqu'à la fin de la phase « Innover » du DMAIC, ce qui peut complexifier l'évaluation de la planification des travaux. Une recommandation serait de mieux évaluer les efforts requis des solutions et de même diminuer l'envergure et le nombre de solutions des ateliers *Kaizen* en imposant des règles



sur les durées de l'implantation. Une solution à implanter dans le cadre du projet ne devrait pas dépasser 8 à 10 semaines pour sa réalisation. Idéalement, les solutions dont la durée d'implantation serait supérieure devraient être mises de côté par l'équipe.

En quatrième lieu, il est important de noter que le programme bénéficiait d'un soutien monétaire de la part du MSSS permettant la libération des ressources pour l'implantation des solutions. Comme le programme était destiné à implanter la philosophie *Lean* et que celle-ci se veut être une démarche d'amélioration continue, il devient très important pour l'organisation de trouver des éléments incitatifs pour permettre aux équipes de poursuivre l'implantation de la philosophie une fois le budget du MSSS épuisé. L'organisation se doit de trouver des solutions pérennes pour financer ces libérations afin de capitaliser sur la mobilisation du personnel. Cette recommandation n'est pas simple à appliquer puisque le financement de l'établissement n'est pas octroyé par rapport à la productivité (à l'exception du financement au bloc opératoire) mais bien sur une base historique. Cette situation peut avoir comme effet de voir une unité de soins diminuer de moitié la durée moyenne de séjour de ses patients mais de voir ses dépenses en fournitures et médicaments augmentées vu l'accroissement important du nombre d'admissions découlant d'une meilleure gestion de l'épisode de soins par l'équipe ayant appliqué les concepts *Lean*. L'application de la philosophie peut devenir moins attrayante si d'une part nous augmentons significativement la productivité d'une unité mais que d'autre part, l'unité se retrouve en situation budgétaire précaire dû à un financement basé sur son historique.

#### 5.2.6. L'ÉQUIPE DÉDIÉE

La présence d'une équipe dédiée au programme d'implantation de la philosophie *Lean* a été bénéfique pour la réalisation de ce dernier. L'équipe permet d'incarner la référence pour le personnel de l'établissement. Cette équipe devient la mémoire organisationnelle du programme et aussi le gardien de la démarche. De plus, elle peut servir à orienter la poursuite du programme pour les années à venir. En plus de ces éléments, l'équipe interne permet d'aller au-delà des projets et peut catalyser le développement d'un programme plus global d'implantation du *Lean* au sein de l'établissement. Ce programme inclu des formations, la réalisation de projets, de l'accompagnement de gestionnaires et une vigie sur les innovations

dans le domaine. De plus, la mise en place de ce type d'équipe dans un établissement est souhaitable pour plusieurs raisons. Premièrement, elle permet de soutenir les gestionnaires et les médecins en ayant pleine conscience de la réalité dans laquelle ces parties prenantes évoluent. Deuxièmement, elle permet d'avoir une approche beaucoup plus holistique des interventions en comparaison à la prise en charge d'une firme externe à l'établissement où les intervenants sont parfois peu familiers avec le milieu hospitalier. Troisièmement, il y a un avantage indéniable d'avoir une équipe dédiée pour assurer le respect de la philosophie, le maintien du savoir par l'apport des leçons apprises et la recherche d'innovations dans le domaine.

### 5.2.7. LIMITES DE LA RECHERCHE

Il est important de noter qu'il est très difficile, voire impossible, d'isoler les effets de la réalisation du programme de toutes autres initiatives de l'hôpital pour améliorer sa performance. Cependant, nous demeurons confiants qu'avec le croisement des données obtenues, l'implantation de la philosophie *Lean* a une empreinte positive sur l'organisation du travail, la perception des employés face à leur environnement et sur la performance de l'établissement. Il est aussi évident que le modèle de Dickson est, à quelques nuances près en ce qui concerne le *Lean*, un modèle à utiliser pour les gestionnaires afin d'intégrer des changements dans un établissement de santé. Cependant, à la suite des *focus groups* nous réalisons que le gestionnaire doit quand même être accompagné par une équipe interne experte pouvant le guider dans la démarche, sensibiliser et former les employés pour favoriser la compréhension de la philosophie *Lean* et de ses outils. Finalement, une autre limite présentée pour ce programme est que des fonds étaient disponibles pour l'assignation des équipes médicales au programme. Ceci a favorisé leur implication mais a aussi orienté la sélection des projets du programme. La majorité des projets (9/10) sont des projets de nature clinique. C'est-à-dire, des projets où les processus touchant les patients sont revus (L'URDM étant un secteur de stérilisation d'instruments destinés aux soins). Le *Lean* pourrait être implanté également dans les secteurs de soutien expert tel que les services techniques, logistiques et de technologies de l'information.

### 5.3. PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES

Trois éléments peuvent découler de ce mémoire pour des pistes d'études futures. Dans un premier temps, il serait intéressant d'améliorer les phases « mesurer » afin d'avoir des projets qui pourraient venir bonifier la littérature scientifique sur les effets du *Lean* dans le milieu de la santé. Un des aspects communs des lectures faites dans le cadre de ce mémoire était le manque de données probantes sur les effets du *Lean*. Dans un second temps, une étude comparative pourrait être réalisée entre un secteur ou un établissement ayant intégré la philosophie *Lean* dans son fonctionnement et un autre similaire n'ayant pas expérimenté la démarche afin de comparer plus précisément l'effet du *Lean*. Dans un troisième temps, les résultats nous amènent à penser que l'implantation de la philosophie *Lean* au sein d'un milieu augmente la capacité à changer de ce milieu pour des changements futurs. Une étude spécifique sur ce thème pourrait être réalisée afin de mieux caractériser cet effet.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette étude longitudinale a été réalisée en utilisant quatre angles de perspective afin de voir l'impact de l'implantation de la philosophie *Lean* en milieu hospitalier. Les sondages pré et post projets, les *focus groups* employés et gestionnaires ainsi que l'analyse des données de performance hospitalière appuient l'hypothèse que le *Lean* a des effets positifs sur le fonctionnement de l'hôpital, sur la productivité et sur l'organisation du travail. Du point de vue des gestionnaires, le *Lean* est un bon vecteur pour intégrer des changements dans une équipe. Les solutions, lorsqu'elles sont bien appliquées, fonctionnent très bien. La difficulté réside principalement dans le maintien de la rigueur et de l'implication des équipes médicales. Par conséquent, cette implantation a également ses limites. Pour assurer la pérennité, il est primordial que le *Lean* soit intégré dans les habitudes de gestion à tous les paliers de l'organisation. Comme le présente la figure 6, les outils, la démarche de résolution de problème et les principes fondamentaux ont été appliqués dans le programme. La suite, pour assurer la pérennité, serait d'intégrer le tout dans les habitudes de gestion des cadres en exercice.

Pour assurer le succès de l'implantation, nous rejoignons les recommandations de Pedersen mentionnant qu'il faut avoir une équipe dédiée, de bonnes compétences en gestion du changement, une démarche claire et une formation *Lean* offerte aux employés afin qu'ils se retrouvent dans la démarche. En addition à leurs recommandations et suite à notre expérience, nous pouvons ajouter que l'implication des syndicats a été un élément facilitant la réalisation du programme. Du côté des projets, une meilleure définition des solutions en termes d'effort requis aurait permis de mieux définir les échéanciers des projets du programme.

Le présent mémoire voulait évaluer sous plusieurs perspectives la viabilité et l'impact des projets *Lean* en milieu hospitalier. D'après les résultats obtenus, nous pouvons conclure que cette philosophie est tout à fait applicable à la réalité hospitalière. De plus, l'agencement de la philosophie *Lean* avec la méthodologie de gestion de projets démontre des résultats probants. Notamment en ce qui concerne la réussite d'un programme de cette nature tant et

aussi longtemps que la communication, la gestion du changement, l'implication des intervenants et la méthodologie rigoureuse de gestion sont au cœur du déploiement.

En tant que chercheur praticien, j'ai eu la chance d'observer l'évolution des secteurs et des gens au travers de l'implantation de ce programme et de les voir se transformer. Cette transformation m'amène à mesurer l'ampleur de ce que plusieurs auteurs mentionnent : cette implantation n'est pas une finalité mais un voyage sans fin sur la voie de l'amélioration continue et du développement des personnes. Selon moi, les effets vont au-delà du programme et créent une synergie de collaboration entre les gestionnaires. Un établissement ne devrait pas ignorer le fait que de soutenir un tel programme est une implication à long terme profitable, non seulement pour l'amélioration des processus menant à une performance supérieure mais également à une meilleure cohésion et collaboration entre les gestionnaires et les équipes de travail.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Liste des projets *Lean* réalisés avant 2011 au CHU de Québec-Université Laval

2007 Optimisation des processus de Pharmacie à l'hôpital de l'Enfant Jésus

2008 Optimisation des processus de laboratoires au CHUL

2009 Révisions des processus à l'urgence à l'hôpital de l'Enfant Jésus

2009 Révisions des processus à l'urgence à l'hôpital Saint-Sacrement

2009 Révision des processus à l'unité d'ophtalmologie de l'hôpital Saint-Sacrement

2010 Révision des processus à l'urgence civière à l'HSFA

2010 Révision du circuit du médicament au Centre hospitalier universitaire de Québec

Annexe 2 : Plan de la démarche DMAIC et de gestion du changement

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
DÉFINIR	1	Rencontre stratégique de démarrage du projet	Agent Lean <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoteur<sup>2</sup></li> <li>• Leader<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre en groupe restreint</li> <li>• Power Point</li> <li>• Fiche de qualification</li> </ul> <p>Consulter le coffre à outils pour définir les meilleurs moyens de communication</p>	<p>À la suite du comité de direction lorsque le choix du projet est arrêté</p> <p>En post-lean : le comité directeur l'équipe de GIPP prendra le relais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir la raison d'être du projet, la faisabilité, les étapes à venir, l'échéancier</li> <li>▪ Clarifier les rôles de chacun (direction, chef, agent Lean), les attentes respectives, l'implication opérationnelle, le soutien offert (direction, DCOM, DRHDC)</li> <li>▪ Établir la composition préliminaire du groupe de travail représentatif</li> <li>▪ Analyser les risques/parties prenantes</li> <li>▪ Soutenir le leader pour planifier la capacité de remplacement du personnel (liste de rappel)</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique et opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier les enjeux et les zones sensibles (messages)</li> <li>▪ Identifier les préoccupations et adapter la stratégie de communication</li> <li>▪ Convenir de la stratégie de dévoilement et des dates                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Maintenir l'embargo sur l'information jusqu'au dévoilement</li> </ul> </li> <li>▪ Identifier les actions de communication et les publics-cibles</li> <li>▪ Définir les messages (grandes lignes) et désigner les porte-parole</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	2	Annonce du projet	Porte-parole choisi en fonction de l'impact désiré Participation : Directeur de projet Promoteur Leader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe du secteur désigné</li> <li>• Gestionnaires HSFA</li> <li>• Directeurs</li> <li>• Partenaires internes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tournée ou rencontre debout (scrum) sur les lieux de travail du secteur désigné</li> <li>• Durée – 10 à 15 minutes</li> </ul>	Tôt le matin, quand il est possible de rassembler un grand nombre de personnes Répéter l'activité, au besoin, pour joindre le plus grand nombre de personnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer les équipes concernées par le projet : portée du projet, échéances, contribution des employés, équipe médicale et autres secteurs, besoins imminents de consultation</li> <li>▪ Mobiliser les équipes pour obtenir leur participation au projet</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours partisan (motivation)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transmettre l'information <u>en primeur</u> aux personnes concernées</li> <li>▪ S'assurer de la représentativité de tous les corps d'emplois ou autres</li> <li>▪ Répondre aux interrogations</li> <li>▪ Poursuivre par une information en cascade auprès des autres publics internes</li> </ul> </li> </ul>



DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
				<ul style="list-style-type: none"> <li>•Gestionnaires HSFA</li> <li>•Autres gestionnaires CHUQ</li> <li>•Directeurs</li> <li>•Partenaires internes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre auditorium Roger-Brault (45 minutes)</li> </ul>	Milieu AM	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer le personnel cadre de l'HSFA, les partenaires qui sont parties prenantes du projet</li> <li>▪ Préciser les attentes envers les cadres (rôle de relayeurs d'information auprès de leurs équipes)</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication - discours stratégique et opérationnel (rallier)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transmettre un message stratégique dont l'intention est de motiver et de susciter l'intérêt <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Synchroniser les annonces, si possible, selon les vagues de démarrage des projets pour éviter la répétition</li> <li>➢ Préparer les messages et les répartir entre les porte-parole</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>•CHUQ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiqué interne</li> <li>• Coffre à outils</li> </ul>	Fin AM pour le communiqué	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion de la communication - discours informatif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer l'ensemble du CHUQ à la suite de la rencontre</li> <li>▪ Utiliser les outils de communication de masse pour élargir le rayonnement de l'information <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ S'assurer de la cohérence des messages</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
<b>M E S U R E R</b>	3	Communication • constats • prochaines étapes	Leader Agent Lean	• Équipe du secteur désigné	• Rencontre debout (scrum) par quart de travail ou courriel par le leader • Affichage local	Tôt le matin, pour rassembler un grand nombre de personnes Répéter l'activité pour les autres quarts de travail si nécessaire	❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter les étapes du projet, sa raison d'être, le calendrier de travail, le rôle des principaux acteurs, les attentes, la collaboration terrain souhaitée (mobilisation)</li> <li>▪ Identifier les préoccupations par rapport au projet</li> <li>▪ Répondre aux questions</li> </ul> ❖ <b>Gestion de la communication – discours partisan (motiver)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer l'équipe par des actions de proximité</li> </ul>
	4	Identification des participants du groupe de travail (atelier Kaizen) Demandes de participation, remplacement	Promoteur Leader Agent Lean	• Gestionnaires concernés	• Rencontres informelles • Appels téléphoniques • Courriel de préavis	À définir	❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer une représentativité de tous les secteurs</li> <li>▪ Valider la capacité de remplacement du personnel</li> <li>▪ Informer du niveau de participation souhaité (membre ou ad hoc)</li> <li>▪ Prévenir de la consultation rapide des membres du personnel ciblé</li> <li>▪ Aviser de la demande imminente de remplacement du personnel</li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	5	Demande formelle de participation au groupe de travail (atelier Kaizen)	Leader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel ciblé pour faire partie du groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres individuelles</li> <li>• Document synthèse Fujitsu « Participants à un atelier Kaizen »</li> <li>• Courriel standardisé de confirmation</li> </ul>	À définir	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mobiliser les acteurs clés dans le but de susciter leur adhésion</li> <li>▪ Expliquer le rôle attendu, les attentes, les modalités de fonctionnement</li> <li>▪ Conscientiser à l'impact de leur participation incluant leur contribution dans la mise en œuvre du plan d'action</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transmettre un message uniforme à chaque participant</li> <li>▪ Privilégier l'intervention directe des gestionnaires</li> </ul> </li> </ul>
	6	Présentation du groupe de travail (atelier Kaizen)	Leader Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres intervenants du secteur désigné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre debout (scrum) par quart de travail</li> <li>• Tableau d'affichage interne</li> </ul>	Dès la confirmation de la participation des membres du groupe de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expliquer le rôle attendu du groupe de travail et des autres intervenants de l'équipe, motiver le choix des personnes pour la composition du groupe de travail</li> <li>▪ Solliciter la collaboration de tous au projet</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours partisan (rallier)</b> Inviter à l'ouverture et à la discussion</li> </ul>
Leader Agent Lean			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres intervenants concernés – hors du secteur visé</li> <li>• Partenaires</li> <li>• Organisations syndicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coffre à outils</li> </ul>	En cascade	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours informatif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actualiser l'information (communication de masse) sur la composition du groupe de travail pour éviter les rumeurs</li> <li>▪ Conserver l'intérêt et le fil de l'actualité</li> <li>▪ Donner une identité (référence) <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Assurer la cohérence des messages en tout temps</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
Directeur du projet (DEQIPP)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHUQ</li> </ul>				

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	7	Bilan de la collecte de données (VOE, VOC, VOP) Stratégie d'action	Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoteur</li> <li>• Leader</li> <li>• (autres gestionnaires du secteur désigné)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre en groupe restreint</li> <li>• Présentation Power Point</li> </ul>	Dès la fin de la collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en commun les orientations et les recommandations à la suite de la collecte de données et les constats qui en découlent</li> <li>▪ Analyser les risques inhérents à la réussite du projet</li> <li>▪ Définir les limites, élaborer la stratégie d'optimisation, valider les conditions de succès</li> <li>▪ Préparer la communication aux équipes</li> <li>▪ Expliquer le rôle des employés invités à participer à un atelier Kaizen</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours informatif et opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recommander les stratégies à adopter en vue du transfert de l'information vers leur équipe</li> </ul> </li> </ul>
	8	Présentation sommaire du bilan de la collecte de données État d'avancement du projet	Promoteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeurs</li> <li>• Comité tactique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation Power Point</li> <li>• Fiche A4 de projet</li> </ul>	Lors d'une rencontre bimensuelle précédant la tenue de l'atelier Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtenir le soutien des directeurs, susciter leur adhésion</li> <li>▪ S'assurer d'une cohérence et d'une cohésion entre les décisions et l'action, mesurer les impacts</li> <li>▪ Assurer la faisabilité du projet par des appuis concrets</li> <li>▪ Définir le plan de match et au besoin, définir les rôles</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique et opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Message implicite : soutenir le déploiement de la culture Lean</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
			Leader Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel du secteur désigné incluant le groupe de travail, les gestionnaires et l'équipe médicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Par quart de travail</li> <li>• Rencontre debout (scrum)</li> </ul>	En cascade	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Susciter la mobilisation et conscientiser à l'impact de leur apport au projet</li> <li>▪ Assurer un retour de l'information sur les données recueillies</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours partisan (motiver)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Donner un état d'avancement – garder le dossier actif</li> <li>▪ Transmettre l'appréciation quant au soutien offert</li> <li>▪ Informer des prochaines étapes</li> </ul> </li> </ul>
ANALYSER INNOVER	9	Formation Lean ceinture blanche	Fujitsu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de travail</li> <li>• Leader *</li> <li>• Promoteur *</li> </ul> <p>*si non formés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation Power Point</li> <li>• Simulations d'un modèle transactionnel traditionnel et d'un modèle transactionnel Lean</li> </ul>	Une à deux semaines avant les ateliers Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adopter un langage commun</li> <li>▪ Permettre aux participants du groupe de travail de mieux comprendre les concepts Lean</li> <li>▪ Commencer à réfléchir sur les possibilités d'application de ces concepts dans leur travail et celui de leurs collègues</li> <li>▪ Favoriser l'appropriation de la situation actuelle</li> <li>▪ Préparer les participants à la session intensive de l'atelier Kaizen (créer un momentum)</li> </ul> </li> </ul>
	10	Préparation au lancement de l'atelier Kaizen	Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation du module de lancement en rencontre individuelle</li> </ul>	2 ou 3 jours avant l'atelier Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Préparer le promoteur à livrer le message (délégation de pouvoir)</li> <li>▪ Assurer la disponibilité des personnes ressources de la DRHDC pour soutenir l'évolution du travail lors de l'atelier Kaizen (ex. : répondre aux questions associées aux conventions collectives, etc.)</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	11	Lancement de l'atelier Kaizen	Promoteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leader</li> <li>• Groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation du module de lancement effectué par le promoteur</li> <li>• Power Point (outil Fujitsu)</li> </ul>	Au début de la première journée de l'atelier Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter le mandat tel que défini dans la fiche A4 de projet</li> <li>▪ Déléguer le pouvoir de définir les solutions à l'intérieur des limites du projet</li> </ul> </li> </ul>
	12	Présentation du mandat du groupe de travail	Promoteur Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres intervenants du secteur désigné</li> <li>• Partenaires et proches collaborateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document synthèse</li> <li>• Tableau d'affichage interne</li> <li>• Courriel</li> </ul>	Jour 1 de l'atelier Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solliciter la complicité du personnel, de l'équipe médicale et des gestionnaires du secteur désigné</li> <li>▪ Contribuer à mobiliser, à rassembler autour d'une réussite commune</li> <li>▪ Mettre sous tension dans l'attente d'un résultat</li> <li>▪ Amorcer une ouverture au changement</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours partisan (motiver)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conserver un niveau d'intérêt élevé</li> </ul> </li> </ul>
	13	Scrum quotidien pour la durée des ateliers Kaizen	Leader Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de travail</li> <li>• Promoteur</li> <li>• Directeur de projet si présent (DEQIPP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre de 15 à 20 minutes</li> </ul>	Début des journées 2, 3 et 4 de l'atelier Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours opérationnel (faire le point)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter le travail réalisé par le groupe de travail le jour précédent</li> <li>▪ Assurer le suivi de l'avancement</li> <li>▪ Souligner ou ajouter des éléments de réflexion</li> <li>▪ Clarifier, au besoin, les limites du mandat du groupe de travail</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	14	Présentation finale de l'atelier Kaizen	Leader Groupe de travail Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoteur</li> <li>• (Directeur de projet)</li> <li>• (Organisations syndicales)</li> <li>• (Observateurs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Power Point</li> </ul>	Dernier jour de l'atelier Kaizen, vers 14 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir la stratégie de gestion du changement</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique et opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter le résultat du travail de la semaine, les principaux changements et la stratégie d'implantation</li> <li>▪ Expliquer les prochaines étapes et élaborer le plan de diffusion de l'information (annonce, information, suivi...) à l'aide du coffre à outils</li> </ul> </li> </ul>
<b>IMPLANTER</b>	15	Présentation des résultats de l'atelier Kaizen	Membres du groupe de travail Leader Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres intervenants du secteur désigné</li> <li>• Partenaires et proches collaborateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre d'environ 45 minutes</li> <li>• Power Point</li> <li>• Document synthèse</li> </ul>	Au retour de l'atelier Kaizen – éviter les délais. Procéder rapidement	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Offrir la formation et le soutien des équipes dans l'élaboration du plan de transition et l'implantation des solutions</li> <li>▪ Clarifier les rôles dans les étapes du suivi</li> <li>▪ Présenter les résultats de l'atelier et les changements à venir</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours partisan et opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter la stratégie de diffusion et de suivi de l'implantation des solutions <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Anticiper le moment de la présentation</li> <li>➢ Réserver un temps commun à toute l'équipe</li> <li>➢ Reprendre la présentation à plusieurs reprises au besoin en conservant l'uniformité du message</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	16	Plan de suivi et de diffusion de l'information	Groupe de travail Agent Lean Leader ou répondant du groupe de travail	• À déterminer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coffre à outils</li> <li>• Soutien de la DCOM</li> </ul>	À déterminer	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours informatif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Susciter l'adhésion</li> <li>▪ Informer de l'avancement de la stratégie d'implantation et des résultats</li> <li>▪ Donner un suivi et un état d'avancement</li> <li>▪ Maintenir l'intérêt et l'enthousiasme <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ S'assurer de la cohérence des messages</li> <li>➢ Saisir les occasions de diffusion de l'information en fonction de l'importance du message – dosage important</li> <li>➢ S'assurer de couvrir tous les groupes cibles</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	17	Arrimage RH/COM	Agent Lean Leader ou répondant du groupe de travail Promoteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseillère chang, org. DRHDC</li> <li>• Répondant DCOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre de travail</li> </ul>	Aux deux semaines durant l'implantation	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer les besoins du promoteur et du leader lors de l'implantation (transition, soutien aux équipes)</li> <li>▪ Analyser les impacts sur les ressources humaines (relations de travail, santé et sécurité au travail, formation, dotation) et assurer les liens avec les services de la DRHDC</li> <li>▪ Identifier les enjeux</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planifier les actions de communication de masse</li> <li>▪ Préparer les messages et l'impact souhaité</li> <li>▪ Arrimer avec le plan d'action du groupe de travail</li> </ul> </li> </ul>



DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	18	Formation Système de gestion Lean	Fujitsu	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Leader</li> <li>•Promoteur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation d'un jour</li> <li>• Coaching</li> </ul>	Formation : 1 à 2 semaines post-Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 modules de formation : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ gestion de projet</li> <li>✓ gestion du changement</li> <li>✓ prise en charge de l'après projet</li> <li>✓ maintien des gains</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	19	Rencontre de suivi de l'implantation des solutions	Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Promoteur</li> <li>•(Leader)</li> <li>•(Conseillère chang. org. DRHDC au besoin)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunion</li> <li>• État de situation</li> </ul>	Fréquence régulière à déterminer	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer la zone de confort/inconfort du promoteur</li> <li>▪ Dresser la liste des points forts et des zones sensibles</li> <li>▪ Connaître les appréhensions</li> <li>▪ Valider le suivi des conditions de succès</li> <li>▪ Convenir du soutien requis pour faciliter l'implantation des actions</li> <li>▪ Assurer la disponibilité des personnes ressources de la DRHDC pour soutenir l'implantation des solutions le cas échéant</li> </ul> </li> </ul>
	20	État d'avancement	Directeur du projet Promoteur Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Comité tactique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation Power Point</li> </ul>	Dans le cadre d'une rencontre planifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obtenir le soutien requis, au besoin, pour l'implantation des solutions</li> <li>▪ Suivre les indicateurs de résultats</li> <li>▪ Actualiser l'état de situation (accueil, points forts, zones sensibles)</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter les résultats</li> <li>▪ Faire connaître et appliquer la stratégie de diffusion de l'information</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	21	Rencontre de suivi d'avancement	Agent Lean	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leader</li> <li>• (Conseillère chang, org. DRHDC au besoin)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres de suivi de la stratégie d'implantation</li> <li>• Plan de diffusion de l'information</li> </ul>	Hebdomadaire durant la période post-Kaizen	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soulever les enjeux et les préoccupations et ajuster les actions au besoin</li> <li>▪ Identifier les besoins de soutien et leur nature*</li> <li>▪ Planifier la suite du travail pour l'atteinte des objectifs</li> <li>▪ Mesurer les résultats atteints et le degré de satisfaction (sondage)</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours opérationnel et stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer l'efficacité des actions de diffusion de l'information</li> </ul> </li> </ul>
	22	Suivi des réalisations Kaizen	Leader	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de travail</li> <li>• Agent Lean</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontres de suivi de la stratégie d'implantation</li> <li>• Plan de suivi et de diffusion de l'information</li> </ul>	Hebdomadaire durant la période post-Kaizen Suivant l'échéancier établi	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier les préoccupations et les obstacles</li> <li>▪ Obtenir le soutien requis</li> <li>▪ Mesurer les objectifs atteints et les résultats obtenus</li> <li>▪ Assurer le suivi des indicateurs RH (dotation, assurance salaire, accident de travail)</li> <li>▪ Planifier la suite du travail pour l'atteinte des objectifs</li> <li>▪ Suivre les enjeux de gestion du changement</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours opérationnel et stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire état du suivi de la stratégie de diffusion</li> <li>▪ Ajuster les actions au besoin et définir les messages</li> <li>▪ Mettre à jour le tableau Lean</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	23	Bilan de fin de projet	Leader Agent Lean	• Promoteur	• Présentation Power Point	1 mois après l'implantation des solutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluer la satisfaction face au déroulement du projet en termes de coûts, délais et qualité</li> <li>▪ Faire état du suivi de l'implantation du plan d'action</li> <li>▪ Valider le l'état d'atteinte des résultats</li> <li>▪ Mesurer les gains réalisés en comparaison avec la situation initiale</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Officialiser la fin du projet</li> <li>▪ Annoncer les « petites et grandes victoires »</li> </ul> </li> </ul>
<b>CONTRÔLER</b>	24	Fermeture du projet	Leader Groupe de travail Directeur du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres intervenants du secteur désigné incluant l'équipe médicale et les gestionnaires</li> <li>• Partenaires et proches collaborateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre</li> <li>• Tableau affichage local</li> </ul>	<p>Tôt le matin, quand il est possible de rassembler un grand nombre de personnes</p> <p>Répéter l'activité, au besoin, pour joindre le plus grand nombre de personnes possible.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire valoir les avantages des changements apportés par le <i>Lean</i></li> <li>▪ Identifier les stratégies à mettre en place pour contribuer à l'implantation d'une culture LEAN, à la pérennité des solutions implantées (éviter le retour aux anciennes habitudes)</li> </ul> </li> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Officialiser la fin du projet et féliciter l'équipe</li> <li>▪ Dresser un bilan des « petites et grandes victoires »</li> <li>▪ Remercier les collaborateurs</li> <li>▪ Tracer le portrait des gains (avant/après)</li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
			Porte-parole choisi en fonction de l'impact désiré Participation : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Directeur de projet</li> <li>○ Promoteur</li> <li>○ Leader</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionnaires HSFA</li> <li>• Autres gestionnaires CHUQ</li> <li>• Directeurs</li> <li>• Partenaires internes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontre auditorium Roger-Brault</li> </ul>	Milieu AM	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours stratégique et opérationnel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer le personnel cadre de l'HSFA, les partenaires qui sont parties prenantes du projet des résultats et retombées</li> <li>▪ Préciser les attentes envers les cadres (rôle de relayeurs d'information auprès de leurs équipes)</li> <li>▪ Transmettre un message stratégique dont l'intention est de démontrer la capacité de changement des équipes</li> <li>▪ Influencer positivement la suite de l'implantation Lean               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Synchroniser les annonces, si possible, selon les vagues de démarrage des projets pour éviter la répétition.</li> <li>➢ Préparer les messages et les répartir entre les porte-parole</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
			Directeur du projet ou Directrice générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CHUQ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coffre à outils</li> </ul>	Fin AM pour le communiqué	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gestion de la communication – discours informatif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informer l'ensemble du CHUQ à la suite de la rencontre des gestionnaires</li> <li>▪ Utiliser les autres outils pour le rayonnement de l'information               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ S'assurer de la cohérence des messages</li> <li>➢ Privilégier une action commune si plusieurs projets viennent à échéance en même temps</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

DMAIC	NO	QUOI	PAR QUI	À QUI	COMMENT	QUAND	POURQUOI - ENJEUX
	25	Pérennité de la démarche	Promoteur Leader Agent Lean Conseillè e chang, org. DRHDC	• Secteur concerné	• Rencontre(s) d'accompagn ement	Moyens à déterminer pour soutenir le leader et les équipes de travail	<b>Gestion du changement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyse des besoins pour adopter un mode de fonctionnement qui favorise l'application des notions apprises (ex. : rencontre régulières, post-it sur le tableau Lean)</li> <li>▪ Encourager le partage des idées et leur application</li> <li>▪ Maintenir un fonctionnement Lean (rencontres ponctuelles, mises au point, amélioration continue...)</li> </ul> <b>❖ Gestion de la communication – discours stratégique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer une dynamique de communication au sein du groupe de travail</li> <li>▪ Poursuivre la mise à jour du tableau Lean</li> <li>▪ Saisir les occasions de partage de l'information</li> </ul>

## Annexe 3 : Solutions détaillées des projets réalisés du programme Lean

Projets du programme ministériel <i>Lean</i> HSFA	Principales problématiques vécues dans le secteur	Principales solutions
<b>Optimisation du processus per-opératoire du bloc opératoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Délais dans l'enchaînement des cas</li> <li>• Salle de réveil trop petite</li> <li>• Problématiques dans l'organisation du travail</li> <li>• Dérangements et arrêts fréquents en salle d'opération dus à un manque de matériel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5S de la salle de réveil et salles d'opération</li> <li>• <i>Kanban</i> des armoires de fournitures dans les salles</li> <li>• Révision de la procédure de nettoyage des salles d'opération pour les aides de service</li> <li>• Clarification des rôles et responsabilités</li> <li>• Application d'une procédure standard pour la préparation du prochain cas.</li> </ul>
<b>Optimisation du processus anté-partum aux îlots parents-enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engorgement à l'accueil obstétrical</li> <li>• Annulations et reports fréquents des déclenchements</li> <li>• Aucun standard dans les tâches</li> <li>• Pas d'accueil pour la clientèle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement 5S pour l'accueil et les chambres</li> <li>• Création d'un espace de latence</li> <li>• Meilleure planification des déclenchements. Lissage sur la semaine</li> <li>• Procédures standards de la prise en charge des clientes</li> </ul>
<b>Optimisation de l'unité de chirurgie A6-Est</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variabilité dans l'organisation du travail</li> <li>• Manque de fluidité dans les services</li> <li>• Corridors encombrés</li> <li>• Pas de processus clair pour l'arrivée des patients sur l'unité</li> <li>• Beaucoup de déplacements sur l'unité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe dédiée à l'accueil des patients</li> <li>• Mise en place d'un flux tiré avec les patients arrivant du bloc opératoire</li> <li>• Gestion visuelle par tableau de communication sur l'unité et dans les chambres des patients</li> <li>• 5S dans les corridors pour épurer</li> </ul>
<b>Optimisation du processus à l'urgence ambulatoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rôles et responsabilités mal définis</li> <li>• Utilisation des salles de consultations non efficiente</li> <li>• Beaucoup de recherche pour le matériel</li> <li>• Beaucoup d'aller-retours pour les patients</li> <li>• Beaucoup de patients quittent avant d'être vus par le médecin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajout de signalisation visuelle pour les patients</li> <li>• Ajout d'un tableau de gestion visuelle pour l'utilisation des salles de consultation</li> <li>• Inversion de l'étape de triage de d'inscription</li> <li>• 5S dans les salles de consultation</li> <li>• Instauration d'un double-casier pour la fourniture médicale</li> <li>• Création d'une salle de prélèvement</li> </ul>
<b>Optimisation du processus de planification chirurgicale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus de préparation chirurgicale déficient</li> <li>• Rôles et responsabilités par clairs</li> <li>• Banque de patients prêts pour chirurgie basse</li> <li>• Aménagement sous optimal pour le travail d'équipe</li> <li>• Outils sous optimaux pour effectuer la préparation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation d'un système visuel de classement des dossiers</li> <li>• Suivi systématique de la banque de patients prêts pour opération</li> <li>• Amélioration d'un outil de collecte de données patients facilitant la préparation</li> <li>• Mise à jour de la documentation d'enseignement</li> <li>• Aménagement 5S des bureaux de travail</li> </ul>
<b>Optimisation de l'unité de l'unité de courte durée en gériatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de fluidité dans la trajectoire patient</li> <li>• Prise en charge du patient mal coordonnée entre les intervenants</li> <li>• Difficulté dans les communications</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation d'un outil de collecte de données interdisciplinaire pour les patients</li> <li>• Pro-activité des travailleurs sociaux dès l'arrivée des patients à l'urgence pour admettre les patients plus rapidement (flux tiré)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de séjour très longue pour les patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation de rencontres éclair quotidiennes pour la revue des patients prioritaires à évaluer</li> <li>• Formation d'une triade de l'équipe de soins</li> <li>• Harmonisation des cotes d'autonomie pour tous les outils</li> </ul>
<b>Optimisation de l'unité de chirurgie B6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durée de séjour pour les prothèses totales de hanches et de genoux trop longues</li> <li>• Changements de quart très ardu</li> <li>• Communication difficile entre les intervenants</li> <li>• Délais de prise en charge des patients trop longs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention de l'infirmière dès l'accueil pour évaluation de la condition</li> <li>• Gestion visuelle dans les chambres et sur l'unité</li> <li>• Implantation d'un outil de gestion de l'épisode de soin de chacun des patients</li> <li>• Création d'une enveloppe de départ pour assurer la fluidité</li> </ul>
<b>Optimisation de l'unité de cardiologie et médecine interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus de prise en charge des patients est flou</li> <li>• Durée de séjour des patients est longue</li> <li>• Manque de communication entre les intervenants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un tableau de gestion de l'épisode de soin des patients sur l'unité</li> <li>• Mise en place d'un tableau de chevet pour le suivi du séjour des patients sur l'unité</li> <li>• Mise en place d'une gestion visuelle pour la préparation des chambres</li> <li>• Mise en place de routines de travail définies</li> </ul>
<b>Optimisation de la trajectoire post-partum aux îlots parents-enfants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non disponibilité des équipements</li> <li>• Aménagement des chambres déficient</li> <li>• Dérangements fréquents</li> <li>• Enseignement non réalisé lors du départ de la cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantation d'un tableau de communication pour faciliter la gestion des départs</li> <li>• 5S des chambres</li> <li>• Réaménagement de la pouponnière selon les principes 5S</li> <li>• Procédures standards pour l'enseignement tout au long du séjour</li> </ul>
<b>Optimisation des processus de retraitement des dispositifs médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation du travail sous optimale</li> <li>• Priorités non connues des intervenants</li> <li>• Erreurs fréquentes dans les plateaux de chirurgie</li> <li>• Pas d'entraide entre les intervenants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation du travail en cellule de travail</li> <li>• Standardisation des rôles et responsabilités de chacun des intervenants</li> <li>• Implantation de caucus hebdomadaires pour la transmission d'information critique</li> <li>• Mise en place d'un suivi systématique des types d'erreurs</li> <li>• Implication dans les caucus hebdomadaires du bloc opératoire</li> <li>• Ascenseur dédié au transport des plateaux chirurgicaux demandés en urgence</li> </ul>

## **Atelier d'échange : le LEAN et sa pérennité**

### ***Ilots parents-enfants***

#### **Objectifs :**

- Dresser un bilan des améliorations et des éléments à consolider suite aux changements implantés
- Identifier des moyens pour assurer la pérennité des efforts d'amélioration

#### **Questions d'animation**

A) Depuis le projet, quelles sont les principales améliorations observées?

#### **Équipe de jour et de soir**

- ✓ Accueil de la patiente, bonne patiente au bon endroit
- ✓ Définition d'une trajectoire claire
- ✓ Diminution du délai d'attente à l'urgence obstétricale, patiente est moins longtemps sur civière
- ✓ Transfert A4 B4 par le personnel, moins d'attente pour la patiente, fait par la même personne
- ✓ Tableau départ B4 visuel, suivi en temps réel en un coup d'œil
- ✓ Bureau des médecins / infirmières à la pouponnière, espace pour chacun
- ✓ Planification des déclenchements, moins de débordement
- ✓ Poste B4, espace pour préparer les médicaments
- ✓ Configuration pouponnière principale, + espace
- ✓ Salle de traitement 2<sup>e</sup> pouponnière, désengorgement de la pouponnière principale
- ✓ Chaque dyade a sa tour, disponibilité du matériel

#### **Équipe de nuit**

- ✓ Accueil des patientes (dans le A)
- ✓ Réorganisation du travail (+ pour le personnel, valorisation du rôle d'évaluation de l'infirmière), rôle de chacun plus clair
- ✓ Fonctionnement des déclenchements, mieux répartis, planifiés à l'avance, peu de retard
- ✓ Évaluation par l'infirmière, facilite le travail de l'infirmière
- ✓ Diminution de l'attente à l'urgence obstétricale / Il n'y a presque plus de patientes dans le corridor
- ✓ Salle de latence



- ✓ Chambre 5 S visuel, sait quelle chambre est libre
- ✓ Tableau : on sait ce qui se passe en temps réel, idée d'ensemble
- ✓ Tableau à jour : chacun a sa responsabilité, AIC fait des rappels, suivi par l'AIC
- ✓ Pouponnière plus aérée
- ✓ Poste AIC B4

B) Quels sont les effets indésirables?

#### Équipe de jour et de soir

- ✓ Certains médecins ont de la difficulté à donner 3 dates pour la planification des déclenchements
- ✓ Flou par rapport à l'aménagement de la pouponnière principale, par rapport à l'utilisation des lits
- ✓ Manque de rangement dans la pouponnière principale, isolette dans le corridor
- ✓ Perte d'espace, peu d'utilisation de la salle de la 2<sup>e</sup> pouponnière
- ✓ On a profité du projet LEAN pour réviser les pratique cliniques (ex. : plan d'enseignement), beaucoup de changement en même temps
- ✓ Pas toujours le temps de transporter la patiente au B4, pas toujours une fille en surplus, confusion dans le «qui fait quoi»

1<sup>re</sup> pouponnière

- ✓ Lait mal placé / tétines
- ✓ Matériel – non central
- ✓ Chariot à linge dans le corridor
- ✓ Fait beaucoup de pas
- ✓ Bureau des pédiatres mal placé

#### Équipe de nuit

- ✓ Réserves éparpillées au A, ce qui amène plus de pas
- ✓ Matériel n'est pas à proximité, on court
- ✓ Matériel mal placé à la pouponnière (ex : biberon dans la réserve et non dans la pouponnière)
- ✓ Rigueur dans le maintien du 5S au poste
- ✓ Manque de matériel pour mettre toutes les chambres 5S
- ✓ 2<sup>e</sup> pouponnière peu utilisée, manque de matériel, pas pratique, armoire barrée, porte barrée
- ✓ Gestion des dossiers à revoir

C) Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus actuellement pour maintenir la rigueur dans les changements apportés?

#### Équipe de jour et de soir

## Rigueur

- ✓ Toujours rappeler la mise à jour du tableau, demande la collaboration des médecins, repose beaucoup sur la responsabilité des AIC

## Équipe de nuit

- ✓ On avait trop d'attente par rapport au projet du B4
- ✓ Commis pourrait faire l'admission lorsque l'admission est absent
- ✓ Plusieurs solutions traînent en longueur (ex. : redondance feuille A – B)
- ✓ Perception que c'est moins agréable de travailler au B. Implantation du plan d'enseignement en même temps que le projet LEAN n'a pas aidé.  
Clivage jour soir/nuit
- ✓ Soins de 24 heures difficiles à faire la nuit (obligation de réveiller la patiente)

D) Quels sont les outils ou mécanismes à se donner pour poursuivre l'amélioration (qui/quoi/comment)?

## Équipe de jour et de soir

### SCRUM

- ✓ Quelques idées d'amélioration sont venues dans scrum
- ✓ Scrum est souvent perçu comme une séance d'information, peu de place à l'échange (patiente parfois présentes dans le solarium)
- ✓ Les gens parlent peu des problèmes en scrum, moins de participation, les gens ont de la difficulté à prendre la responsabilité d'implanter une idée
- ✓ Idée : un responsable sur chaque quart pour partager l'information du scrum et récolter les idées

## Équipe de nuit

- ✓ Impression du personnel qu'il n'y a pas de possibilité de revenir en arrière dans les solutions LEAN issues du Kaizen
- ✓ Les ajustements aux solutions ne se font pas, il faut requestionner certaines solutions
- ✓ Difficulté à trouver des solutions qui correspondent à la réalité de tous les quarts de travail

### SCRUM

- ✓ Permet une bonne circulation de l'information
- ✓ Propose plein d'idées, mais pas de suivi
- ✓ SCRUM de nuit 23h45 pas de présence des chefs d'unité, pourrait être fait de 7h45 à 8h00
- ✓ Scrum est plus informatif, il y a peu d'échange

Annexe 5 : Constats des focus group pour chacun des secteurs

Secteurs	A5 Cardiologie	A6-Est Orthopédie	B6 Orthopédie
<b>Principales améliorations</b>	<p>Mise en place de <i>scrums</i> hebdomadaires</p> <p>Mise en place d'un tableau visuel au chevet</p> <p>Mise en place d'un tableau général de suivi de l'épisode de soins</p> <p>Routine de travail standard pour tout le quart (Technique Fin de:)</p> <p>Ingénierie simultanée avec inf. inf. aux. et PAB 5S des corridors</p>	<p>Mise en place de <i>scrums</i> hebdomadaires</p> <p>Mise en place d'un tableau visuel au chevet</p> <p>Mise en place d'un tableau général de suivi de l'épisode de soins</p> <p>Ingénierie simultanée avec inf. inf. aux. et PAB pour l'accueil des patients</p> <p>Création d'un deuxième poste infirmier sur l'unité</p> <p>Flux tiré du bloc vers l'unité pour l'admission des patients</p> <p>Signal visuel pour chambre prête</p> <p>Routine de travail standard pour tout le quart (Technique Fin de:)</p> <p>5S au niveau des corridors</p>	<p>Mise en place de <i>scrums</i> hebdomadaires</p> <p>Mise en place d'un tableau visuel au chevet</p> <p>Mise en place d'un tableau général de suivi de l'épisode de soins</p> <p>Routine de travail standard pour tout le quart (Technique Fin de:)</p> <p>Ingénierie simultanée avec inf. inf. aux. et PAB 5S des corridors</p>

<p style="text-align: center;"><b>Changements positifs</b></p>	<p>Meilleure gestion du matériel  Communication améliorée  <i>Scrum</i> très utile  Tableau de chevet visuel très facilitant  Meilleure coordination  Les couloirs sont libres  Prises en charges plus rapide des consultants</p>	<p>Plus d'admissions de patients de jour  Diminution des délais d'attente pour l'arrivée des patients  Plus d'entraide entre les équipes  Le deuxième poste permet de se rapprocher des patients</p>	<p>Trajectoire de soins mieux définie pour les patients en post opératoire  Diminution de la durée d'hospitalisation (mobilisation des patients plus tôt, patients sortent plus vite)  Arrivée des professionnels plus tôt dans l'épisode de soins  Meilleur travail d'équipe, plus d'échange entre les intervenants, standardisation du discours (rencontre «éclair»)  Plus d'échange entre PAB et infirmières (plan de travail)  Tableau des départs, date de départ communiquée  Aménagement physique – permet de mieux retrouver le matériel  Corridor dégagé  5S a permis la création d'un Local de physiothérapie  SCRUM : permet de parler au personnel de nuit  Tableau de chevet à jour – inclus dans la routine de la tournée du matin</p>
--	---	--	--

<p style="text-align: center;"><b>Effets indésirables</b></p>	<p>Plus d'impact sur le quart de jour que de soir  Dédoublment d'information (tableaux)  Difficulté pour les équipes volantes et résidents  Responsabilités pas claires dans le nouveau processus  Difficultés pour la mise à jour des tableaux</p>	<p>Manque de rigueur dans l'application des solutions  Trop d'outils et plusieurs dédoublement  <i>Scrums</i> trop longs  Pas d'implication médicale  Laisser-aller dans l'application des 5S pour les corridors</p>	<p>Sentiments que l'équipe de jour a imposé le fonctionnement aux autres quarts  Peu de présence des orthopédistes  l'entraide n'est pas facile  La rigueur des difficile  Non compréhension des solutions sur l'équipe de soir</p>
<p style="text-align: center;"><b>Préoccupations pour le maintien des changements</b></p>	<p>Communiquer d'avantage aux quarts de soir et de nuit  Clarifier les rôles de chacun  Réajuster l'heure du <i>scrum</i>  Intégrer les solutions dans les routines de travail standard</p>	<p>Communiquer d'avantage aux quarts de soir et de nuit  Clarifier les rôles de chacun  Réajuster l'heure du <i>scrum</i>  Intégrer les solutions dans les routines de travail standard (mise à jour du tableau)  Présenter le <i>Lean</i> aux équipes volantes et résidents  Alléger le tableau de chevet</p>	<p>Voir la possibilité d'offrir de la formation <i>Lean</i> sur tous les quarts  Faire un atelier Kaizen pour spécifiquement pour les quarts de soir et de nuit</p>

<p><b>Mécanismes pour poursuivre les améliorations et maintenir le Lean</b></p>	<p>Maintien des <i>scrums</i> Standardiser les routines de travail pour intégrer les solutions</p>	<p>Revoir les heures et la formule des <i>scrums</i> pour favoriser l'échange Transformer les <i>scrums</i> pour rechercher les idées d'amélioration Transformer la check-list de départ en aide-mémoire</p>	<p>Maintenir les <i>scrums</i> Création d'un cartable des <i>scrums</i> Transformer les <i>scrums</i> à revoir (durée, heure, échange) Standardisation des solutions <i>lean</i> sur toutes les unités de HSFA</p>
---	--	--	--

Secteurs	B7 Unité courte durée gériatrie	IPE obstétrique	Urgence-Ambulatoire
<p><b>Principales améliorations</b></p>	<p>Mise en place d'une rencontre "éclair" quotidienne Ingénierie simultanée avec inf. inf. aux. et PAB Révision du formulaire de collecte de données à l'urgence Flux tiré par le travailleur social à l'urgence Mise en place de <i>scrums</i> hebdomadaires Donner accès aux PAB pour les plans de travail de la journée</p>	<p>Création d'un accueil pour clientes Instauration de gestion visuelle pour orientation des clientes Instauration de tableaux de départ pour le <i>post partum</i> Lissage des déclenchements médicaux sur la semaine 5S au à la pouponnière 5S des chambres de clientes Mise en place de caucus hebdomadaires Création d'un chambre de latence</p>	<p>Mise en place de <i>scrums</i> hebdomadaires Ajout de signalisation visuelle pour les patients Ajout d'un tableau de gestion visuelle pour l'utilisation des salles de consultation Inversion de l'étape de triage de d'inscription 5S dans les salles de consultation Instauration d'un double-casier pour la fourniture médicale Création d'une salle de prélèvement</p>

<p style="text-align: center;"><b>Changements positifs</b></p>	<p>SCRUM permet un meilleur partage de l'information, fiche de suggestion d'idée d'amélioration et mise en place d'une équipe d'amélioration continue</p> <p>Travailleuse sociale à l'urgence qui fait l'ouverture du dossier, impact positif sur la durée moyenne de séjour (DMS)</p> <p>Collecte de données permet d'avoir l'information nécessaire et de faire des comparables à l'admission, donne un aperçu du travail à faire pour développer l'autonomie</p> <p>Rencontre «éclair» permet de partager les informations au bon moment, on sait où l'on s'en va, on court moins après l'information</p> <p>Feuille d'admission (<i>check list</i>, aide-mémoire), évite d'avoir à repasser dans le dossier</p> <p>Triade – clientèle mieux connue de tous</p>	<p>meilleur accueil de la patiente, bonne patiente au bon endroit</p> <p>Définition d'une trajectoire claire</p> <p>Diminution du délai d'attente à l'urgence obstétricale, patiente est moins longtemps sur civière</p> <p>Transfert A4 B4 par le personnel, moins d'attente pour la patiente, fait par la même personne</p> <p>Tableau départ B4 visuel, suivi en temps réel en un coup d'œil</p> <p>Bureau des médecins / infirmières à la pouponnière, espace pour chacun</p> <p>Planification des déclenchements, moins de débordement</p> <p>Poste B4, espace pour préparer les médicaments</p> <p>Configuration pouponnière principale, + espace</p> <p>Salle de traitement 2e pouponnière, désengorgement de la pouponnière principale</p> <p>Chaque dyade a sa tour, disponibilité du matériel</p> <p>Meilleure valorisation du rôle de l'infirmière</p> <p>Déclenchements beaucoup mieux répartis</p>	<p>Structure et organisation de travail fluide, rôles et responsabilités de chacun bien définis</p> <p>Autonomie de chacun</p> <p>Triage, impact sur la satisfaction du patient / patient et infirmière se déplacent moins</p> <p>Patient trié tout de suite, diminution du délai d'attente</p> <p>Salle 12 pour le prélèvement, améliore la fluidité, salle libérée</p> <p>Moins de déplacement pour le patient</p> <p>Voit plus de patient, processus plus fluide, salle libérée</p> <p>Rôle plus clair</p> <p>Processus clair (on sait toujours où est le patient)</p> <p>Moins de va-et-vient</p> <p>Patient mieux informé / continuité des soins</p>
--	--	---	---

<p style="text-align: center;"><b>Effets indésirables</b></p>	<p>Rencontre «éclair» tous les jours : lourd pour médecin, durée trop longue, contenu à revoir</p> <p>Rapport inter suivi (infirmière parle – et AIC parle +)</p> <p>Travaux pour alléger le PSTI n’ont pas été faits</p> <p>PSTI allégé non fait par l’équipe volante</p> <p>Plan de travail des préposés non à jour</p> <p>Collecte de données (section sur l’autonomie) pas toujours à jour</p> <p>Triade est davantage appliquée sur le quart de nuit et de soir que de jour (entraide se fait davantage entre PAB qu’entre PAB et infirmières)</p> <p>Jour : heure de repas n’a pas changé le fonctionnement de la triade</p> <p>Rapports interservices non optimaux, répétition des mêmes informations</p>	<p>Certains médecins ont de la difficulté à donner 3 dates pour la planification des déclenchements</p> <p>Flou par rapport à l’aménagement de la pouponnière principale, par rapport à l’utilisation des lits</p> <p>Manque de rangement dans la pouponnière principale, isolette dans le corridor</p> <p>Perte d’espace, peu d’utilisation de la salle de la 2e pouponnière</p> <p>On a profité du projet <i>Lean</i> pour réviser les pratiques cliniques (ex. : plan d’enseignement), beaucoup de changement en même temps</p> <p>Pas toujours le temps de transporter la patiente au B4, confusion dans le «qui fait quoi»</p> <p>Matériel mal placé à la pouponnière (ex : biberon dans la réserve et non dans la pouponnière)</p> <p>Difficulté de rigueur dans le maintien du 5S au poste</p> <p>Manque de matériel pour mettre toutes les chambres 5S</p>	<p>Manque de rigueur dans l’application des solutions (individu dépendant)</p> <p><i>Lean</i> non respecté la nuit</p> <p>Triage non respecté (cas mineur)</p> <p>Patients dans les salles et non couchés / Interventions non faites par les infirmières</p> <p>Critères de triage non respectés</p> <p>Pré triage non respecté dès 7h30</p> <p>Commis absent le soir, ne sort pas les étiquettes</p> <p>Clivage entre les équipes jour/soir et nuit</p>
---	--	--	--



<p><b>Préoccupations pour le maintien des changements</b></p>	<p>Manque de rigueur : 5 S, table chevet, <i>Kanban</i> Feuille PI plan d'intervention interdisciplinaire non utilisé, non à jour Nous sommes limités dans nos améliorations car les directions soutien expert et transversales ne sont pas <i>Lean</i> Perception que tout doit aller plus vite, moins tolérant Difficulté d'adaptation pour les équipes volantes, le <i>Lean</i> augmente l'écart entre les unités Manque de communication entre les projets <i>Lean</i> (uniformité des solutions)</p>	<p>Toujours rappeler la mise à jour du tableau, demande la collaboration des médecins, repose beaucoup sur la responsabilité des AIC Équipe de nuit On avait trop d'attente par rapport au projet du B4 Commis pourrait faire l'admission lorsque l'admission est absent Plusieurs solutions trainent en longueur (ex. : redondance feuille A – B) Perception que c'est moins agréable de travailler au B. Implantation du plan d'enseignement en même temps que le projet <i>Lean</i> n'a pas aidé. Clivage jour soir/nuit Il faut ajuster les solutions aux autres quarts de travail</p>	<p>Processus à clarifier - Échographie du lendemain à demander. Si examen normal – patient retourne chez lui, perte de temps de faire revenir le patient Resituer le <i>Lean</i> pour le quart de nuit (le personnel en 12h va aussi sur le quart de nuit) Former les médecins sur le processus suivi de la rigueur</p>
<p><b>Mécanismes pour poursuivre les améliorations et maintenir le Lean</b></p>	<p>Maintenir les rencontres éclairs Favoriser l'implication des autres quarts de travail (soir, nuit) Création d'un relais d'information entre les quarts Se donner un outil de résolution de problème pour la réflexion de l'équipe AC</p>	<p>Quelques idées d'amélioration sont venues dans les <i>scrums</i> Maintien des <i>scrums</i> Assigner un responsable sur chaque quart pour partager l'information du <i>scrum</i> et récolter les idées il faut requestionner certaines solutions</p>	<p>Maintenir les <i>scrums</i> Suivi des fiches amélioration Revoir la formule des <i>scrums</i> pour favoriser l'échange Effectuer les <i>scrums</i> tous les jours Déléguer plus d'information aux AIC Incorporer dans les <i>scrums</i> les hommages aux bons coups</p>

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AHERNE, J., & Whelton, J. (2010). *Applying Lean in Healthcare: A Collections of International Case Studies*. New York, NY: Productivity Press, 247 pages.
- AUDET, M., (2010). Vision, planification et évaluation. Les conditions clés du changement?, *Gestion*, vol.34, no. 4, (p. 55-63).
- BAREIL, C., Aubé, C. (2012). *Changement et développement organisationnel : faire évoluer la pratique*, collection *Gestion et Savoirs*, *Revue Gestion*, HEC, 590 pages.
- BAREIL, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*, collection *entreprendre*, Québec, Canada. 213 pages.
- BATEMAN, N. and Rich, N. (2003). Companies' perceptions of inhibitors and enablers for process improvement activities, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 23 No. 2, (p. 185-199).
- BRANDAO de SOUZA, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare, *Leadership in health services*, vol.22, No.2, (p. 121-139).
- CLAIR, M., 2000. *Rapport et recommandations*, Commission d'étude sur les services de santé et de services sociaux, Québec, Canada, Gouvernement du Québec,
- COLLERETTE, P. (2003). La gestion du changement organisationnel Cinquième partie Communication et changement, *ISO Management Systems – mai-juin 2003*, (p. 48-57).
- COLLERETTE, P. (2006). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*, Presse de l'Université du Québec, Québec, Canada, (p. 94-104).
- COLLERETTE, P. (2008). Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique, *revue télescope*, automne 2008, (p. 33-49).
- DE LAVERGNE, C., (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative, *Recherche Qualitative*, hors-série-numéro 3, *Bilans et prospectives de la recherche qualitative*, (p. 28-43).
- DICKSON, G *et al.* (2012). Evidence-informed change management in canadian healthcare organizations, *Canadian Health services research foundation*, 26 p.
- DUQUE, D.F.M. and Cadavid, L.R. (2007), "Lean manufacturing measurement: the relationship between lean activities and lean metrics", *Estudio Gerenciales*, Vol. 23 No. 105, (p. 69-83).

- GEORGE, M. L. (2003). *Lean Six Sigma for service*. New York: McGraw-Hill. 182 pages.
- GIMENES, D., (2010), *Lean sigma application to service departments in healthcare industry*, Thèse, Southern Illinois University, 76 pages.
- GRABAN, M. (2012). *Lean Hospitals: Improving quality, patient safety, and employee satisfaction*, (2e éd.), New York, 330 pages.
- GROVE, A.L. *et al.*, (2010), *UK health visiting: challenges faced during lean implementation*, *Leadership in health services*, vol.23 no.3, (p. 204-218).
- HEINBUCH, S.E., (1995), *A case of successful technology transfer to health care: total quality materials management sand just-intime*, *Journal of Management in Medicine*, Vol.9 No.2, (p. 48-50).
- HOHMANN, C.,(2012), *Lean Management - Outils, Méthodes, Retours d'expériences, Questions/réponses*, Édition Eyrolles, Paris, France, 423 p.
- KELLOGG, A. (2010). *Hospital lean and six sigma: Is there a financial benefit?* Thèse, California State University, É-U. 73 pages.
- KRAFCIK, J.,S., (1988), *Triumph on the lean production system*, *Sloan management review*, Vol. 30 no.1, MIT, (p. 41-52).
- LANDRY, S. (2010). *Le Lean Healthcare: origines et concepts*. Congrès annuel de l'AMQ. Tiré de <http://www.amq.ca/images/stories/documents/22-avril-s-landry.pdf> consulté le 24 juillet 2016.
- LARMAN, C. et Vodde, B. (2009), *Lean primer* [http://www.leanprimer.com/wiki/index.php?title=Main\\_Page](http://www.leanprimer.com/wiki/index.php?title=Main_Page), consulté le 24 juillet 2016.
- LIKER, J. 2006. *Le modèle Toyota, 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*, Paris, France, 392 pages.
- MÉNARD, J. (2005), *Pour sortir de l'impasse: la solidarité entre nos générations*, comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux, Québec, Canada.
- Ministère de la santé et des services sociaux, (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Gouvernement du Québec.
- Ministère des Finances du Québec. (2012). *Le système de santé québécois : Survol et enjeux. Le Québec économique 2011 : Un bilan de santé du Québec*. Les Presses de l'Université Laval, Gouvernement du Québec, (p. 69-96).

- MSSS. (2008), *Le MSSS en bref*, Québec, Canada, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2010), *budget 2010-2011 vers un système de santé plus performant et mieux financé*, Québec, Canada, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2010), *Plan stratégique 2010-2015*, Québec, Canada, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2012), *Plan budgétaire 2013-2014*, Québec, Canada, Gouvernement du Québec.
- PEDERSEN, E. (2011), *Determinants of lean success and failure in the Danish public sector A negotiated order perspective*, *International Journal of Public Sector Management* Vol. 24 No. 5, (p. 403-420).
- RADNOR, Z. and Boaden, R. (2008), *Lean in the public services: panacea or paradox?* *Public Money and Management*, Vol. 28 No. 1, (p. 3-7).
- RONDEAU, A. (2002). *Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en œuvre*, *Revue Gestion*, HEC, (p 92-112).
- RONDEAU, A. (2008), *L'évolution de la pensée en gestion du changement*, *Revue Télescope*, vol 14 no.3, (p. 1-11).
- TOUSSAINT, J.S., (2010), *On the mend*, *Lean enterprise institute*, 181 pages.
- TOUSSAINT, J. S., & Berry, L. (2013), *The Promise of Lean in Health Care*, Mayo Foundation for medical education and research, *Mayo Clinic Proceedings*, vol.88 no.1, (p. 74-82).
- WOMACK, J. & Jones D. (2012), *Système lean : penser l'entreprise au plus juste*, (2e éd.) France, 440 pages.
- WOMACK, J.P. Jones, D.T., Roos, D. (1991), *Machine that changed the world: The Story of lean production*, Productivity press, Cambridge, MA, USA, 352 pages.
- ZIDEL T. G., (2006), *A Lean Guide to Transforming Healthcare*, American Society for Quality, Productivity Press, Milwaukee, WI., USA, 173 pages.