

Évaluation des résultats des projets Lean dans trois établissements du Québec

Marie-Hélène Jobin
Denis Lagacé
Pierre-Luc Fournier
Nadia Benomar

Janvier 2015

Table des matières

Sommaire Exécutif.....	2
Introduction.....	3
Commentaires préliminaires et cadrage du mandat confié.....	3
Revue de la littérature	8
Ce que révèle la littérature scientifique	8
Ce que révèle le terrain	15
Résultats	24
Résultats du CSSS Sud-Ouest-Verdun	24
Analyse des résultats du CSSS Sud-Ouest-Verdun	29
Résultats du CSSS Jardins-Roussillon.....	31
Analyse des résultats du CSSS Jardins-Roussillon.....	34
Résultats du CHU de Québec	35
Analyse des résultats du CHU de Québec	39
Analyse sommaire des résultats	40
Conclusion et recommandations.....	42
Bibliographie.....	44
Annexes.....	46
Annexe 1 – a : Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean.....	46
Annexe 1 – b : Pourcentage d’heures de formation sur le Lean	48
Annexe 2 : Degré de satisfaction du personnel dans les secteurs touchés par le Lean	50
Annexe 3 : Niveau d’engagement de l’équipe de direction/syndicats/corps médical/professionnels/employés	52
Annexe 4 : Degré d’alignement du leadership et des compétences au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean.....	54

Sommaire Exécutif

Ce rapport fait état des travaux réalisés dans le cadre du volet 1 du mandat confié par le MSSS au Pôle santé et à la chaire IRISS pour l'évaluation de la performance des établissements de vague 1 du vaste projet ministériel d'implantation du Lean. Les objectifs visés étaient d'apprécier la performance organisationnelle sous l'angle des usagers et des différentes parties prenantes de l'organisation, de même que sur les autres dimensions de performance retenues dans le cadre ministériel.

Nous présentons d'abord le contexte et les limites d'interprétation de ce travail. En particulier, nous soulignons les difficultés de mesure et l'absence d'un cadre initial de performance en lien avec le projet ministériel pour guider notre travail mais surtout celui des établissements dans le déploiement de leur projet institutionnel.

Par la suite, une revue de la littérature concernant l'impact du Lean sur la performance organisationnelle a permis d'établir les pratiques et les dimensions de mesure dans le domaine du Lean. Nous profitons aussi de cette recension pour présenter le cadre ministériel et les différents outils de mesure de la performance que le MSSS promeut. Les tableaux de bord proposés pour les trois établissements se sont basés sur ces principes et pratiques.

Nous décrivons par la suite la démarche de préparation d'un tableau de bord en collaboration avec les établissements. Une ronde de validation auprès des établissements a permis d'élaborer un tableau de bord selon deux axes. L'objectif étant notamment, d'étudier les résultats obtenus en lien avec les usagers et l'alignement des pratiques organisationnelles avec les processus. Les axes du tableau de bord sont les suivants :

1. Résultats et processus
2. Ressources et pratiques organisationnelles

Certains indicateurs proposés initialement aux établissements ont ensuite été adaptés pour permettre une représentation plus juste des effets engendrés par l'implantation du Lean en mode projet. Par ailleurs, diverses contraintes concernant l'obtention des données ont aussi dû être prises en compte pour témoigner des dimensions de performance retenues.

Les tableaux de bord développés sont enfin présentés et nous commentons les résultats observés. En bref, nous constatons globalement, dans les trois cas étudiés, des avancés de performance sous plusieurs angles découlant de nos deux axes principaux : efficacité, qualité des soins, accès et engagement du personnel.

Cependant, nous ne sommes pas à même de dresser un portrait complet, puisque plusieurs données sont manquantes. Par ailleurs, plusieurs limites d'interprétation doivent être soulevées pour remettre en perspective ce jugement globalement positif. Nous pouvons cependant conclure que **la démarche Lean a eu un effet positif sur la performance des établissements, les usagers et les différentes parties prenantes de l'organisation.**

Introduction

Le MSSS a confié au Pôle santé HEC Montréal et à la Chaire IRISS, un mandat pour apprécier comment la performance des établissements de la première vague de l'implantation du Lean au Québec a évolué depuis l'année 2010-2011 à aujourd'hui. L'évaluation de la performance est un enjeu de taille dans toutes les organisations. Cependant, dans un contexte aussi complexe que celui de la santé et des services sociaux, le défi est encore plus important.

Ce mandat s'est donc présenté dès le départ comme une mission délicate. D'une part, le projet était largement amorcé quand la demande a été formulée, d'autre part, les objectifs formels de performance n'ont pas été fixés a priori du projet d'implantation. Il est ainsi difficile d'apprécier adéquatement les gains de performance si l'intention n'est pas bien cernée au départ. Cependant, nous nous sommes attelés à la tâche et avons tenté de rendre au mieux justice aux efforts colossaux déployés par les trois établissements visés.

Ainsi, le CSSS Jardins-Roussillon, le CSSS Sud-Ouest-Verdun et le CHU de Québec ont collaboré au développement d'un tableau de bord qui peut permettre d'apprécier les gains de performance liées à l'implantation du Lean dans leur établissement respectifs. Ce rapport fait état de la démarche de développement et des tableaux de bord développés.

Le présent document est structuré de la façon suivante. Dans un premier temps, nous tenons à formuler quelques commentaires qui nous semblent importants pour interpréter correctement les résultats de cette recherche. Nous profitons de l'occasion pour apporter des précisions sur le mandat confié. Dans un deuxième temps, nous ferons état de la recension des écrits et des pratiques qui a été réalisée pour guider notre travail et nos interprétations. Nous présenterons, par la suite, la démarche que nous avons suivie pour élaborer les tableaux de bord pour les trois établissements. Enfin, nous achèverons ce document par une analyse et une interprétation des résultats.

Commentaires préliminaires et cadrage du mandat confié

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner la collaboration du MSSS et des trois établissements ayant fait partie de la démarche présentée dans ce rapport. Nous tenons donc à remercier chaleureusement les responsables de la performance et du dossier Lean au Centre hospitalier universitaire de Québec, au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud-Ouest-Verdun et au CSSS Jardins-Roussillon. Tant pour l'élaboration des tableaux de bord que pour la transmission des données, les intervenants des différents établissements ont tous généreusement contribué, dans des délais souvent contraignants. Les différents départements et services du Ministère ont aussi répondu présents à nos demandes à propos des indicateurs de performance possibles et nous ont aussi partagé conseils et avis.

Ce rapport s'inscrit dans la poursuite du mandat d'évaluation de l'implantation du *Lean healthcare Six Sigma* octroyé conjointement au Pôle santé et à la Chaire IRISS au début de l'année 2014. Rappelons les trois objectifs visés par ce contrat :

1. Identification des effets des projets *Lean* sur les usagers;
2. Identification des effets des projets *Lean* sur les autres secteurs, les autres services et les partenaires de l'établissement, le cas échéant;
3. Mesurer les effets des projets *Lean* sur la performance des établissements.

Un premier rapport¹, remis à l'automne 2014, faisait état des résultats des projets *Lean* réalisés par chaque établissement. Nous avons, de façon générale, constaté un effet positif de l'ensemble des projets initiés sur la performance organisationnelle et ce, dans chacun des établissements étudiés. La majorité des projets ont atteint leurs cibles. Nous avons cependant soulevé, dans ce premier rapport, quelques réserves d'interprétation à propos de la portée des projets et de leurs effets sur l'ensemble de la performance organisationnelle. Autrement dit, nous n'étions pas en mesure, à partir des résultats communiqués, de déclarer qu'un projet, même couronné de succès, était à même d'améliorer l'ensemble de la performance organisationnelle.

Ce second rapport vise à compléter cette analyse en ciblant l'impact global de l'implantation du *Lean* sur les usagers, le personnel et la performance globale des établissements au cours de la période couvrant les années 2010 à 2015, c'est-à-dire de la période avant l'implantation du *Lean* à ce jour.

Comme nous élaborerons plus largement dans ce rapport, les données obtenues permettent de constater une amélioration globale positive de la performance organisationnelle au cours de la période étudiée, au sein des trois établissements.

En revanche, il va de soi qu'une analyse de la sorte nécessite certaines clarifications. Nous tenons donc à émettre des mises en garde générales concernant l'interprétation des résultats contenus dans ce rapport :

- Bien que nous observions sous plusieurs angles des améliorations de performance, il nous est impossible d'établir une corrélation directe, statistiquement significative, entre le déploiement des projets *Lean* et les améliorations identifiées.
- Puisque le déploiement du *Lean* dans les trois établissements s'est effectué dans un mode projet, il est difficile d'évaluer l'impact spécifique du *Lean* sur les indicateurs stratégiques globaux des organisations. Bien qu'on puisse lier les trente projets réalisés à des enjeux plus ou moins stratégiques a posteriori, ces projets n'ont pas été reliés directement à des objectifs et indicateurs de performance stratégiques suivis.

¹ Pôle santé HEC Montréal - « Tableau de bord des projets *Lean* des trois établissements de la vague 1 », octobre 2014, 22p.

- Chaque établissement ayant eu carte blanche pour choisir les projets à réaliser, les critères de sélection des projets ont varié d'un établissement à l'autre et l'impact sur la performance organisationnelle n'était pas le seul critère retenu. Les comités tactiques présents dans chaque établissement n'ont pas nécessairement utilisé une méthode de sélection des projets standardisée.
- Le MSSS n'ayant pas imposé au départ un cadre de mesure des effets du Lean, les établissements n'ont pas inscrit, dès le départ, leurs projets dans un cadre de performance unifié.
- N'ayant pas été impliqué en amont du processus de déploiement, il n'a pas plus été possible pour notre équipe de créer un outil de mesure et d'évaluation standardisé pour l'ensemble des établissements.
- Nous avons également expérimenté des enjeux au niveau de la période de mesure : les trois établissements n'ayant pas pris des éléments de mesure aux mêmes temps, il est donc difficile d'établir un temps zéro. Nous avons donc dû utiliser une approche modulable pour chaque établissement, en tentant de conserver au mieux des aspects communs en vue d'une comparaison inter-établissements. La portée d'une éventuelle comparaison entre les trois établissements est donc très difficile.
- Les établissements ont éprouvé des difficultés importantes concernant la cueillette des données nécessaires au calcul des indicateurs. Ainsi, à ce jour, les indicateurs suggérés par le MSSS pour l'évaluation de la performance des services spécialisés en chirurgies ne peuvent, en grande partie, pas être mesurés et calculés par les établissements. Des changements de système d'exploitation ont aussi causé des problèmes.
- Il nous est impossible d'évaluer quantitativement les dimensions de l'engagement, du leadership et des compétences de l'ensemble des intervenants. Les établissements ne possèdent, actuellement, pas d'outils ou de méthodes pour procéder à cette mesure. Des mesures peuvent être prises pour approximer ces dimensions mais elles n'offrent que des visions partielles.
- Si dans ce cas de figure, les sondages d'Agrément Canada peuvent être utiles, les données ne sont malheureusement recueillies qu'à intervalle très distancé. Il semble, de plus, que l'utilisation de ces outils de mesure sur une base plus rapprochée pourrait entraîner une corruption des résultats. Du moins, Agrément Canada ne prône pas cette utilisation.
- De même, l'amélioration de la qualité des soins et des services a souvent la fâcheuse particularité de ne pas montrer beaucoup de traces lorsque vient le temps de mesurer la performance par des indicateurs traditionnels. Malgré la disponibilité d'indicateurs de qualité comme le nombre d'erreurs de médicaments, le nombre de chutes ou la quantité de plaies de pression, on caractérise beaucoup plus facilement la quantité que la qualité en tant que telle. Il en va de même avec l'expérience-patient et la qualité de vie pour les employés. Nous avons fait de notre mieux pour identifier les meilleurs indicateurs pour témoigner de ces éléments

- mais il est évident que certaines dimensions qualitatives échappent aux mesures à disposition des établissements.
- Malgré un mouvement déterminant vers le déploiement d'une culture Lean dans les trois établissements étudiés, il demeure que le mode projet a concentré les initiatives dans certains secteurs. Ainsi, des améliorations locales ont été observées mais l'effet global sur les indicateurs d'établissement peut être difficile à percevoir. Nous avons donc quelques fois retenu des indicateurs plus sectoriels pour refléter l'impact du Lean.
 - Par ailleurs, plusieurs effets se sont combinés pour donner la performance que nous observons. Dans certains cas, des coupes financières ont été épongées, des réorganisations ont eu lieu ou des fusions ont été réalisées, pendant que l'implantation du Lean avait cours. Nous ne pouvons donc pas apprécier l'impact spécifique du Lean sur l'évolution de la performance « toutes choses égales par ailleurs », comme la formule consacrée le voudrait. Notre interprétation est par conséquent contextualisée.
 - Enfin, bien que deux des établissements évalués soient investis d'une mission universitaire, aucun des établissements n'a mené un projet dans le secteur de la formation, de la recherche ou de l'évaluation des technologies. Il nous apparaît donc difficile d'inclure dans le tableau de bord des éléments en trait avec la mission universitaires. Dans l'avenir, il serait à propos de considérer inclure des éléments portant sur cet aspect.

D'entrée de jeu, nous pouvons déjà, à la lumière des difficultés et des mises en garde cités ci-haut tirer quelques constats d'importance. En particulier, **la mesure de l'effet du Lean, ou de toute autre démarche visant l'amélioration de la performance, doit s'accompagner d'un travail minutieux de définition de la performance visée au départ.** Cette étape est totalement manquante dans la démarche entreprise dans le cadre des investissements de première vague. Le Ministère n'a pas fixé d'objectifs, d'indicateurs ni de cibles pour guider les établissements. De même, chacun des établissements n'a pas orienté la sélection des projets ou de l'ensemble de la démarche en alignement avec des visées précises². Nous avons suspecté ce triste constat sur le manque d'alignement en cours d'appréciation de la maturité Lean des établissements et il est devenu flagrant dans le cadre du présent mandat. **Il apparaît donc a posteriori une entreprise impossible de mesurer l'effet du Lean avec rigueur si les visées du départ ne sont pas bien fixées.**

Ajoutons aussi que l'approche par projet privilégiée par le ministère de la santé et des services sociaux pour cette première vague est aussi à la source de cette difficulté. Ainsi, **le Lean a été pris au départ comme une implantation technique et a été soutenu par**

²À l'exception peut-être du CSSS Jardins-Rousillon qui avait tout de même centré la sélection des premiers projets vers l'amélioration de l'accès. Avec les contraintes financières de l'établissement, cette focalisation a cependant quelque peu été perdue.

une firme technique (Fujitsu) dans une optique de projet. Ce fut possiblement un choix logique, dans un contexte de faible maturité des instances ministérielles et des établissements en matière de Lean, mais l'approche, dans son essence même, empêche une évaluation adéquate de l'effet du Lean sur la performance globale de l'établissement.

Il nous apparaît en conséquence impraticable d'avoir une approche d'appréciation des effets du Lean structurée, partant des enjeux, en passant par les objectifs stratégiques et tactiques et menant aux projets. **Une démarche structurée de type hoshin kanri aurait été souhaitée pour structurer cette déclinaison des projets et pouvoir en apprécier adéquatement la performance.** Cet exercice n'a pas été fait a priori et les projets ont été souvent sélectionnés de façon opportuniste sur la base de différents critères qui ne sont pas tous liés à la performance organisationnelle. Le choix des projets a aussi été influencé par les équipes de consultant qui disposaient d'expertise dans des domaines spécifiques.

Considérant l'ensemble de ces mises en garde, nous avons procédé à une évaluation des effets du Lean sur les usagers et sur la performance globale des trois établissements de la vague 1 du vaste projet ministériel. Nous avons basé notre démarche sur une approche hoshin kanri « en jalonnement arrière », c'est-à-dire en tentant d'identifier comment les projets devraient s'inscrire dans l'amélioration de la performance globale de chaque établissement.

Cependant, pour approcher le mandat et éclairer notre chemin, nous avons recensé les écrits et nous présentons ici la revue de littérature réalisée.

Revue de la littérature

L'approche Lean, théorisée et popularisée en 1990 avec la parution de l'ouvrage « *The Machine That Changed the World* » (Womack, Jones, & Roos, 1990), a progressivement essaimé dans d'autres secteurs que le manufacturier au cours de la décennie '90.

Les établissements de santé à travers le monde ont entamé un virage Lean vers la fin des années 1990, dans le prolongement des tentatives de rationalisation des services de santé lancées à partir des années 1980 (Radnor, Holweg, & Waring, 2011) pour répondre à un contexte budgétaire de plus en plus difficile et des pressions grandissantes pour l'amélioration de la qualité des soins accordés aux patients.

Ainsi, il est possible dès 1998, de répertorier les premiers articles sur le Lean en santé, même s'il faut attendre 2002 pour identifier un réel engouement pour le sujet (Plytiuk, Pasqualine, E, & Pinheiro de Lima, 2012). Pour autant, la littérature scientifique se limite encore, en grande partie à l'étude des concepts et les études empiriques sur le Lean réalisées jusqu'à présent, manquent pour la plupart d'une rigueur méthodologique qui permettrait de distinguer l'apport réel du Lean à la performance de l'organisation – (Vest & Gamm, 2009; Pedersen & Huniche, 2011).

Bien que les auteurs ne s'accordent pas tous sur les bénéfices du Lean – notamment concernant les gains pour les employés – (Hasle, 2014), la littérature semble toutefois faire consensus sur le fait que, déployé comme une philosophie, le Lean a de plus grandes chances de succès (Grabau & Prachand, 2010; Grabau M. , 2009; Hasle, 2014).

Mesurer l'impact du Lean sur la performance organisationnelle revient alors à identifier les conséquences de l'approche, tant sur la performance financière et opérationnelle que sur la culture de l'organisation et les compétences des individus la composant. Il s'agit dès lors de s'attarder, dans un premier temps, sur les indicateurs développés dans la littérature scientifique pour mesurer la performance organisationnelle des établissements de santé dans un contexte Lean et de les confronter, dans un deuxième temps, à ceux utilisés sur le terrain afin de développer un tableau de bord pertinent pour les établissements ayant pris part au projet Lean Santé.

Ce que révèle la littérature scientifique

Méthodologie

Pour les besoins de cette étude, une recherche par mots clés (une combinaison des termes suivants : Lean, Healthcare, organizational performance, impact, effect, mesures, indicators, evaluation, assessment) sur plusieurs bases de données (ABI/Inform, Emerald et HEC) a été réalisée. Trente-cinq articles ou ouvrages, plus ou moins pertinents, ont ainsi été consultés afin d'établir une liste de dimensions à mesurer et de sélectionner les indicateurs s'y afférant.

Comme il a déjà été souligné, il n'existe pas de recherches empiriques suffisamment rigoureuses sur la notion de mesure de l'impact du Lean sur la performance organisationnelle dans la santé.

Plusieurs auteurs font d'ailleurs état de cette lacune dans la littérature scientifique dédiée au Lean dans le secteur de la santé. L'étude d'Arbjorn et Freytag (2013) déplore le fait que près d'un tiers des articles dans la littérature scientifique considèrent encore le Lean comme une boîte à outils et que seuls quelques articles documentent les effets positifs du Lean sur l'organisation. Ezzeddine (2006) souligne, quant à lui, l'absence d'indicateurs de mesure de performance organisationnelle pour le domaine de la santé. Deux raisons majeures sont avancées pour expliquer cette lacune. D'une part la littérature scientifique n'est pas suffisamment mature et se concentre davantage sur le transfert des principes Lean au secteur de la santé et sur l'identification de facteurs clés de succès dans l'implantation du Lean que sur le sujet de la mesure à l'échelle de l'organisation (Plytiuk, Pasqualine, E, & Pinheiro de Lima, 2012). D'autre part, très peu d'hôpitaux ont implanté le Lean à grande échelle. Selon une étude de l'American Society for Quality datant de 2009, seuls 4% des établissements sondés ont procédé à un déploiement total du Lean (Anonymous, 2010). Jusqu'à présent, l'implantation du Lean se fait dans des secteurs isolés plutôt que de manière systémique (Burgess & Radnor, 2013). Par conséquent, il est plus courant de trouver des indicateurs de mesure de performance pour les projets que pour l'organisation dans son ensemble.

Il a par conséquent été nécessaire de faire appel à des articles sur des sujets/secteurs connexes – Quality Improvement (Alexander, Weiner, & Griffith, 2006) service public ou manufacturier (Kaplan & Norton, 1992; Sanchez & Perez, 2001) – afin d'établir un tableau de bord exhaustif.

Résultats

En recoupant les écrits de la littérature, sur les tableaux de bord (Kaplan & Norton, 1992; Kirchbaum, 2007), sur l'évaluation du Lean dans les secteurs manufacturiers ou des services (Sanchez & Perez, 2001) ainsi que sur l'impact du Lean sur la performance des établissements de santé (Ezzeddine, 2006; Ben Tovim, Bassam, Bolch, & Martin, 2007; Toussaint & Berry, 2013), quatre dimensions émergent (Figure 1) :

Figure 1: Les dimensions du tableau de bord pour la mesure de la performance organisationnelle

-
1. La performance financière
 2. L'efficacité des processus :
 3. Le client/ patient
 4. Les individus de l'organisation
-

Ces quatre dimensions découlent directement de la synthèse des écrits de sept auteurs qui se sont illustrés dans l'évaluation de la performance organisationnelle (Figure 2).

Figure 2 : Les dimensions de la mesure de la performance organisationnelle dans un contexte Lean

Dimensions	Auteurs						
	(Kaplan & Norton, 1992)	(Kirchbaum, 2007)	(Alexander, Weiner, & Griffith, 2006)	(Sanchez & Perez, 2001)	(Ezzeddine, 2006)	(Toussaint & Berry, 2013)	(Ben Tovim, Bassam, Bolch, & Martin, 2007)
Performance Financière	Focus Investisseur : définie comme productivité	Performance Financière définie comme productivité, coût.	Performance Financière définie comme Flux de trésorerie et coût par cas			Performance Financière définie comme Marge opérationnelle et productivité	Performance Financière définie comme Coût
L'efficacité des processus	Processus et compétences définie comme la, qualité et la productivité & Valeur ajoutée : définie comme innovation, et efficacité opérationnelle	Qualité définie comme qualité des services proposés & Sûreté définie comme protection contre les incidents		Amélioration continue Élimination des gaspillages Production et JIT Intégration des fournisseurs Efficacité des SI	Amélioration continue Élimination des gaspillages Production et JIT Efficacité des SI	Qualité définie comme qualité des soins & Sûreté définie comme protection contre les incidents	Qualité des soins définie comme la Sûreté Efficacité des processus définie comme accessibilité
Focus Client	Perspective-client définie en termes de qualité et de coût	Réactivité définie comme réponses aux attentes des clients				Patient définie comme satisfaction globale	Efficacité des processus définie comme accessibilité
Individus de l'organisation	Processus et compétences définie comme les compétences des employés	Employés définie comme formation, évaluation des compétences et satisfaction globale & Sûreté définie comme protection contre les incidents		Équipes pluridisciplinaires définie comme travaux d'équipes et partage des connaissances & Efficacité des SI définie comme évaluation du Leadership	Équipes pluridisciplinaires définie comme travaux d'équipes et partage des connaissances & Efficacité des SI définie comme évaluation du Leadership et développement des compétences	Employés définie comme engagement et évaluation de leur santé et condition de travail	Employés définie comme Engagement, communication, formation

Ainsi, l'ensemble des auteurs se limitent à un nombre restreint de dimensions. Kirchbaum (2007) invite d'ailleurs à ne pas dépasser cinq pour éviter d'élaborer un tableau de bord difficile à consulter de manière régulière. Bien qu'il existe certaines nuances entre les différentes dimensions proposées, il est important de souligner la récurrence de certains concepts tels que la qualité, la focalisation sur le client, l'attention particulière portée aux individus de l'organisation, en particulier les employés, et l'effort continu pour soutenir l'efficacité opérationnelle. Ces dimensions sont d'ailleurs tout simplement le reflet des principes directeurs Lean théorisés par Liker (2004). Il n'est d'ailleurs pas étonnant que la performance financière, bien que présente dans tous les modèles, soit reléguée au second plan, comme un écho au principe premier du Lean.

Nous avons approfondi les quatre grandes dimensions proposées pour évaluer la performance organisationnelle. Dans un premier temps, la **performance financière** est généralement définie en termes de productivité, de réduction des coûts et d'amélioration des flux de trésorerie. Les indicateurs qui y sont le plus affiliés dans la littérature scientifique sont la réduction du coût moyen par cas et l'amélioration de la productivité et de la marge opérationnelle de l'établissement (Figure 3).

Figure 3 : Les indicateurs de performance financière

Dimension	Sous-dimension	Indicateurs	Auteurs
Performance Financière	Coût	Coût par cas	(Alexander, Weiner, & Griffith, 2006)
	Productivité	Productivité	(Toussaint & Berry, 2013)
	Flux de trésorerie	Marge Opérationnelle	(Toussaint & Berry, 2013)

Vient ensuite la performance opérationnelle, autrement appelée **l'efficacité des processus**. Elle est définie à la fois en terme de réduction des délais, d'amélioration du système d'information et de qualité et de sûreté (figure 4). Dans ce contexte, la qualité et la sûreté réfèrent avant tout à la qualité et à la sûreté des processus de soins prodigués comme la réduction des incidents ou maladies nosocomiales qui auraient pu être évités si des processus de contrôle avaient été intégrés. L'efficacité des systèmes d'information renvoie à la qualité et l'efficacité des moyens de communication tandis que les délais évoquent la réduction des temps d'attente et des activités à non-valeur ajoutée.

Figure 4 : Les indicateurs d'efficacité des processus

Dimension	Sous-dimension	Indicateurs	Auteurs
Efficacité des processus	Délais	Temps d'enregistrement des patients Délais d'attente pour consulter Temps et distance de transport du lit aux autres services Temps de rotation des lits # d'activités éliminées grâce à un SI efficace	(Ezzeddine, 2006)
		Nombre de fois où le patient est transporté Distance totale de transport pour un patient Tps nécessaire pour référer un patient Nombre de référence traitée par jour/ nombre total de référence	(Kollberg, Dahlgaard, & Brehmer, 2006)
	Efficacité SI	Fréquence de diffusion de l'information % des procédures écrites Information diffusée en continue dans un endroit spécifique Nombre de media utilisés (e-mail, newsletters, réunion, etc.) Nombre de pers atteinte	(Ezzeddine, 2006)
Qualité et Sécurité	Qualité et Sécurité	Nombre d'incidents évitables (maladies nosocomiales)	(Toussaint & Berry, 2013)
		Nombre de contrôles qualité Nombre de processus où les mesures de contrôle sont intégrées Temps de rotation des Temps entre la demande de consultation et la consultation	(Ezzeddine, 2006)
		Différence entre le tps d'attente estimé et réel pour une opération ou une consultation Temps d'attente du personnel avant d'être en mesure de répondre à la demande d'un patient Temps de préparation pour une consultation ou une opération Nombre d'heures où les machines sont à l'arrêt à cause d'un problème technique/ temps total d'utilisation des machines	(Kollberg, Dahlgaard, & Brehmer, 2006)

La notion de **perspective-patient** est, quant à elle, définie en termes de qualité des soins, d'accessibilité et de satisfaction globale de l'expérience-patient (figure 5). Elle renvoie avant tout aux attentes du patient en termes de facilité d'accès au soin et de faible versatilité des traitements. Elle se mesure en règle générale dans les hôpitaux Lean par le biais d'un questionnaire mesurant la perception du patient sur les soins et l'attention qui lui ont été prodigués.

Figure 5 : Les indicateurs de la perspective-patient

Dimension	Sous-dimension	Indicateurs	Auteurs
Perspective-patient	Qualité des soins	Nombre de personnel hautement qualifié Degré de cohérence entre les départements concernant le traitement d'un même diagnostic ou d'une même demande de soin	(Kollberg, Dahlgaard, & Brehmer, 2006)
	Accessibilité	Réadmission au 30 jours Temps d'attente pour avoir une consultation ou une opération p/r à une cible Heures d'ouverture du centre	(Toussaint & Berry, 2013) (Kollberg, Dahlgaard, & Brehmer, 2006)
	Satisfaction globale	Questionnaire de satisfaction	(Toussaint & Berry, 2013) (Kollberg, Dahlgaard, & Brehmer, 2006)

Enfin la notion de **perspective- individus** est définie en termes de Leadership et compétences, de formation, de sûreté, et de satisfaction globale. La notion de Leadership renvoie tant à celui des dirigeants que celui des employés; la formation se réfère à la qualité et à l'efficacité des formations octroyées aux employés en vue de développer leurs compétences au quotidien; la sûreté évoque la sécurité des conditions de travail pour les employés; enfin, la satisfaction globale des employés permet notamment de mesurer le taux d'engagement des employés (figure 6).

Figure 6 : Les indicateurs de la perspective-individus

Dimension	Sous-dimension	Indicateurs	Auteurs
Perspective-individus	Leadership et compétences	Nombre de rencontre d'information the direction - employés Nombre de décisions que les employés peuvent prendre sans la supervision d'un sup Nombre de proposition par employés Bénéfices ou économies faites grâce à ses suggestions % d'employés travaillant en équipe Nombre et % de tâches réalisées par les équipes Nombre de «job classifications» Nombre de niveau hiérarchique dans l'organisation	(Ezzeddine, 2006)
	Sûreté	Nombre de jours où les employés sont absents, malades ou blessés	(Toussaint & Berry, 2013)
	Formation	Questionnaire d'évaluation des formations	(Testani, Ramakrishnan, & Sobeski, 2014)
	Satisfaction globale	Taux d'engagement	(Toussaint & Berry, 2013)

Conclusions et limites de la recension des écrits

La littérature scientifique ayant pour sujet d'étude l'impact du Lean sur la performance organisationnelle est aujourd'hui encore bien peu nombreuse. Les articles sont bien souvent conceptuels et le peu d'études empiriques sur le sujet font preuve d'une méthodologie pour le moins bancal. À cet égard, il existe très peu d'articles qui recensent des indicateurs de performance Lean spécifiques aux secteurs de la santé et qui ont été prouvés et éprouvés. Les indicateurs de performances sont, par conséquent, en grande majorité très peu systémiques, ce qui fait de la construction d'un tableau de bord de mesure de la performance organisationnelle, une tâche ardue pour les professionnels de la santé.

Certains établissements étant un peu plus avancés dans leur trajectoire Lean, commencent à établir des indicateurs de suivi de leurs avancées. Pour autant, il n'est fait état de ces indicateurs que dans la littérature grise, ce qui limite l'évaluation de leur pertinence et de leur caractère généralisable à l'ensemble du secteur de la santé.

Enfin, il apparaît que la dimension individus se concentre, du moins dans le contexte de la santé, avant tout sur les employés, alors que cette dimension gagnerait à être élargie à l'ensemble des parties prenantes de l'organisation. Or, l'impact du Lean sur les partenaires

de l'organisation n'a pas été étudié et il n'est fait nulle part état d'indicateurs en mesure d'évaluer cet impact.

Pour pallier ces lacunes, il a été décidé de confronter ces dimensions à celles mises au point sur le terrain afin de parvenir à un tableau de bord scientifiquement éprouvé et pertinent pour les praticiens.

Ce que révèle le terrain

En 2012, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a mis au point un tableau de bord de mesure de la performance, développé à l'issue de nombreuses concertations avec les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux. Ce tableau de bord veille à évaluer la performance du système de santé et de services sociaux à l'aide d'un cadre de mesure tridimensionnel : accessibilité des services, qualité des services et optimisation des ressources. Pour chaque axe, le MSSS a défini diverses dimensions qu'on retrouve synthétisées dans le tableau suivant (figure 7).

Figure 7 : Les dimensions de la performance selon le MSSS

Dimension	Sous-dimension	Définition
Accessibilité des services	Accessibilité	Désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportuns
	Équité d'accès	Désigne la capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.
	Efficacité	Désigne la capacité d'améliorer la santé et le bien-être des usagers
Qualité des services	Sécurité	Désigne la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population
	Réactivité	Désigne la capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers
	Continuité	Désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée. Dans le contexte de services organisés par niveau (services de première ligne, deuxième ligne (services spécialisés), troisième ligne (services surspécialisés)), la continuité doit s'opérer à l'intérieur d'un niveau et entre les niveaux
Optimisation des ressources	Efficienc	Désigne la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale
	Viabilité	Désigne la capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population.

Notre démarche

Outre l'analyse de la littérature et du cadre ministériel, des entrevues sur l'évaluation de la performance organisationnelle ont été menées dans les trois établissements de santé québécois ayant entrepris le déploiement du Lean dans la première vague. Tous étaient familiers avec le tableau de bord développé par le MSSS³. Des commentaires quant à l'utilisation qui en est faite ont été recueillis et ont contribué au modelage du tableau de bord d'appréciation des effets du Lean sur la performance des établissements.

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la logique du déploiement du Lean dans les établissements était centrée sur les projets. Les établissements ayant été interrogés ont tous trois développés des indicateurs spécifiques à chacun de leurs projets Lean.

Cependant, dans aucun des cas, des indicateurs de performance globaux et systémiques n'ont été fixé au départ du projet. Ainsi, l'essentiel du travail réalisé consistait à déterminer à rebours quels devraient être les indicateurs à retenir pour témoigner le plus adéquatement des effets du Lean. La nature des projets Lean menés a influencé le choix des indicateurs. Par exemple, nous avons privilégié des indicateurs sectoriels plutôt que des moyennes globales, sachant que les projets ne pouvaient vraisemblablement pas affecter la moyenne générale d'une façon significative. Nous avons cependant tenté de nous inscrire au plus près dans le cadre ministériel de performance, d'une part pour légitimer le choix des indicateurs retenus et d'autre part pour favoriser une éventuelle comparaison. Dans cette optique, certains indicateurs développés par l'AQUESS⁴ ont servi à étoffer la liste des indicateurs pertinents pour l'évaluation de l'impact du Lean sur la performance organisationnelle. La figure 8 fait état de la structure générale des dimensions de performance qui nous ont guidés dans la sélection des indicateurs dans les tableaux de bord des trois établissements.

Les tableaux de bord présentés dans ce document prennent compte des commentaires formulés par les établissements. Il est important de noter que certains indicateurs souhaitables n'étaient pas disponibles. Nous avons souvent opté pour des palliatifs, en discutant avec les établissements. Cependant avant de présenter les tableaux de bord, nous reprenons en détail les éléments en lien avec la démarche entreprise pour les développer. Nous allons ainsi préciser la démarche de validation, apporter des précisions sur les indicateurs de chirurgie et préciser la période utilisée pour la mesure.

³ Ministère de la santé et des services sociaux (Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité) - Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion (2012)

⁴ AQUESS – Le réseau en 4 questions : regard ciblé sur la performance (2013)
http://www.aquess.qc.ca/docs/dossiers/Performance/rapport_public/Le_reseau_en_quatre_questions.pdf (dernière consultation le 24 février 2015)

Information sur la phase de validation

La phase de validation s'est déroulée selon la même méthode pour les trois établissements. Tout d'abord, nous avons rencontré les intervenants responsables de la démarche Lean dans les établissements pour nous permettre de bien comprendre les différents enjeux et particularités reliés à la mesure de performance dans ce vaste projet ministériel. Suite à ces rencontres, un premier prototype de tableau de bord a été acheminé aux représentants des établissements. Ceux-ci ont offert une rétroaction concernant la structure suggérée, les indicateurs choisis et la pertinence globale des mesures. Suite aux commentaires et suggestions émis par les établissements, une seconde version du tableau de bord a été soumise. Suivant le même mode opératoire, une rétroaction des établissements a permis de finaliser la troisième et définitive version de l'outil de mesure. Il est donc important de noter que cette section du rapport contient les versions finales des tableaux de bord adaptés à chacun des établissements.

Le tableau 1 présente les différentes rencontres ayant eu lieu avec les établissements. Ce tableau n'inclut pas les différents échanges électroniques ayant eu lieu tout au long du mandat et quelques rencontres informelles lors de la CvPAC ou d'autres forum pour discuter de ces enjeux.

Tableau 1 : Rencontres avec les établissements

	Date	Type de rencontre	Participants
MSSS	2015-01-06	Conférence téléphonique	Martin Hébert Marie-Hélène Jobin (HEC) Pierre-Luc Fournier (HEC)
CSSS-JR	2015-01-07	Rencontre – Hôpital Anna Laberge	Sylvain Létourneau André Lussier Marie-Hélène Jobin (HEC) Pierre-Luc Fournier (HEC)
	2015-06-08	Conférence téléphonique	Jean-François Routhier Pierre-Luc Fournier (HEC) Nadia Benomar (HEC)
CSSS-SOV	2015-01-07	Rencontre – Hôpital de Verdun	Éliane Favreau Sébastien Bucci Marie-Hélène Jobin (HEC) Pierre-Luc Fournier (HEC)
	2015-04-29	Conférence téléphonique	Éliane Favreau Sébastien Bucci Marie-Hélène Jobin (HEC) Pierre-Luc Fournier (HEC)
CHUQ	2015-01-13	Visioconférence	Daniel Laroche Éric Daneau Marie-Hélène Jobin (HEC) Pierre-Luc Fournier (HEC)
	2015-05-22	Conférence téléphonique	Daniel Laroche Éric Daneau Marie-Hélène Jobin (HEC) Pierre-Luc Fournier (HEC)
	2015-06-10	Conférence téléphonique	Danie Leclerc Pierre-Luc Fournier (HEC)

Mesure adaptée aux établissements

Les portefeuilles hétérogènes de projets Lean des trois établissements nous ont obligés à utiliser une approche adaptée pour chacun des établissements. Pour être en mesure d'évaluer l'impact du Lean sur la performance, les indicateurs sélectionnés se devaient d'être en lien avec la méthode de déploiement choisi. De plus, puisque le choix des projets fut influencé par les différentes missions des établissements, une approche adaptée à ce contexte était nécessaire.

D'autre part, les concepts d'engagement, de leadership et de compétences, présent à la fois dans la littérature scientifique et sur le terrain ont été ajoutés aux dimensions appréciées dans le tableau de bord de chaque établissement. Nous avons pris le pari de mesurer ces dimensions non seulement sur les employés, mais sur l'ensemble des parties prenantes.

Développement des fiches-indicateurs

Comme chaque tableau de bord développé est personnalisé, les fiches-indicateurs sont différentes d'un établissement à l'autre. Elles sont disponibles sur demande auprès des établissements. Cependant, nous avons pris le soin de préparer des fiches -indicateurs pour certaines dimensions qui n'étaient pas couvertes par les établissements (Se référer aux annexes).

Services spécialisés en chirurgie

Il est à noter que les trois établissements concernés ont tous réalisé des projets Lean dans le secteur des services spécialisés en chirurgie. Ce point commun a donc été utilisé dans l'élaboration du tableau de bord. Pour ce faire, le document de travail fourni par le MSSS sur l'évaluation de la performance des services spécialisés en chirurgie a été utilisé comme référence principale pour choisir un ensemble d'indicateurs de performance.

Les indicateurs suivants ont initialement été proposés aux établissements :

Indicateurs de qualité :

- Taux de patients qui sortent à la DMS prévue
- Taux de réadmission post-opératoire dans les 30 jours
- Taux de mortalité post-opératoire dans les 30 jours
- Taux d'annulation le jour même

Indicateurs d'optimisation des ressources :

- Taux d'infections du site opératoire
- Taux d'utilisation des priorités opératoires
- Coûts des activités chirurgicales
 - Heures travaillées par cas pondéré
 - Autres charges directes par cas pondéré
- Taux d'ouverture planifié du bloc opératoire

En revanche, bien que cette banque d'indicateurs permette de dresser un portrait particulièrement précis de la performance globale des activités chirurgicales d'un établissement, des difficultés non négligeables en lien avec la mesure de ceux-ci se sont présentées. En effet, un seul des établissements, soit le CSSS-SOV, a été en mesure de fournir la liste complète des mesures reliées à ces indicateurs. Les deux autres établissements n'ont été en mesure d'offrir qu'un compte rendu partiel. Après en avoir longuement discuté avec les intervenants de ces établissements, il est devenu apparent que ceux-ci ne sont pas en mesure, pour l'instant, de mesurer adéquatement ces indicateurs. Cette difficulté provient soit d'une absence de données ou d'une incompatibilité au niveau des systèmes d'informations.

Période évaluée

Les tableaux de bord exposés dans ce rapport présentent les résultats des indicateurs correspondants pour une période allant des années financières 2010-2011 (T0) à 2014-2015 (T1). Il est important de noter que cette période T0 de 2010-2011, précède le déploiement du Lean dans les trois établissements. La période 2014-2015 représente les données les plus à jour disponibles.

Il est à noter que certaines données n'étant pas disponibles pour ces deux points précis. Certains indicateurs utilisent une périodicité différente. Nous avons opté pour la prise de mesure se rapprochant le plus possible du temps de mesure souhaité. Une annotation spécifique se trouve dans le tableau de bord dans la colonne commentaires indiquant à quels moments correspondent T0 et T1 pour les indicateurs concernés. La variabilité dans la période de mesure est certainement une limite à l'interprétation des résultats. Nous avons cependant jugé qu'il était préférable d'avoir des mesures disponibles à une période proche de la date souhaitée que de ne pas avoir de prise de mesure du tout.

Figure 8 : Tableau de bord d'évaluation de l'impact du Lean sur la performance organisationnelle

Axe	Dimension	Sous-dimensions	Définition
Résultats et processus	Résultats usagers/patients	Accessibilité	Est définie en termes de facilité d'accès au soin requis, à l'endroit et au moment opportuns
		Qualité des soins : ✓ Efficacité ✓ Sécurité ✓ Réactivité ✓ Continuité	Est définie en termes d'efficacité et de sécurité pour les patients. Elle renvoie également à la capacité des établissements à se montrer réactifs face aux attentes des usagers et de leur offrir des services intégrés.
		Satisfaction globale	Est définie en termes de bien-être perçu par les usagers lors de leur expérience au sein de l'établissement
		Efficiences	Désigne la capacité d'utiliser les ressources disponibles de façon optimale : elle est définie en termes de productivité et de réduction des coûts Renvoie à l'utilisation des ressources
Ressources et pratiques organisationnelles	Individus	Sûreté	Est définie en termes de sécurité des conditions de travail pour les employés
		Formation	Est définie en termes de qualité et d'efficacité des formations octroyées aux employés en vue de développer leurs compétences au quotidien
		Satisfaction globale	Est notamment définie en termes d'engagement des employés
	Déploiement du Lean	Engagement	Renvoie à l'engagement des parties prenantes
		Leadership et compétences	Renvoie au leadership et compétences Lean de l'ensemble des parties prenantes

C'est en gardant ce canevas à l'esprit, que les tableaux de bords spécifiques à chaque établissement ont été mis sur pieds. Chaque établissement dispose désormais d'un tableau de bords (figure 10-11-12) qui est le fruit de la synthèse de l'ensemble des indicateurs de performance utilisés par l'établissement, combiné à ceux développés par le MSSS ou évoqués dans la littérature scientifique.

Chaque établissement dispose de fiches pour les indicateurs qu'il mesure (disponibles auprès des établissements sur demande). L'équipe de recherche a toutefois développé des fiches pour les indicateurs spécifiques au Lean, dans la mesure où ces indicateurs ne sont pas présents dans les établissements. Ces fiches présentes en annexes sont résumées dans la figure 9 ci-dessous :

Figure 9 : Récapitulatif des fiches - indicateurs

Axe	Dimension	Sous-dimensions	Indicateurs	Commentaire
Ressources et pratiques organisationnelles	Individus	Sûreté		Indicateurs spécifiques à chaque établissement Cf : tableau de bord par établissement
		Formation	Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean	Annexe 1 - a
			Pourcentage de d'heures de formation sur le Lean	Annexe 1 - b
	Déploiement du Lean	Satisfaction globale	Degré de satisfaction global du personnel	Indicateurs spécifiques à chaque établissement Cf : tableau de bord par établissement
			Degré de satisfaction du personnel dans les secteurs touchés par le Lean	Annexe 2 (sondage)
	Déploiement du Lean	Engagement	Niveau d'engagement des groupes d'intervenants	Annexe 3 (sondage)
		Leadership et compétences	Degré d'alignement du leadership et des compétences Lean au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean	Annexe 4 (sondage)

Résultats

Résultats du CSSS Sud-Ouest-Verdun

Figure 10 : Résultats de l'évaluation de l'impact du Lean sur la performance organisationnelle du CSSS-SOV

Axe	Dim.	Sous-dim.	Définition	T0	T1	Commentaire
Résultats et processus	Résultats usagers/ patients	Accessibilité	Taux d'annulation le jour même	4,4	4,63	Secteurs inclus: Bloc opératoire <i>Source: Med-GPS BLO-5040</i>
			Patients opérés hors délai/total des patients opérés	228/ 6 215= 3,67%	131/6 108= 2,14%	<i>Source : SIMASS 11-12 P13 et 14-15 P13</i>
			Délai d'attente moyens pour clientèle PTH, PTG, et fractures de la hanches (pour accès à la chirurgie)	PTH: 14,4 sem PTG: 18,6 sem	PTH: 15,5 sem PTG: 15,8 sem	
			Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie	PTH: 85,9, PTG: 74,2, Cataractes: 99,9 CDJ: 77,4 Chir hospit: 96,8	PTH: 94,8, PTG: 92,6, Cataractes: 99,9 CDJ: 88,3 Chir hospit: 96,9	<i>Source : TBIG</i>
			Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an	16	0	<i>Source : SIMASS 11-12 P13 et 14-15 P13</i>
			Proportion de patients ayant subi une réparation d'une fracture de la hanche le jour même, le lendemain ou le surlendemain	95,70%	98,90%	<i>Source: Med-Écho 11-12: 111/116 cas (données de P1 à P13) 14-15: 92/93 cas (données de P1 à P11)"</i>
			Pourcentage des demandes traitées dans les délais requis (Tomo, Echo, IRM)	N/D	Graphies: 100% Scopies: 85,35% Tomo: 97,26% IRM: 48,68	<i>Source: TBIG en 14-15; Données erronées en 2011-2012 inscrites dans GestRed dans la même colonne 0-90 jrs</i>
			Nombre d'exams par jour (indicateur générique d'imagerie médicale)	239 examens/jr	230 examens/jr	<i>Source : SAP</i>
			Pourcentage des délais d'attente dépassant les normes cliniques (colonoscopie)	N/D	57,88%	<i>Source: Entrepôt Logibec Secteur inclus: colonoscopie ; Cible: P1 - 1 jour, P2- 14 jours, P3- 60 jours, P4- 180 jours. Les 23 cas de P5 sont exclus de l'analyse car pas de cible</i>

			Taux d'usager ayant prélèvement sanguin dans délai de moins de 45 min	35%	68%	Inclus: Prélèvements faits à l'Hôpital de Verdun
	Qualité des soins :		Durée moyenne de séjour	Médecine: 10,9 Chirurgie: 4,2 URFI: 28,3	Médecine: 10,7 Chirurgie: 4,0 URFI: 32,1	Source : données de l'ADT (Med-GPS); Médecine : excluant soins palliatifs, soins intensifs et URFI
			Taux de patients qui sortent à la DMS prévue (%)	40,33%	40,36%	Mesure globale pour l'ensemble des DMS. Source: Med-Echo et cibles du groupeur Med-Echo.
			Taux de réadmission global (%)	29,50%	27,70%	Considérant qu'une réadmission = réadmission après 30 jours. Inclus Médecine et chirurgie. Source: Med-Echo
			Proportions des heures soins infirmiers en temps complet	59,98%	63,98%	Marge d'erreur: Nous supposons que les heures supplémentaires sont toujours travaillées par des temps complets, car il n'est possible de séparer les heures supplémentaires travaillées par des temps complets de celles travaillées par des temps partiels. Source: SAP
			Taux de réadmission post opératoire dans les 30 jours (%)	34,40%	29,40%	Source: Med-Echo Données 14-15: Données des périodes 12 et 13 non disponibles (pas encore passé aux archives).
			Taux de mortalité postopératoire dans les 30 jours (%)	1,96%	1,65%	
			Taux de complications pendant l'hospitalisation, global courte durée (%)	17,30%	15,60%	Source: Med-Echo Inclus Médecine et Chirurgie. Données 14-15: Données des périodes 12 et 13 non disponibles (pas encore codé aux archives).
			Taux de complications pendant l'hospitalisation, classe chirurgicale (%)	15,50%	15,60%	Données 14-15: données des périodes 12 et 13 non disponibles (pas encore codé aux archives).
			Taux de complications pendant l'hospitalisation, chirurgie (%)	1,20%	0,80%	Source: Med-Echo Données 14-15: données des périodes 12 et 13 non disponibles (pas encore codé aux archives).

			Taux d'infections du site opératoire (%)	4,90%	5,80%	Source: Med-Echo Inklus dans «Complications», courte durée chirurgicale. Données 14-15: Données des périodes 12 et 13 non disponibles (pas encore codé aux archives).
	Satisfaction globale		Taux de satisfaction de l'expérience client (%)			Source: Sondages d'agrément 2011 et 2015
			Hébergement (moyenne des 3 aspects)	80%	87%	
			Relation avec le client	82%	89%	
			Prestation professionnelle	80%	86%	
			Organisation des services	79%	86%	
			Hôpital de Verdun et CLSC (moyenne des 3 aspects)	85%	87%	
			Relation avec le client	88%	90%	
			Prestation professionnelle	84%	86%	
			Organisation des services	82%	84%	
	Efficience		Temps supplémentaire	2,26%	2,36%	Source: SAP % de TS sur le nombre total d'heures travaillées pour tous les titres d'emplois
			Gains d'efficience reliés aux projets Lean (\$)	N/A	879 921,13 \$	Données mesurées à l'automne 2014. Certains indicateurs ont été relevés à la main. Ces données sont en lien avec 13 projets Lean.
			Gains financiers réels récurrents reliés aux projets Lean (\$)	N/A	305 940,00 \$	
			Gains financiers réels non-récurrents reliés aux projets Lean (\$)	N/A	8 821,00 \$	
			Taux d'utilisation des priorités opératoires	N/D	N/D	
			Taux d'utilisation des capacités opératoires	76,40%	75,30%	Source: Med-GPS BLO 6200, secteur Chirurgie
			Taux d'ouverture du bloc opératoire	N/D	N/D	
			Coûts des activités chirurgicales			

			Heures travaillées par cas pondéré	11,46	13,26	Source : SAP Ratio bloc + CDJ
			Autres charges directes par cas pondéré	878,86 \$	783,36 \$	Source : SAP Ratio bloc + CDJ
			Coût moyen (imagerie médicale)	50,44 \$	52,75 \$	Source : Coûts unitaires de l'AS-471 (procédures) Centre d'activités: 6830 (imagerie)
			Coût par cas cliniques externes	14,31 \$	14,66 \$	Source : Coûts unitaires de l'AS-471 Centre d'activités: 6302 (cliniques externes spécialisées)
			Pourcentage d'augmentation du nombre de chirurgies réalisées	-	5,43%	Hospitalisation + CDJ Source: AS-478
Ressources et pratiques organisationnelles	Individus	Sûreté	Taux d'assurance salaire global	5,48%	5,48%	Source: SAP
			Taux d'assurance salaire des secteurs impactés par le Lean	Imagerie médicale:4,61%	Imagerie médicale:2,06%	Source: SAP
				Bloc opératoire: 4,50%	Bloc opératoire: 2,66%	
				Centre de prélèvements: 1,48%	Centre de prélèvements: 1,26%	
				Accueil CLSC: 3,59%	Accueil CLSC: 21,74%	
		Archives: 10,42%		Archives: 3,28%		
		Liste de rappel: 2,37%	Liste de rappel: 0%			
		2e SUD: 9,20%	2e SUD: 9,36%			
		Taux d'absentéisme	7,73%	7,34%	Source: Magistra Inclus: assurance salaire et CSST/nbr heures totales donnée 11-12 non disponible donc c'est la donnée 12-13 qui est présentée dans la première colonne.	
		Main d'œuvre indépendante globale	4,99%	2,51%	Source: SAP Inclus: tous titres d'emploi confondus. % de MOI sur le nombre total d'heures travaillées pour tous les titres d'emploi	
Formation	Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean	0%	20,20%	Cumulatif depuis T0		
	Pourcentage d'heures de formation sur le Lean	0%	1,70%	Nombre d'heure de formation Lean sur total d'heures de formation pour l'année 2014-2015.		

		Satisfaction globale	Degré de mobilisation global du personnel	66%	73%	Source : CQA - Indice de mobilisation de 2009 et de 2014.					
			Degré de mobilisation du personnel à la conclusion des projets dans les secteurs touchés par le Lean	Imagerie médicale : 56%	Archives et dictée centrale: 62%	Liste de rappel Hébergement: 66%	2e SUD: 78%	Imagerie médicale : 71%	Archives et dictée centrale: 67%	Liste de rappel Hébergement: 81%	2e SUD: 72%
Déploiement du Lean	Engagement	Niveau d'engagement de l'équipe de direction/syndicats/corps médical/professionnels/employés					N/D				
	Leadership et compétences	<p>Degré d'alignement du leadership et des compétences Lean au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de clarté des rôles de gestion au sein des équipes - Niveau d'interdisciplinarité dans l'équipe - Niveau de collaboration au sein de l'équipe - Niveau de clarté des rôles et mécanismes de coordination au sein des équipes - Niveau de discussion et d'analyse des résultats au sein des équipes - Niveau d'imputabilité de l'équipe face aux processus 					N/D				

Analyse des résultats du CSSS Sud-Ouest-Verdun

Résultats et processus

Au cours de la période étudiée, plusieurs gains ont été réalisés en termes de résultats pour les usagers. Notamment, on constate certaines améliorations au niveau des activités chirurgicales. Le pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie a augmenté de 8,9% et de 18,4% respectivement pour les clientèles PTH et PTG. Le nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an a été réduit à zéro pendant cette même période. Le taux de réadmission post-opératoire a également diminué de 5% pendant l'intervalle à l'étude.

Autre gain notable pour les patients, le taux d'usager ayant obtenu un prélèvement sanguin dans un délai de 45 minutes est passé de 35% à 68%. Il s'agit ici d'un gain local, directement imputable à la réalisation d'un projet Lean dans ce secteur.

À noter que bien que les résultats mesurés relèvent une diminution du nombre d'exams par jour en imagerie médicale entre les périodes T0 et T1, ceci ne signifie pas une diminution de la productivité. En effet, pour la période T0 (2011-2012), il faut considérer que 18 heures d'ouverture supplémentaires par semaine au scan et en résonance ont été ajoutées, sur 52 semaines. Il serait légitime d'assumer que proportionnellement, le nombre d'exams par jour en imagerie médicale est supérieur au temps T1 qu'au temps T0. Nous ne possédons cependant pas les données nécessaires pour calculer une projection précise.

Mesure reconnue de qualité des soins, la proportion des heures de soins infirmiers à temps complet a augmenté de 4%. Cet indicateur est également témoin de la stabilité des équipes de travail. Il s'agit donc d'un bon indice que l'approche Lean n'a pas généré d'instabilité auprès des équipes de soins infirmiers.

La satisfaction globale de l'expérience client a connu une augmentation à tous les niveaux selon les sondages d'agrément 2011 et 2014. Sommairement, la satisfaction de la clientèle a augmenté de 7% en hébergement et de 2% à l'Hôpital de Verdun et en CLSC.

Signalons aussi que des gains d'efficience importants ont été effectués dans le cadre des projets Lean réalisés, ceux-ci étant chiffrés à 879 991,13 \$ par l'établissement. De plus, des gains financiers réels récurrents de l'ordre de 305 940,00 \$ ont été obtenus.

Ressources et pratiques organisationnelles

Au niveau des ressources organisationnelles, le recours à la main-d'œuvre indépendante a chuté de moitié, passant de 4,99% à 2,51%. Une comparaison entre les secteurs touchés par le Lean et le reste de l'organisation pourrait éventuellement amener plus de précision à cette amélioration.

Même si le taux global d'assurance salaire de l'établissement s'est maintenu, celui-ci a diminué dans certains secteurs touchés par le Lean. Notamment, les taux en imagerie médicale et au bloc opératoire ont diminué de 55% et de 41% respectivement. Aux

archives, ce taux est passé de 10,42% à 3,28%, une amélioration de 69%. Cependant, le taux d'assurance salaire a fortement augmenté en CLSC. Une explication est toutefois de mise pour expliquer cette performance. En 2015, deux personnes ont quitté pour de très longues périodes de temps (8 mois et 1 an). Puisqu'il s'agit d'une petite équipe, soit 14 équivalents temps complet, ces deux départs en assurance salaire ont disproportionnellement influencé le taux de l'équipe. En considérant uniquement les secteurs touchés par le Lean de manière pondérée quant au nombre d'ETC par secteur (excluant le CLSC), on constate une réduction du taux s'assurance salaire moyen de 6,70% en T0 à 4,19% en T1, soit une réduction de 37.46%. Donc, alors que le taux global d'assurance salaire est resté stable entre les deux périodes, celui des secteurs touchés par le Lean s'est considérablement amélioré.

L'aspect formation au CSSS-SOV a représenté un volet important du déploiement du Lean dans l'organisation. Plus de 20% du personnel a suivi une formation concernant le Lean (White-belt, Green-belt, Black-belt, Gemba, 5S, 3P et approche gestionnaire-coach).

Concernant la satisfaction globale du personnel, une augmentation de 7% de l'indice de mobilisation a été observée. Les secteurs de l'imagerie médicale et de la liste de rappel à l'hébergement ont enregistré des augmentations significatives de 15% de satisfaction du personnel. Il est important de mentionner que bien qu'il s'agit d'un indicateur fort important, les fluctuations du degré de mobilisation du personnel ne peuvent être expliquées uniquement que par le déploiement de l'approche Lean dans l'établissement.

Résultats du CSSS Jardins-Roussillon

Figure 11 : Résultats de l'évaluation de l'impact du Lean sur la performance organisationnelle du CSSS-JR

Axe	Dim.	Sous-dim.	Définition	T0	T1	Commentaire
Résultats et processus	Résultats usagers/ patients	Accessibilité	Taux de séjour de 4h et moins des patients ambulatoires	40%	39%	
			Nombre moyen quotidien d'usagers en attente	13.9	7.2	
			Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie	93.6	87.9	
			Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an	41	8	
			Proportions de patients ayant subi une réparation d'une fracture de la hanche le jour même, le lendemain ou le surlendemain	94.40%	97.80%	
			Taux de patients qui sortent à la DMS prévue (%)	52% des patients	75% des patients	
			Taux d'annulation le jour même	Problème d'entrepôt de données - non disponible	Problème d'entrepôt de données - non disponible	
			Pourcentage de cas de cancer et cancer présumés traités dans les délais	28 jours et moins : 56% 56 jours et moins : 84%	28 jours et moins : 60.5% 56 jours et moins : 94.2%	
			Patients opérés hors délai/total des patients opérés	4%	13%	
			Délai d'attente moyen pour clientèle PTH, PTG, et fractures de la hanche (pour accès à la chirurgie)	114,12 j	96 j	
		Qualité des soins :	Durée moyenne de séjour hospitalisation	9.5 j	9.5 j	Chiffres non officiels (ceux des archives ne sont pas disponibles) Patients Médecine seulement
			Taux de réadmission global	ND	ND	
			Proportions des heures soins infirmiers en temps	47,2%	54,0%	Basé sur un échantillon d'infirmière

		Taux de réadmission post opératoire dans les 30 jours (%)	ND	ND	
		Taux de mortalité postopératoire dans les 30 jours	1%	1.60%	
		Taux d'infections du site opératoire (%)	0,60%	0,70%	
		Durée moyenne de séjour urgence ambulatoire	6,01 heures	6,22 heures	
		Durée moyenne de séjour des 75 ans et plus à l'urgence	25.14	30.58	
	Satisfaction globale	Taux de satisfaction de la clientèle (%)	84,3%	85,3%	
	Efficience	Temps supplémentaire	3.63%	2.97%	
		Gains d'efficience reliés aux projets Lean			N/D
		Gains financiers réels récurrents reliés aux projets Lean		350 000,00 \$	
		Gains financiers réels non-récurrents reliés aux projets Lean			N/D
		Coût de fonctionnement du service des approvisionnements	974683\$	1 187 291,00 \$	T0 = 2013-2014
	Processus	Pourcentage d'augmentation du nombre de chirurgies réalisées		21.5%	Nombre de chirurgies T0 = 6540 T1 = 7947
		Pourcentage de patients qui quittent avant la prise en charge (DAPC) - urgence ambulatoire	17%	18%	

			Pourcentage d'heures de services de SAD en soins longue durée (suivi par l'établissement)			N/D
Ressources et pratiques organisationnelles	Individus	Sûreté	Taux d'assurance salaire	6.16 %	6.17 %	
			Taux d'assurance salaire des secteurs impactés par le Lean	N/D	N/D	
			Taux d'absentéisme	N/D	N/D	
			Main d'œuvre indépendante			
			infirmières	6.21 %	.53 %	
			auxiliaires	2.14 %	.01 %	
			PAB	1.05 %	0 %	
			inhalothérapeutes	2,81 %	6.68 % *	T0 = 2012-2013
	Formation	Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean	0	10%	Cumulatif depuis T0	
		Pourcentage d'heures de formation sur le Lean	0	7%	Basé sur l'indicateur ministériel Lean.	
	Satisfaction globale	Taux de satisfaction global du personnel	67,5%	73,8%	Source : sondages d'agrément 2010 et 2013	
		Taux de satisfaction du personnel dans les secteurs touchés par le Lean	N/D	N/D		
	Déploiement du Lean	Engagement	<i>Niveau d'engagement de l'équipe de direction/syndicats/corps médical/professionnels/employés</i>			N/D
Leadership et compétences		<i>Degré d'alignement du leadership et des compétences Lean au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de clarté des rôles de gestion au sein des équipes - Niveau d'interdisciplinarité dans l'équipe - Niveau de collaboration au sein de l'équipe - Niveau de clarté des rôles et mécanismes de coordination au sein des équipes - Niveau de discussion et d'analyse des résultats au sein des équipes - Niveau d'imputabilité de l'équipe face aux processus 			N/D	

Analyse des résultats du CSSS Jardins-Roussillon

Résultats et processus

Certains résultats tangibles pour les patients peuvent être observés au cours de la période à l'étude. Premièrement, en accessibilité, le nombre moyen quotidien d'usagers en attente d'hébergement ou d'autres services a diminué de 48%, passant de 13,9 à 7,2 usagers. Le nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an est passé de 41 à 8, une diminution de 80%. Le taux de patients qui sortent à la DMS prévue a augmenté de 23%. Le délai d'attente moyen pour les clientèles PTH, PTG et fracture de la hanche est passé de 114 jours à 96 jours, une amélioration de 16%.

Concernant la qualité des soins, la proportion des heures de soins infirmiers a augmenté de 47,2% à 54%. Cependant, la durée moyenne de séjour à l'urgence ambulatoire pour les patients âgés de 75 ans et plus s'est détériorée, passant de 25,14 heures à 30,58 heures. Bien que certains aspects dans le respect des délais se soient améliorés au niveau du bloc opératoire, il est à noter que la proportion des patients opérés hors délai a augmenté.

La satisfaction globale de la clientèle est demeurée similaire au cours de la période analysée.

Quelques gains d'efficacité peuvent être mentionnés. Premièrement, une légère diminution du temps supplémentaire. Deuxièmement, des gains financiers réels récurrents reliés aux projets Lean ont été chiffrés à 350 000,00 \$.

Ressources et pratiques organisationnelles

L'amélioration la plus notable dans l'axe des ressources et pratiques organisationnelles se trouve dans la sous-dimension sûreté, où l'utilisation de la main d'œuvre indépendante pour les infirmières a diminué de 91,47%. À noter également une réduction à zéro de la main d'œuvre indépendante pour les PAB et infirmières auxiliaires. Il est important d'apporter un éclaircissement concernant la main d'œuvre indépendante pour les inhalothérapeutes. L'augmentation importante observée au cours de la période d'évaluation est due à la situation particulière d'un usager suivi au maintien à domicile ayant nécessité des services en continu, 24 heures sur 24.

Finalement, une augmentation de 6,3% du taux de satisfaction global de personnel a été observée.

Données manquantes

Nous tenons à souligner que plusieurs données sont manquantes pour effectuer une analyse complète du tableau de bord de cet établissement. Des problèmes d'entrepôt de données ou des limites de système ont rendu l'exercice difficile. Il est à espérer que les résultats seront cependant disponibles dans l'avenir.

Résultats du CHU de Québec

Le CHUQ a pris le soin de modifier les indicateurs initialement fournis afin de les rapprocher davantage des indicateurs reconnus par les instances ministérielles.

Figure 12 : Résultats de l'évaluation de l'impact du Lean sur la performance organisationnelle du CHUQ

Axe	Dim.	Sous-dim.	Définition	T0	T1	Commentaire
Résultats et processus	Résultats usagers/ patients	Accessibilité	Pourcentage des chirurgies reportées	6,9%	5,9%	Amélioration de près de 15%
			Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais (6 mois) - total HSFA	97,7%	89,0%	*Voir analyse pour mise en contexte et explications
			Chirurgies hospitalisées	98,4%	94,0%	
			CDJ	99,0%	89,0%	
			Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traité dans les délais (6 mois)			*Voir analyse pour mise en contexte et explications
			PTH	79,5%	59,0%	
			PTG	69,0%	41,0%	
			Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an	63	399	*Voir analyse pour mise en contexte et explications
		Qualité des soins :	Séjour moyen sur civière à l'urgence	23,38 h	22,5 h	Amélioration de 3.76%
			Durée de séjour hospitalisation - établissement HSFA	7,2 j	6,4 j	Amélioration de 11.11%
			Pourcentage de patients réadmis à l'intérieur de 30 jours (sans égard à la raison de l'admission)	4,5%	3,9%	Amélioration de 13,33%
			Pourcentage d'heures travaillées statut temps complet par titre d'emploi			
			infirmiers(ères)	60,53%	65,27%	
			infirmiers(ères) auxiliaires	43,87%	35,94%	
			PAB	34,36%	49,43%	
Taux de réadmission dans les 30 jours - patients opérés en mode d'hospitalisation (excluant CDJ)	3,9%	4,9%	Détérioration 25.64%			

		Taux d'infections du site opératoire (%)	N/D	N/D		
		Séjour moyen à l'urgence - clientèle ambulatoire (heure)	4,35 h	4,54 h		
		Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	53,2%	50,2%		
		Séjour à l'urgence - patients de 75 ans et +				
		sur civière	32,88 h	31,38 h		
		clientèle ambulatoire	4,95 h	5,10 h		
	Satisfaction globale	<i>Taux de satisfaction de l'expérience client (%)</i>	N/D	N/D		
	Efficience	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées				
			infirmiers(ères)	5,64%	2,35%	Amélioration de 58.33%
			l'ensemble du personnel	3,31%	1,86%	Amélioration de 43.81%
		Gains d'efficience reliés aux projets Lean (\$)			N/D	
		Gains financiers réels récurrents reliés aux projets Lean (\$)			N/D	Ex.: suppression de poste, réduction de matériel consommable, etc.
		Gains financiers réels non-récurrents reliés aux projets Lean (\$)			N/D	Ex.: fermeture d'une salle d'opération, vente d'un équipement, etc.
		Gains d'efficience réinvestis dans les soins			N/D	
Taux d'utilisation des priorités opératoires		N/D	N/D			
Taux d'utilisation des capacités opératoires		N/D	N/D			
Taux d'ouverture du bloc opératoire		N/D	N/D			
Coût direct brut unitaire CA 6260 bloc opératoire / unité de mesure						
		Coût direct brut / usager	1188\$	1418\$	Attribuable à l'augmentation du coût des fournitures et prothèses	
		Coût direct brut / heure-présence au bloc	804\$	900\$		
	Heures travaillées CA 6260 bloc opératoire / unité de mesure					
	Heures travaillées / usager	12,58	12,71			

		Heures travaillées / heure-présence au bloc		8,51	8,07	Attribuable à une augmentation de la complexité des cas. Cependant, il ne fut pas possible d'obtenir davantage de données explicatives.
		Autres charges directes CA 6260 bloc opératoire / unité de mesure				
		Autres charges directes / usager		624\$	821\$	
		Autres charges directes / heure-présence au bloc		422\$	521\$	
		Pourcentage de patients ayant quitté avant la prise en charge (DAPC) - urgence ambulatoire		29,9%	20,0%	Pourcentage de patients ayant quitté avant la prise en charge (DAPC) - urgence ambulatoire sur l'ensemble de la clientèle ambulatoire prise en charge ayant quitté
		Évolution du nombre de chirurgies réalisées (électives et urgentes)				
		volume - interventions		12 314	12 404	Hosp., CDJ, externe, excluant césariennes
		écart en %			0,7%	
Ressources et pratiques organisationnelles	Individus	Sûreté	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,27%	6,67%	pour les unités administratives de l'HSFA (excluant les UA en commun)
			Taux d'assurance salaire des secteurs impactés par le Lean	N/D	N/D	
			Taux d'absentéisme global			Inclut tous types d'absences long terme notamment:
			infirmiers(ères)	23,84%	24,27%	
			l'ensemble du personnel excluant le personnel d'encadrement	18,76%	19,26%	
			l'ensemble du personnel	18,59%	18,96%	
			Pourcentage des heures travaillées par le personnel d'agences privées			
			infirmiers(ères)	0,00%	0,00%	
			l'ensemble du personnel	1,97%	1,34%	
		Formation	Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean	N/D	N/D	
			Pourcentage d'heures de formation sur le Lean	N/D	N/D	

		Satisfaction globale	Taux de Satisfaction globale du personnel	80,80%	ND	Sondage Pulse 2009, Agrément Canada
			Taux de satisfaction du personnel dans les secteurs touchés par le Lean			N/D
Déploiement du Lean	Engagement	<i>Niveau d'engagement de l'équipe de direction/syndicats/corps médical/professionnels/employés</i>				N/D
	Leadership et compétences	<i>Degré d'alignement du leadership et des compétences Lean au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean :</i> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de clarté des rôles de gestion au sein des équipes - Niveau d'interdisciplinarité dans l'équipe - Niveau de collaboration au sein de l'équipe - Niveau de clarté des rôles et mécanismes de coordination au sein des équipes - Niveau de discussion et d'analyse des résultats au sein des équipes - Niveau d'imputabilité de l'équipe face aux processus 				N/D

Analyse des résultats du CHU de Québec

Résultats et processus

Au niveau de l'accessibilité et de la qualité des soins, il est possible d'observer certains résultats positifs. Le pourcentage des chirurgies reportées a diminué de près de 15%. La durée de séjour moyen sur civière à l'urgence a été réduite de 4%. La durée de séjour d'hospitalisation de jour à l'HSFA a connu une diminution de 11%.

Les résultats au bloc opératoire sont mitigés en matière de productivité. Les changements structurels au sein de l'organisation ont probablement contribué à ce phénomène, ainsi que l'augmentation de la complexité des cas traités à l'HSFA. Pour ces raisons, nous ne pouvons, pour l'instant, témoigner d'une amélioration notable de la performance des services spécialisés en chirurgie pour cet établissement.

Concernant la qualité des soins, le pourcentage d'heures travaillées à temps plein chez les infirmières et les préposés aux bénéficiaires a augmenté d'environ 5% et 15% respectivement. Par contre, cette même mesure a diminué de près de 8% chez les infirmières auxiliaires.

Il est important de mentionner qu'une révision importante du processus de la gestion des listes d'attentes a eu comme effet une modification hors normes des mesures reliées à ces indicateurs. Le dépôt systématique maintenant obligatoire de toutes les demandes par les chirurgiens étant beaucoup plus rigoureux, le nombre de demandes en attente a fortement augmenté. Il est donc impossible, pour l'instant, d'évaluer convenablement l'impact du Lean sur cet aspect.

Après discussion avec les collaborateurs, il est aussi actuellement impossible pour l'établissement d'obtenir une mesure relative au taux de satisfaction de la clientèle. Cependant, la mise en place du Bureau d'Évaluation de l'Expérience Client devrait permettre, à terme, la mesure et le suivi de cet indicateur.

À ce jour, l'établissement n'est pas en mesure de quantifier les gains d'efficacité ainsi que les gains financiers reliés à la réalisation des projets Lean. Cependant, il est possible d'observer une diminution du pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières de 5,64% à 2,35% et par l'ensemble du personnel, de 3,31% à 1,86%.

Ressources et pratiques organisationnelles

Concernant les ressources et pratiques organisationnelles, l'ensemble des indicateurs de performance sont demeurés plutôt stables au cours de la période à l'étude. Les taux d'absentéisme ont augmentés légèrement pour les infirmières et l'ensemble du personnel. Les niveaux d'assurance salaire ont également augmentés quelque peu.

Analyse sommaire des résultats

Globalement, les trois tableaux de bord présentés dans ce rapport nous permettent de constater que plusieurs dimensions de la performance des établissements ciblés ont positivement progressé au cours de la période étudiée.

Premièrement, il est possible de constater des résultats tangibles pour les usagers dans les 3 établissements. L'accessibilité a été accrue, notamment grâce à des diminutions substantielles de différentes listes d'attentes, particulièrement au CSSS-SOV et CSSS-JR. De plus, l'amélioration de la qualité des soins peut être constatée par l'augmentation notable de la proportion des heures de soins infirmiers travaillées à temps complet. La satisfaction globale de la clientèle s'est améliorée positivement dans un des établissements, et est demeurée similaire dans un autre. L'absence de données concernant le troisième établissement nous empêche de conclure quant à cet aspect le concernant.

Deuxièmement, des gains financiers réels récurrents considérables ont été quantifiés dans deux des trois établissements. Lorsque mis en commun, ces gains s'élèvent à plus de 650 000 \$ pour les deux établissements. De plus, un établissement a été en mesure de chiffrer à environ 880 000 \$ les gains d'efficacité réalisés dans le cadre des projets Lean. Un autre établissement a connu des diminutions marquées sur les pourcentages d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières et l'ensemble du personnel.

Troisièmement, les résultats présentés dans les tableaux de bord relèvent des améliorations concrètes concernant les ressources et pratiques organisationnelles des établissements. Le recours à la main-d'œuvre indépendante a diminué significativement dans deux des établissements concernés. Également, un des établissements a connu des diminutions importantes des taux d'assurance salaires dans plusieurs secteurs ayant été touchés par le Lean.

Deux établissements ont mesuré une augmentation globale du taux de satisfaction des employés au cours de la période à l'étude. Il est également possible de constater que les établissements ont déployé des efforts considérables en matière de formation du personnel en lien avec le Lean.

Les portefeuilles de projets hétérogènes des trois établissements rendent difficile une analyse croisée comparative de l'impact de déploiement du Lean. En effet, peu de projets similaires ont été réalisés par les trois organisations. Le seul secteur commun ciblé par les projets Lean fut celui du bloc opératoire. Encore là, l'angle d'attaque et les objectifs poursuivis étaient différents, expliquant en partie les variations dans les résultats obtenus. De plus, les données concernant les activités spécialisées en chirurgies sont incomplètes, pour l'essentiel parce que les établissements ne sont pas en mesure de calculer ces indicateurs présentement. Ainsi, la comparaison des performances est impossible, en particulier en chirurgie. En revanche, nous recommandons fortement aux établissements et au MSSS de poursuivre le déploiement de ce cadre d'évaluation puisqu'il permettra, à terme, une analyse longitudinale comparative nécessaire.

Aussi, à la suite de l'exercice de collecte de données, il devient apparent qu'aucun des établissements n'est en mesure, pour l'instant, d'évaluer l'impact du Lean sur les dimensions de l'engagement des parties prenantes, du leadership et des compétences. Les indicateurs suggérés dans les premiers prototypes du tableau de bord ont rapidement été rejetés par les établissements. Ceux-ci n'étaient pas en mesure de les évaluer, n'ayant pas les outils (sondages) en place pour procéder à cette mesure. Nous souhaitons, néanmoins, mettre l'accent sur l'importance de développer, à terme, des indicateurs de performances qui permettront d'étudier et d'évaluer l'impact du déploiement du Lean sur ces dimensions. Il est important d'être en mesure de porter un regard objectif sur le processus de déploiement et non uniquement sur les résultats engendrés. Nous croyons que ces indicateurs sont nécessaires.

Conclusion et recommandations

L'exercice réalisé a été utile dans la mesure où il permet de porter un regard plus neutre sur le travail effectué par les établissements étudiés et les avancées réalisées en termes de performance organisationnelle. Il est impossible de prétendre à une vision totalement objective, dans la mesure où nous n'avons pas d'objectifs organisationnels fixés au départ. Cependant, en abordant le défi sous l'angle du cadre général de performance du MSSS, nous constatons une amélioration globale de la performance au cours de la période analysée.

Ceci étant dit, il ne nous est pas possible de conclure à une corrélation directe entre le déploiement du Lean dans les trois établissements et les améliorations observées. Pour valider la corrélation et il nous faudrait réunir plusieurs conditions qui n'étaient pas présentes :

- Un groupe témoin d'établissements comparables qui n'ont pas eu de projets Lean.
- Un nombre plus important d'établissements
- Des objectifs de performance fixés dès le départ
- Des outils de mesure validés, calibrés et opérationnels pour mesurer chacun des objectifs sélectionnés au moment précis établis.
- Des projets similaires réalisés dans des secteurs spécifiques
- Des conditions d'opérations semblables (pas de fusion d'établissement, pas d'enjeux, financiers ou de leadership, exceptionnels)

En particulier, la vague 1 du déploiement du Lean s'étant faite selon une approche par projets et non dans une perspective de déploiement stratégique, les résultats obtenus sur le terrain ne sont pas reliés à des indicateurs de performance stratégiques suivis périodiquement, tout au long de la période à l'étude. Ce manquement fait en sorte qu'il est impossible de conclure quant à l'impact du Lean sur la performance organisationnelle d'une façon statistiquement significative.

Cet exercice a ainsi permis de mettre clairement en évidence la nécessité d'une démarche de déploiement stratégique du Lean, où les initiatives d'amélioration et les projets sélectionnés sont reliés de manière cohérente aux enjeux stratégiques de l'organisation à l'aide d'indicateurs judicieusement sélectionnés. Seulement de cette façon pourrions-nous conclure sur l'impact positif du Lean sur la performance d'un établissement.

De plus, la réalisation de ce mandat aura permis de mettre en lumière la difficulté des établissements à mesurer et évaluer l'impact du déploiement du Lean sur l'engagement, le leadership et les compétences des parties prenantes. Nous désirons soulever ce qui, à nos yeux, relève d'une importance particulière. Une évaluation complète du déploiement du Lean ne peut uniquement se fonder sur des indicateurs de résultats. Celle-ci doit également jeter un regard sur les moyens et sur le processus de déploiement lui-même et sur les facteurs intangibles qui y sont reliés.

Notre équipe n'ayant pas été impliquée en amont de la démarche de déploiement du Lean dans les trois établissements, l'exercice d'évaluation sommaire de l'impact de cette philosophie sur la performance globale représente un exercice difficile. Un travail plus en amont aurait permis la création d'un protocole de recherche et d'un outil d'évaluation plus complets et cohérents. Une formulation d'objectifs clairs accompagnés d'indicateurs de performance logiques aurait été nécessaire pour l'accomplissement de ce travail. Cet outil devrait être communiqué au départ aux établissements visés avec le mandat de mettre en place des outils de mesure adéquat pour témoigner de la progression de la performance. Ceci aurait de plus favorisé la comparaison entre les établissements. Il aurait également été plus facile de tirer des conclusions plus détaillées sur l'impact du Lean dans un établissement de santé.

Il est à noter aussi que plusieurs données sont manquantes. Il ne s'agit pas ici de la mauvaise volonté des répondants dans les établissements mais bien de difficultés techniques liés à l'exploitation des systèmes ou aux contraintes de mesure. Nous encourageons cependant les trois établissements à poursuivre leur démarche pour mettre en place ces indicateurs car ils fournissent un portrait global adéquat pour guider le déploiement du Lean dans leur établissement.

Cependant, malgré ces réserves, lorsque nous regardons les portraits dressés dans les trois établissements, les gains de performance ont été remarquables sur plusieurs angles. Comme la démarche Lean est au cœur de leur vie organisationnelle, nous pouvons certainement conclure que les effets sont tangibles et très positifs!

Bibliographie

Alexander, J., Weiner, B., & Griffith, J. (2006). Quality Improvement and hospital financial performance. *Journal of Organizational Behaviour* , 27, pp. 1003-1029.

Anonymous. (2010). Hospitals Get Lean. *Hospitals & Health Networks* , 1 (84), 42.

Arlbjorn, J. S., & Freytag, P. V. (2013). Evidence of Lean: a review of international peer-reviewed journal articles. *European Business Review* , 25 (3), pp. 174-205.

Ben Tovim, D., Bassam, J., Bolch, D., & Martin, M. (2007). Lean Thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre,. *Australian Health Review* , 31 (1), p. 10.

Burgess, N., & Radnor, Z. (2013). Evaluating Lean in Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance* , 26 (3), pp. 220-235.

Ezzeddine, A. M. (2006). *Lean indicators in Hospital/Healthcare settings and the role of leadership in the diffusion of performance improvement strategies.*

Graban, M. (2009). *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety, and Employee Engagement.* CRC Press.

Graban, M., & Prachand, A. (2010, Jul-Aug). Hospitalists: Lean Leaders for hospitals. *Journal of Hospital Medicine* , 5 (6), pp. 317-319.

Hasle, P. (2014, Jan- Feb). Lean Production - An Evaluation of the Possibilities for an Employee Supportive lean Practice. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries* , 24 (1), pp. 40-53.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*, (January- February Issue).

Kirchbaum, B. D. (2007). Establishing Lean Metrics – Using the four panel approach as a foundation for a Lean Scorecard. *Process Coaching Incorporated*, 12 october.

Kollberg, B., Dahlgaard, J. J., & Brehmer, P.-O. (2006). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management* , 56 (1), pp. 7 - 24.

Liker, J. (2004). *The Toyota Way: 14 management principles from the world's greatest manufacturer.* New-York: McGraw-Hill.

Pedersen, E. R., & Huniche, M. (2011). Determinants of lean success and failure in the danish public sector. *International Journal of Public Sector* , 24 (5), pp. 403-420.

Plytiuk, C., Pasqualine, A., E, G. d., & Pinheiro de Lima, E. (2012). Lean thinking in health care: an overview of the research characteristics, themes and knowledge groups (1998-2011). *Proceedings of the 2014 industrial and system engineering Research Conference*.

Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2011). Lean in Healthcare: The Unfilled Promise? *Social Science & Medicine* , pp. 364-371.

Sanchez, A. M., & Perez, M. P. (2001). Lean indicators and manufacturing strategies. *International Journal of Operations & Production Management* , 21 (11), p. 1433.

Testani, M. V., Ramakrishnan, S., & Sobeski, D. (2014). A learning evaluation model for Lean training and deployment,. *Proceedings of the 2014 industrial and system engineering Research Conference*.

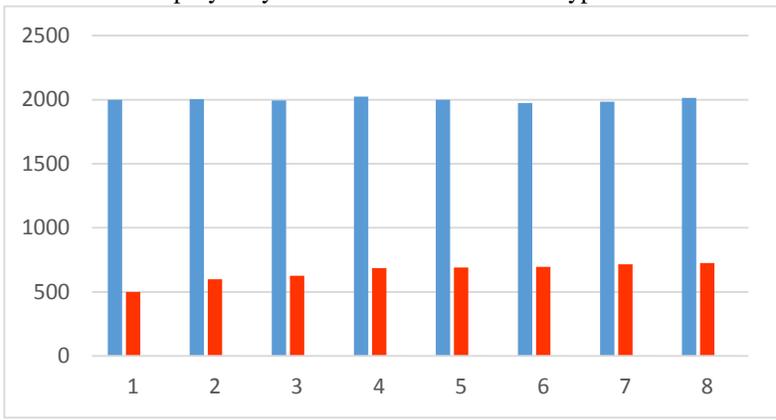
Toussaint, J. S., & Berry, L. (2013). The Promise of Lean in Health Care, . *Mayo Foundation for medical education and research, Mayo Clinic Proceedings*, (pp. 74-82).

Vest, J. R., & Gamm, L. D. (2009, July 1). A critical review of the research literature on Six Sigma, Lean and StuderGroup's Hardwiring Excellence in the US: the need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implementation Science* , 4 (35).

Womack, J., Jones, D., & Roos, D. (1990). *The Machine That Changed the World*. New York: Rawson Associates.

Annexes

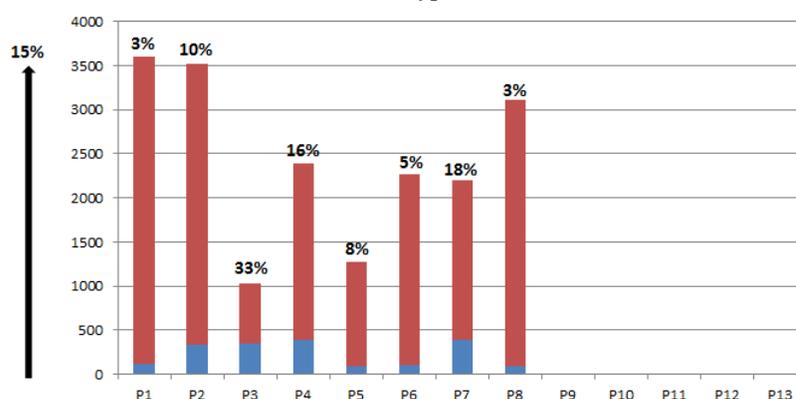
Annexe 1 – a : Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean

NOM DE L'INDICATEUR : Pourcentage du personnel ayant suivi une formation Lean																												
DÉFINITION	❖ Pourcentage du personnel ayant suivi une formation de type Lean (ceinture blanche, jaune, verte, noire, etc.) au cours de l'année de mesure																											
MÉTHODE DE CALCUL	Calcul : (Numérateur/Dénominateur)*100 = X % <ul style="list-style-type: none"> • Numérateur : nombre d'employés ayant suivi une formation de type Lean • Dénominateur : nombre d'employés 																											
UNITÉ DE MESURE	Pourcentage																											
PROVENANCE DES DONNÉES <i>Responsable</i> <i>Responsable de la saisie</i>	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent																											
PÉRIODICITÉ	❖ Période financière ❖ Production biannuelle																											
INTERPRÉTATION / UTILISATION	❖ L'objectif à long terme est de s'approcher le plus possible d'un taux de 100%																											
PERSPECTIVE D'ANALYSE	❖ Tendances historiques																											
COMPARAISON	❖ Comparaison avec d'autres établissements ❖ Ventilation par direction, cadres, médecins, etc. ❖ Moyenne des 19 établissements phase Lean II																											
MISE EN GARDE	❖ Le taux ne reflète pas la profondeur et le type de formation suivie																											
REPRÉSENTATION	Graphique (exemple) <ul style="list-style-type: none"> ■ # d'employés ● # d'employés ayant suivi une formation de type Lean  <table border="1"> <caption>Data for the bar chart (example)</caption> <thead> <tr> <th>Category</th> <th># d'employés</th> <th># d'employés ayant suivi une formation de type Lean</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>2000</td><td>500</td></tr> <tr><td>2</td><td>2000</td><td>600</td></tr> <tr><td>3</td><td>2000</td><td>650</td></tr> <tr><td>4</td><td>2000</td><td>700</td></tr> <tr><td>5</td><td>2000</td><td>700</td></tr> <tr><td>6</td><td>2000</td><td>700</td></tr> <tr><td>7</td><td>2000</td><td>700</td></tr> <tr><td>8</td><td>2000</td><td>700</td></tr> </tbody> </table>	Category	# d'employés	# d'employés ayant suivi une formation de type Lean	1	2000	500	2	2000	600	3	2000	650	4	2000	700	5	2000	700	6	2000	700	7	2000	700	8	2000	700
Category	# d'employés	# d'employés ayant suivi une formation de type Lean																										
1	2000	500																										
2	2000	600																										
3	2000	650																										
4	2000	700																										
5	2000	700																										
6	2000	700																										
7	2000	700																										
8	2000	700																										
UTILISATEUR(S)	❖ Conseil d'administration ❖ Direction générale, ❖ Direction des ressources humaines ❖ Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent																											

Définitions et précisions :

1. **Formation** : La formation est une activité d'apprentissage structurée visant l'acquisition de compétences pour éliminer un écart identifié. La formation renvoie au développement des pratiques de travail et à une suite d'initiatives collectives ou individuelles qui amènent une meilleure compréhension. Il est à noter qu'il existe une multitude de stratégies d'apprentissage structurées en formation. Afin d'être considérées, les activités de formation doivent être inscrites dans les heures de formation de l'établissement
2. **Employé ayant suivi une formation de type Lean** : employé ayant participé à une activité de formation concernant le Lean pendant la période de mesure. Cet employé peut avoir participé à plus d'une activité, mais sera comptabilisé de manière équivalente peu importe le nombre de formations suivies.

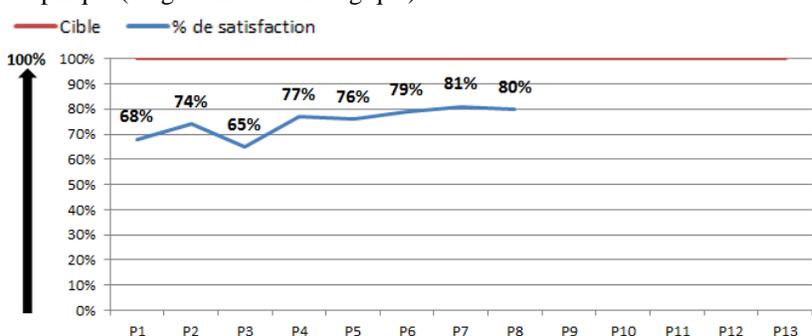
Annexe 1 – b : Pourcentage d’heures de formation sur le Lean

NOM DE L'INDICATEUR : Pourcentage d'heures de formation sur le Lean																													
DÉFINITION	❖ Pourcentage des heures de formation de type Lean offertes par rapport au nombre d'heures totales de formation de l'établissement.																												
MÉTHODE DE CALCUL	Calcul : (Numérateur/Dénominateur)*100 = X % <ul style="list-style-type: none"> • Numérateur : nombre d'heures de formation de type Lean offertes • Dénominateur : nombre d'heures totales de formation offertes par l'établissement. 																												
UNITÉ DE MESURE	Pourcentage																												
PROVENANCE DES DONNÉES	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent																												
Responsable																													
Responsable de la saisie																													
PÉRIODICITÉ	❖ Période financière ❖ Production biannuelle																												
INTERPRÉTATION / UTILISATION	Permet d'évaluer le niveau de formation des employés par rapport au Lean, à la grandeur de l'établissement.																												
PERSPECTIVE D'ANALYSE	❖ Tendances historiques																												
COMPARAISON	❖ Comparaison avec d'autres établissements ❖ Ventilation par direction, cadres, médecins, etc. ❖ Moyenne des 19 établissements phase Lean II																												
MISE EN GARDE	❖ Le taux ne reflète pas la profondeur et le type de formation suivie																												
REPRÉSENTATION	Graphique (exemple) <ul style="list-style-type: none"> ■ # d'heures de formation offertes de type Lean ● # d'heures de formation offertes <p>% des heures de formation offertes de type Lean</p>  <table border="1"> <caption>Data for the bar chart: % des heures de formation offertes de type Lean</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Pourcentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P1</td><td>3%</td></tr> <tr><td>P2</td><td>10%</td></tr> <tr><td>P3</td><td>33%</td></tr> <tr><td>P4</td><td>16%</td></tr> <tr><td>P5</td><td>8%</td></tr> <tr><td>P6</td><td>5%</td></tr> <tr><td>P7</td><td>18%</td></tr> <tr><td>P8</td><td>3%</td></tr> <tr><td>P9</td><td></td></tr> <tr><td>P10</td><td></td></tr> <tr><td>P11</td><td></td></tr> <tr><td>P12</td><td></td></tr> <tr><td>P13</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Période	Pourcentage	P1	3%	P2	10%	P3	33%	P4	16%	P5	8%	P6	5%	P7	18%	P8	3%	P9		P10		P11		P12		P13	
Période	Pourcentage																												
P1	3%																												
P2	10%																												
P3	33%																												
P4	16%																												
P5	8%																												
P6	5%																												
P7	18%																												
P8	3%																												
P9																													
P10																													
P11																													
P12																													
P13																													
UTILISATEUR(S)	❖ Conseil d'administration ❖ Direction générale, ❖ Direction des ressources humaines ❖ Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent																												

Définitions et précisions :

1. **Formation** : La formation est une activité d'apprentissage structurée visant l'acquisition de compétences pour éliminer un écart identifié. La formation renvoie au développement des pratiques de travail et à une suite d'initiatives collectives ou individuelles qui amènent une meilleure compréhension. Il est à noter qu'il existe une multitude de stratégies d'apprentissage structurées en formation. Afin d'être considérées, les activités de formation doivent être inscrites dans les heures de formation de l'établissement
2. **Nombre total d'heures d'une formation** : il s'agit de la durée d'une formation multipliée par le nombre de personnes (employés, cadres et médecins) ayant assisté à la formation.
3. **Nombre total heures de formation de l'établissement** : le nombre total d'heures de formation offertes par l'établissement incluant les formations cliniques.

Annexe 2 : Degré de satisfaction du personnel dans les secteurs touchés par le Lean

NOM DE L'INDICATEUR : Degré de satisfaction du personnel dans les secteurs touchés par le Lean	
DÉFINITION	❖ Niveau de satisfaction du personnel travaillant dans des secteurs où se sont déroulés des projets Lean ou des initiatives d'amélioration continue
MÉTHODE DE CALCUL	❖ Sondage Pour chaque démarche Lean, les employés du secteur touché devraient remplir le sondage de satisfaction. Le score total (pourcentage sur un total de 24 points) moyen de l'ensemble des répondants devient la valeur référence. Il est ensuite possible d'effectuer une moyenne pour l'ensemble de l'organisation.
UNITÉ DE MESURE	Pourcentage
PROVENANCE DES DONNÉES	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent
Responsable	
Responsable de la saisie	
PÉRIODICITÉ	❖ Biannuelle ❖ Fréquence de production : biannuelle
INTERPRÉTATION / UTILISATION	❖ Permet d'évaluer l'impact que le Lean a, ou a eu, sur le degré de mobilisation des employés touchés par celui-ci.
PERSPECTIVE D'ANALYSE	❖ Tendances historiques
COMPARAISON	❖ Comparaison avec d'autres établissements ❖ Ventilation par direction, cadres, médecins, etc. ❖ Moyenne des 19 établissements phase Lean II
MISE EN GARDE	❖ La réalisation du sondage peut s'avérer exigeante
REPRÉSENTATION	Graphique (diagramme chronologique)  — Cible — % de satisfaction 100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0% P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10 P11 P12 P13 68% 74% 65% 77% 76% 79% 81% 80%
UTILISATEUR	❖ Conseil d'administration ❖ Direction générale, ❖ Direction des ressources humaines ❖ Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent

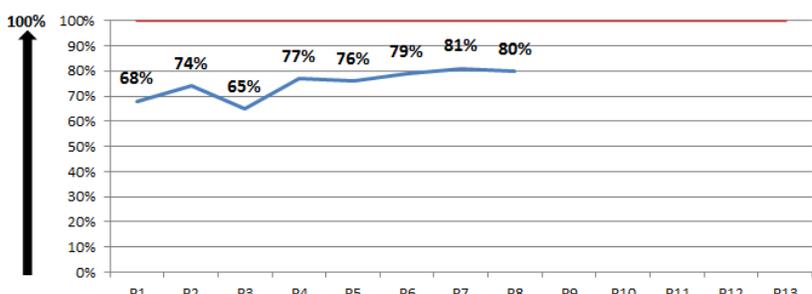
Définitions et précisions :

1. **Employé** : employé de l'organisation travaillant dans un secteur travaillant dans un secteur ayant été directement impliqué dans démarche Lean.
2. **Démarches Lean** : activités centrées sur le besoin du client qui abordent une problématique précise avec une envergure bien délimitée. La résolution est faite à l'aide d'une démarche structurante participative reconnue et s'inscrit dans une vision d'amélioration continue, de délégation de pouvoir et autres notions propres à la philosophie Lean.
Exemple de démarche Lean : Les démarches, principalement des projets Lean, inclues aussi les caucus, les gemba walk et l'animation de salle de pilotage.

Sondage sur la satisfaction du personnel : À quel niveau de satisfaction associez-vous :

- a) Votre intégration durant l'activité de recherche de solution?
 1. Insatisfait
 2. Peu satisfait
 3. Satisfait
 4. Très satisfait
- b) Votre intégration durant la détermination du plan d'action?
 1. Insatisfait
 2. Peu satisfait
 3. Satisfait
 4. Très satisfait
- c) Votre contribution au projet?
 1. Insatisfait
 2. Peu satisfait
 3. Satisfait
 4. Très satisfait
- d) La pertinence de votre présence?
 1. Insatisfait
 2. Peu satisfait
 3. Satisfait
 4. Très satisfait
- e) En fonction de vos attentes?
 1. Insatisfait
 2. Peu satisfait
 3. Satisfait
 4. Très satisfait
- f) Le niveau d'information reçu quant au suivi du plan d'action?
 1. Insatisfait
 2. Peu satisfait
 3. Satisfait
 4. Très satisfait

Annexe 3 : Niveau d'engagement de l'équipe de direction/syndicats/corps médical/professionnels/employés

NOM DE L'INDICATEUR : Niveau d'engagement de l'équipe de direction/syndicats/corps médical/professionnels/employés																																											
DÉFINITION	❖ Mesure du niveau d'engagement de l'équipe de direction, des syndicats, du corps médical, des professionnels et autres employés par rapport au Lean et à son déploiement dans l'établissement.																																										
MÉTHODE DE CALCUL	❖ Sondage effectué auprès des parties prenantes Calcul : (Numérateur/Dénominateur) = X % <ul style="list-style-type: none"> • Numérateur : Sommes des résultats individuels (en pourcentage sur un total de 20 points) • Dénominateur : nombre de répondants 																																										
UNITÉ DE MESURE	❖ Pourcentage																																										
PROVENANCE DES DONNÉES	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent																																										
Responsable																																											
Responsable de la saisie																																											
PÉRIODICITÉ	❖ Biannuelle																																										
INTERPRÉTATION / UTILISATION	❖ Les résultats représentent, pour chaque groupe d'intervenant, le niveau auquel ils sont engagés par rapport au changement de culture Lean et au déploiement de celui-ci dans l'organisation.																																										
PERSPECTIVE D'ANALYSE	❖ Tendances historiques																																										
COMPARAISON	❖ Comparaison avec d'autres établissements ❖ Ventilation par groupe d'intervenants : équipe de direction, gestionnaires syndicats, corps médical, professionnels, autres employés. ❖ Moyenne des 19 établissements phase Lean II																																										
MISE EN GARDE	❖ Déployer le sondage pourrait s'avérer une tâche d'envergure.																																										
REPRÉSENTATION	Graphique (diagramme chronologique) <ul style="list-style-type: none"> ■ Niveau d'engagement ● Cible  <table border="1"> <caption>Données du graphique de représentation</caption> <thead> <tr> <th>Point</th> <th>Niveau d'engagement (%)</th> <th>Cible (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P1</td><td>68%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P2</td><td>74%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P3</td><td>65%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P4</td><td>77%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P5</td><td>76%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P6</td><td>79%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P7</td><td>81%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P8</td><td>80%</td><td>100%</td></tr> <tr><td>P9</td><td></td><td>100%</td></tr> <tr><td>P10</td><td></td><td>100%</td></tr> <tr><td>P11</td><td></td><td>100%</td></tr> <tr><td>P12</td><td></td><td>100%</td></tr> <tr><td>P13</td><td></td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Point	Niveau d'engagement (%)	Cible (%)	P1	68%	100%	P2	74%	100%	P3	65%	100%	P4	77%	100%	P5	76%	100%	P6	79%	100%	P7	81%	100%	P8	80%	100%	P9		100%	P10		100%	P11		100%	P12		100%	P13		100%
Point	Niveau d'engagement (%)	Cible (%)																																									
P1	68%	100%																																									
P2	74%	100%																																									
P3	65%	100%																																									
P4	77%	100%																																									
P5	76%	100%																																									
P6	79%	100%																																									
P7	81%	100%																																									
P8	80%	100%																																									
P9		100%																																									
P10		100%																																									
P11		100%																																									
P12		100%																																									
P13		100%																																									

UTILISATEUR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conseil d'administration ❖ Direction générale, ❖ Direction des ressources humaines ❖ Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent
--------------------	--

Sondage sur le niveau d'engagement des groupes d'intervenants :

Veillez répondre aux questions suivantes :

- a) Je considère le Lean dans mon établissement comme étant :
1. Pas important
 2. Peu important
 3. Important
 4. Très important
- b) Je considère mon implication dans le déploiement du Lean dans mon organisation comme étant :
1. Pas important
 2. Peu important
 3. Important
 4. Très important
- c) Je m'implique dans les différentes démarches de déploiement du Lean dans mon organisation :
1. Pas en accord
 2. Légèrement en accord
 3. En accord
 4. Fortement en accord
- d) Je considère que le Lean peut avoir un apport positif quant aux soins offerts aux patients :
1. Pas en accord
 2. Légèrement en accord
 3. En accord
 4. Fortement en accord
- e) Je considère que le Lean peut avoir un apport positif concernant ma qualité de vie au travail :
1. Pas en accord
 2. Légèrement en accord
 3. En accord
 4. Fortement en accord

Annexe 4 : Degré d'alignement du leadership et des compétences au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean

NOM DE L'INDICATEUR : Degré d'alignement du leadership et des compétences au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean																			
DÉFINITION	❖ Mesure du niveau d'alignement du leadership et des compétences au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean concernant la clarté des rôles de gestion, l'interdisciplinarité, la collaboration, les rôles et mécanismes de coordination, la discussion et l'analyse des résultats et le niveau d'imputabilité face aux processus.																		
MÉTHODE DE CALCUL	❖ Sondage effectué auprès des équipes Calcul : (Numérateur/Dénominateur) = X % <ul style="list-style-type: none"> • Numérateur : Sommes des résultats individuels (en pourcentage sur un total de 25 points) • Dénominateur : nombre de répondants 																		
UNITÉ DE MESURE	❖ Pourcentage																		
PROVENANCE DES DONNÉES <i>Responsable</i> <i>Responsable de la saisie</i>	Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent																		
PÉRIODICITÉ	❖ Biannuelle																		
INTERPRÉTATION / UTILISATION	❖ Les résultats représentent le niveau de cohérence entre 1 et 2 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Le leadership et certaines compétences au sein des équipes 2. Les meilleures pratiques Lean 																		
PERSPECTIVE D'ANALYSE	❖ Tendances historiques																		
COMPARAISON	❖ Comparaison avec d'autres établissements ❖ Ventilation par groupe d'intervenants : équipe de direction, gestionnaires syndiqués, corps médical, professionnels, autres employés. ❖ Moyenne des 19 établissements phase Lean II																		
MISE EN GARDE	❖ Déployer le sondage pourrait s'avérer une tâche d'envergure.																		
REPRÉSENTATION	Graphique (diagramme chronologique) <ul style="list-style-type: none"> ■ Niveau d'alignement ● Cible <table border="1"> <caption>Données du graphique de tendance</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Niveau d'alignement (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>P1</td><td>68%</td></tr> <tr><td>P2</td><td>74%</td></tr> <tr><td>P3</td><td>65%</td></tr> <tr><td>P4</td><td>77%</td></tr> <tr><td>P5</td><td>76%</td></tr> <tr><td>P6</td><td>79%</td></tr> <tr><td>P7</td><td>81%</td></tr> <tr><td>P8</td><td>80%</td></tr> </tbody> </table>	Période	Niveau d'alignement (%)	P1	68%	P2	74%	P3	65%	P4	77%	P5	76%	P6	79%	P7	81%	P8	80%
Période	Niveau d'alignement (%)																		
P1	68%																		
P2	74%																		
P3	65%																		
P4	77%																		
P5	76%																		
P6	79%																		
P7	81%																		
P8	80%																		

<i>UTILISATEUR</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conseil d'administration ❖ Direction générale, ❖ Direction des ressources humaines ❖ Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique, et équivalent
--------------------	--

Définitions et précisions :

1. **Rôles de gestion :** Les rôles de gestion sont clairs lorsque l'équipe fait preuve de gouvernance en considérant les intérêts et besoins des parties prenantes sous forme de concertation dans la prise de décision. Concrètement, les membres de l'équipe de processus jouent un rôle critique dans :
 - La définition de l'orientation et de la vision de l'organisation
 - La prise de décisions, d'orientation, de planification et de déploiement en vue d'atteindre les objectifs encourus par l'implantation d'UN projet.
 - Pour bien mener les processus en cours, cette équipe se doit de gérer des ressources de toutes sortes et d'organiser les tâches.

2. **Interdisciplinarité :** Ce terme réfère à la tentative d'intégrer la contribution de plusieurs disciplines à la compréhension d'une problématique à l'étude.

3. **Équipe et processus :** Une équipe de processus représente l'équipe naturelle autour du processus. C'est un ensemble d'acteurs qui interagissent conjointement au sein d'un processus.

Sondage sur le degré d'alignement du leadership et des compétences au sein des équipes par rapport aux meilleures pratiques Lean

Veillez répondre aux questions suivantes :

- a) Les rôles de gestion au sein de votre équipe sont clairs :
 1. Fortement en désaccord
 2. En désaccord
 3. Légèrement en accord
 4. En accord
 5. Fortement en accord

- b) Le niveau d'interdisciplinarité dans votre équipe est :
 1. Très faible
 2. Faible
 3. Moyen
 4. Bon
 5. Élevé

- c) Le niveau de collaboration dans votre équipe est :
 1. Très faible
 2. Faible
 3. Moyen
 4. Bon
 5. Élevé

- d) Les rôles et mécanismes de coordination au sein de votre équipe sont clairs :
 1. Fortement en désaccord
 2. En désaccord
 3. Légèrement en accord
 4. En accord
 5. Fortement en accord

- e) Votre équipe procède systématiquement à une discussion et analyse des résultats de performance, qualité, sécurité, etc. :
 1. Fortement en désaccord
 2. En désaccord
 3. Légèrement en accord
 4. En accord
 5. Fortement en accord

- f) Le niveau d'imputabilité de l'équipe face aux processus de travail est :
 1. Très faible
 2. Faible
 3. Moyen
 4. Bon
 5. Élevé