



INSPIRÉS PAR  
LES  
**GENS...**  
Ensemble vers l'excellence

# La gestion Lean

Karine Bouvette, coordonnatrice  
de l'amélioration continue

**12 mars 2015**

Centre de santé et de services sociaux  
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

# Objectifs

Vous serez en mesure :

- D'identifier et de définir certaines composantes du système de gestion.
- De reconnaître les liens entre les composantes du système de gestion.
- D'amorcer la mise en place de certaines composantes dans votre organisation.

# Agenda

- Le CSSS Chicoutimi
- Comment se transforme notre culture?
- Notre inspiration
- Le système de gestion :
  - Le Vrai Nord
  - État de situation
  - Station visuelle
  - Carte de performance
  - État de performance mensuel
  - Résolution de problème
- Questions - commentaires

# Parlez-moi du CSSS de Chicoutimi

## Six sites :



Hôpital de  
Chicoutimi



CLSC de  
Chicoutimi  
secteur Nord  
CLSC de  
Chicoutimi  
secteur Sud



Centre  
d'hébergement  
de la Colline



Centre  
d'hébergement  
Beaumanoir



Centre  
d'hébergement  
Mgr-Victor-  
Tremblay



# Parlez-moi du CSSS de Chicoutimi

625

Lits (356 courte durée)

39

Spécialités médicales

3 300

Employés

310

Médecins

230

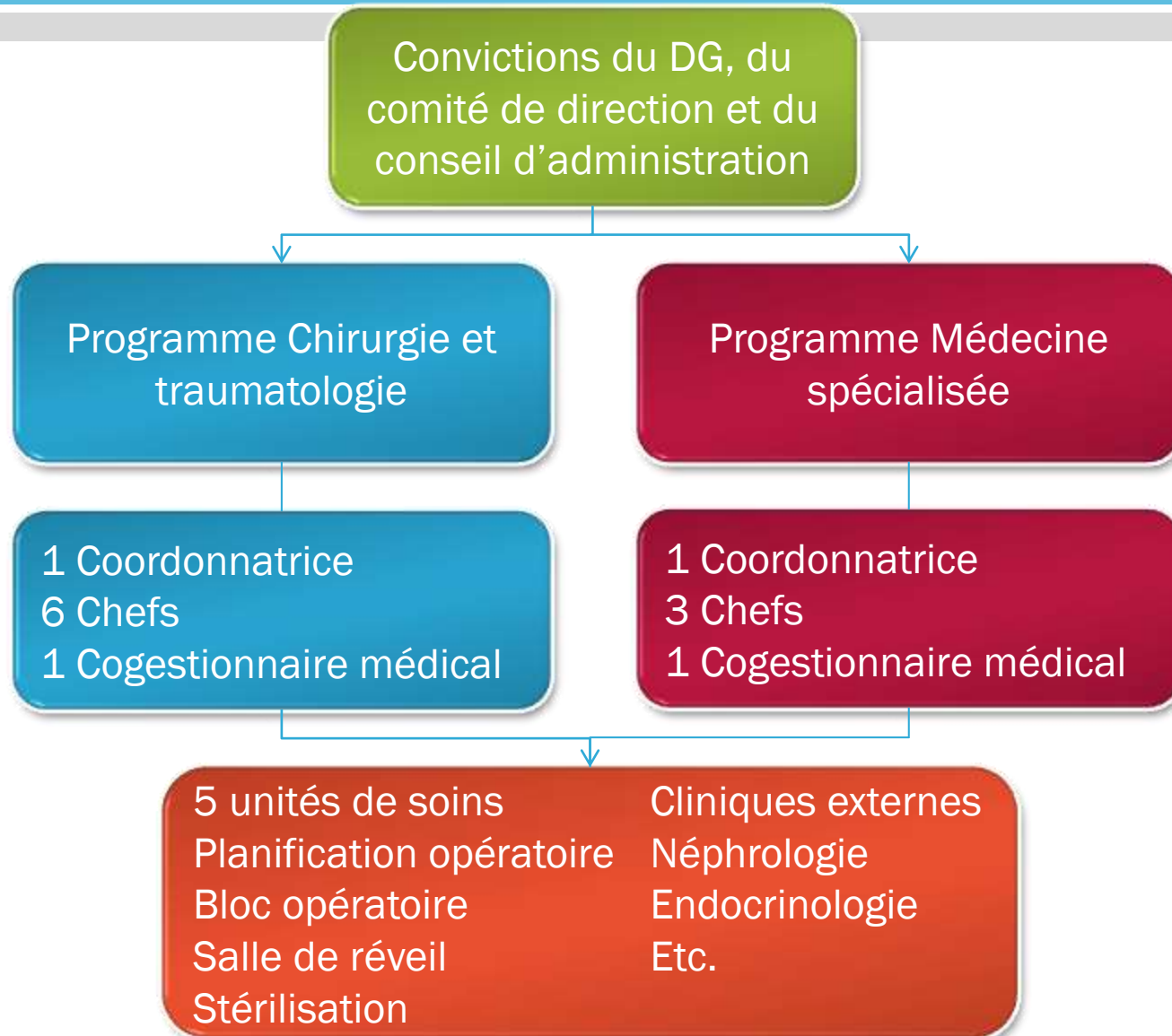
Bénévoles

3

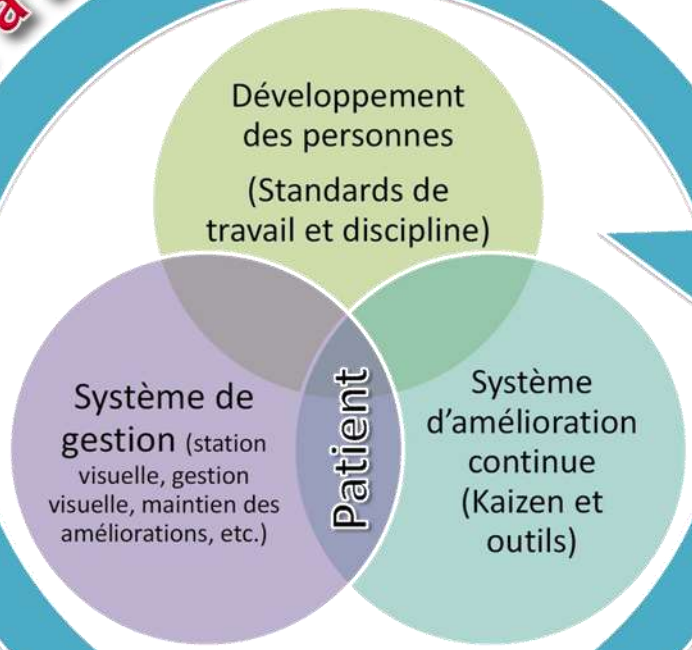
Accréditations syndicales



# Comment se transforme notre culture?



# Culture d'amélioration continue



Standards

Améliorer la performance

# Comment se transforme notre culture?

- Le système de gestion est le moyen pour assurer le maintien des résultats obtenus par le système d'amélioration.
- Les systèmes d'amélioration et de gestion sont donc reliés ensemble pour assurer la performance organisationnelle.
- Notre but est de développer et de former le plus de gens possible à utiliser la démarche standard de résolution de problème pour ainsi améliorer la performance.



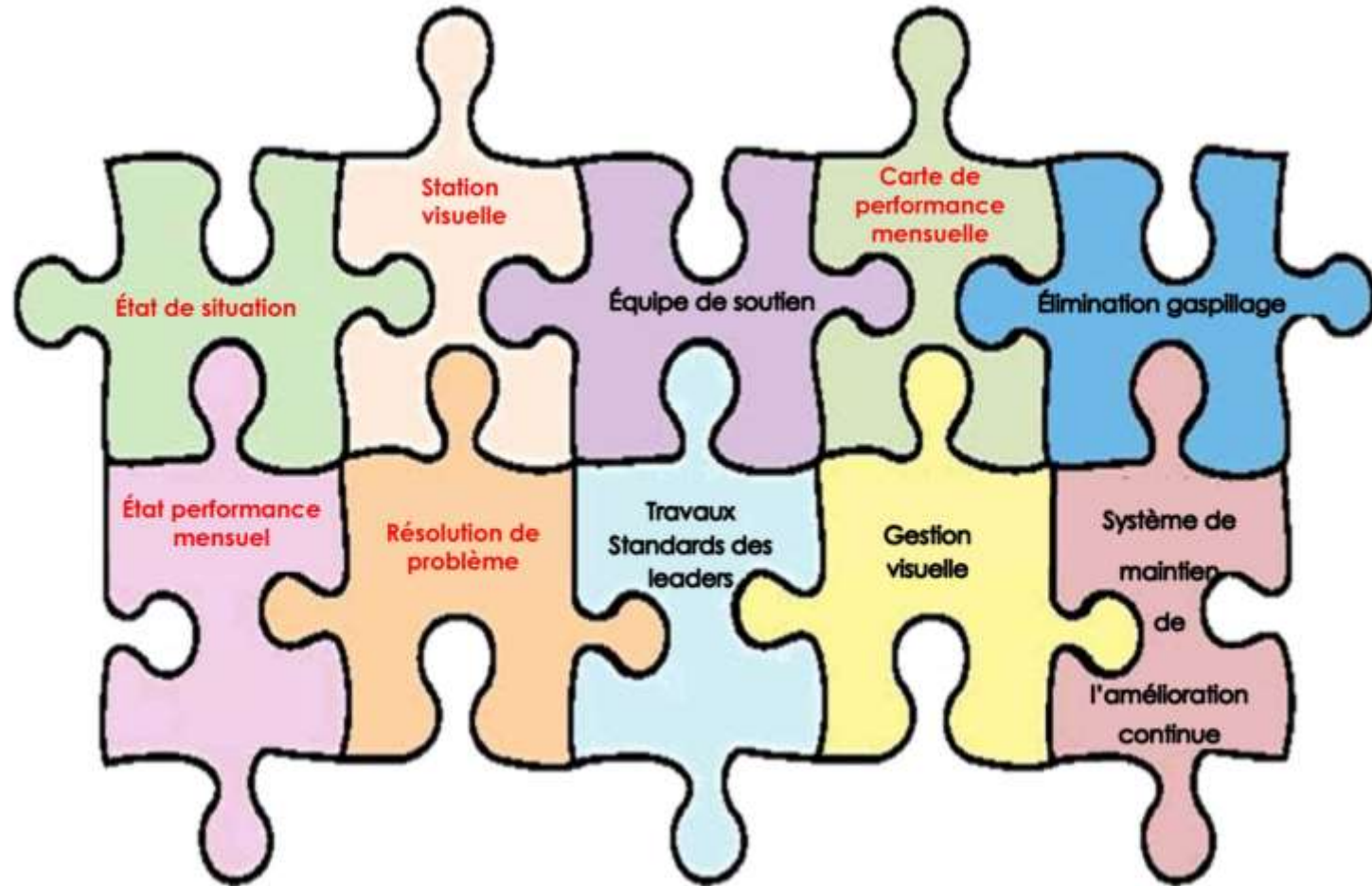
# Notre inspiration



THEDA  CARE  
CENTER FOR  
HEALTHCARE VALUE

*Targeting Value, Spreading Change*

# Le système de gestion



# Pourquoi le système de gestion?

Notre système de gestion n'est pas aligné sur les besoins du terrain, là où la valeur se crée pour les patients, les usagers, les clients, etc.

« L'arrogance ultime est de demander aux gens de terrain de changer leur façon de travailler sans changer la façon de gérer ».

Traduction libre, John Toussaint, Thedacare



# Pourquoi le système de gestion?

## **Se doter d'un système de gestion commun et standard**

- Gérer de façon proactive.
- Mesurer notre performance et la comprendre.
- Comprendre et résoudre nos problèmes.
- Agir en fonction de nos cibles pour améliorer notre performance.

# Systeme de gestion – Le Vrai Nord

**Qualité**



**Satisfaction  
des patients**

**Sécurité**



**Mobilisation**



**Saine gestion  
financière**



### **Qualité :**

- Nombre de réadmissions
- Liste d'attente

### **Mobilisation :**

- % engagement par secteur

### **Satisfaction des patients :**

- Implication des proches
- Leadership de l'utilisateur
- Écoute
- Plaintes

### **Sécurité :**

- Ratio normalisé de mortalité hospitalière
- % d'accidents avec et sans perte de temps

### **Finances :**

- 0,5 % de marge financière

# Apprentissages et résultats

## Apprentissages :

- Se donner le temps.

## Résultats :

- Meilleure cohésion et cohérence.
- Aide à garder le cap.
- Travail d'équipe (moins de silo).

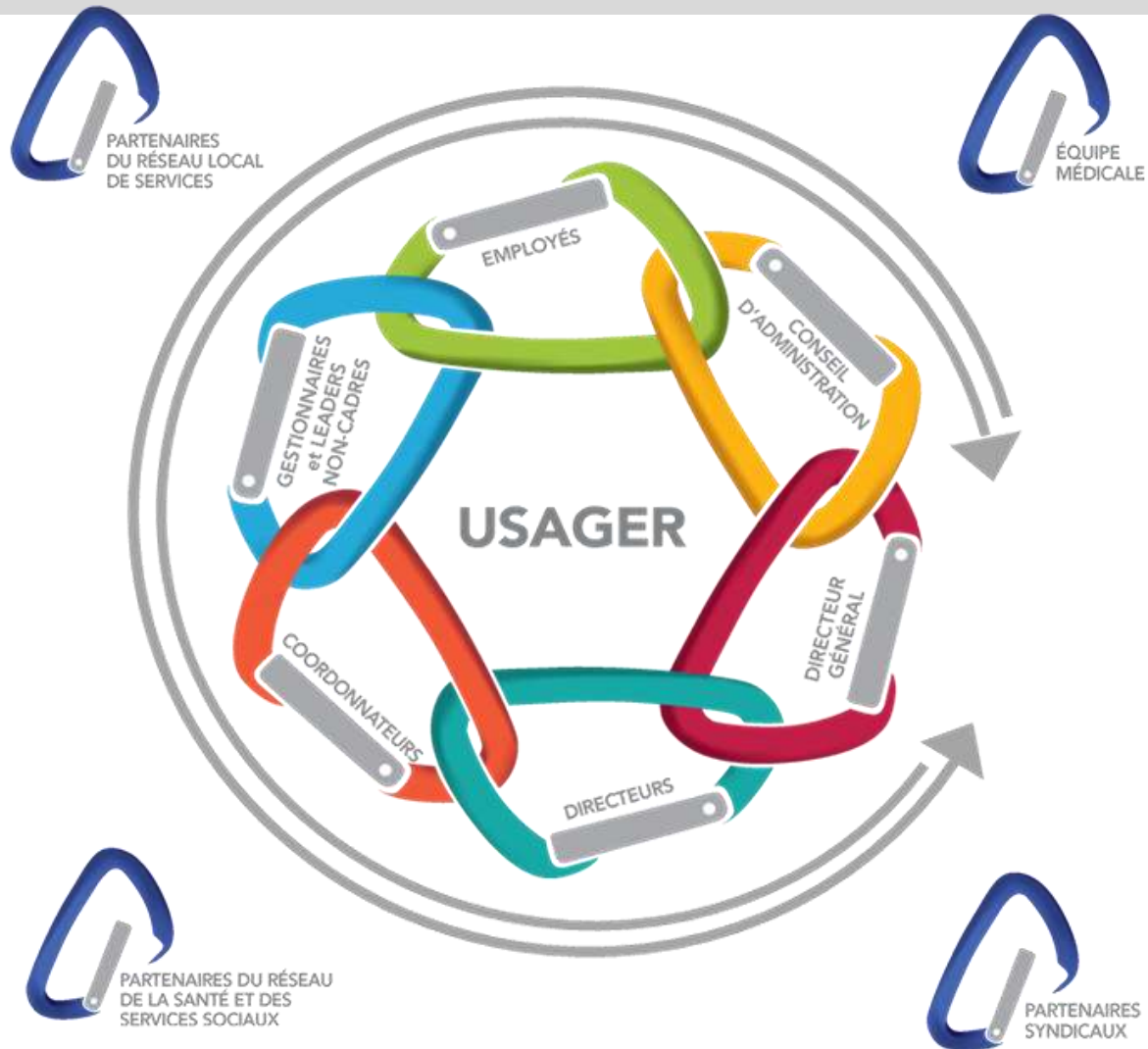
# Se donner du temps...

- L'espace proximité

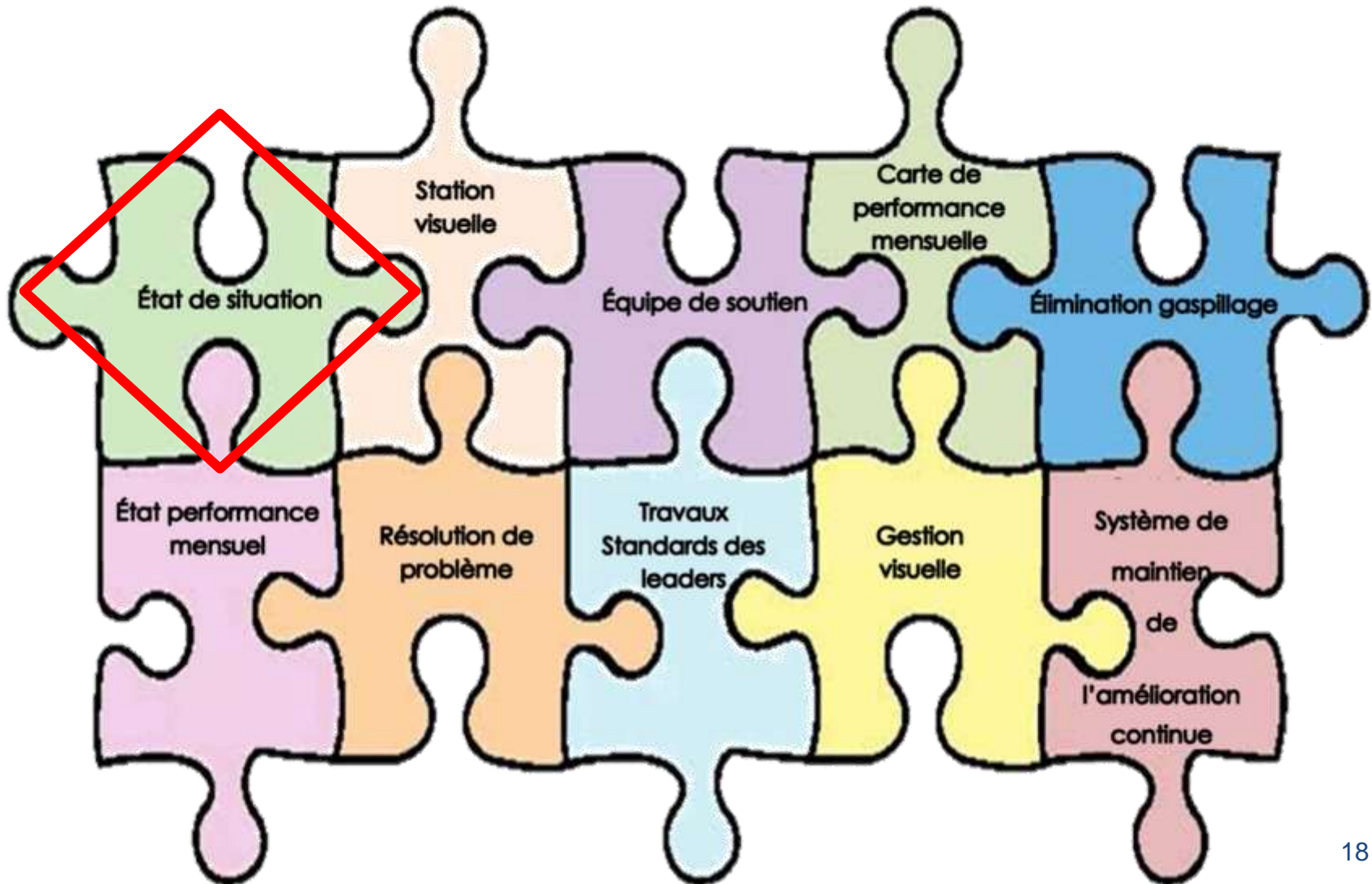




# Structure de communication



# Systeme de gestion (suite)



# État de situation

**But : Gérer de façon proactive**

Apprendre et mieux comprendre les activités du terrain « core business »

# C'est quoi?

Point de communication de 30 minutes entre le coordonnateur et le directeur, deux fois par mois.




Point de communication de 15 minutes entre le chef et l'assistante infirmière-chef, chaque jour.



Point de communication de 30 minutes entre le chef et le coordonnateur, chaque semaine.



# État de situation

 <b>ÉTAT DE SITUATION QUOTIDIEN</b> <b>ROUGE = QUESTIONS NÉCESSAIRES (DANS UNE CERTAINES FORMES)</b>		NOM DU SECTEUR					Révision : 2018-01-07
DATE		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	NOTES
Sécurité	Nombre d'audit de la gestion sécuritaire des médicaments (GSM) réalisés?						<b>LUNDI</b>
	Écart? Action à poser?						
	Événement sentinelle survenu?						
	Action à poser?						
Qualité	Risques prioritaires (chutes, identité, médicaments...)?						<b>MARDI</b>
	Action à poser?						
	Nombre d'usages réalisés 0-30 jours? Action à poser?						
Innovation	Nombre d'usages dont la prescription ou congé est faite à l'admission? Action à poser?						<b>MERCREDI</b>
	Nombre d'usages à risque de séjour excédent 30 JMS? Action à poser?						
	Secteur qui a besoin de plus de soutien cette semaine? Action à poser?						
Satisfaction patient	Nombre d'idée d'amélioration de l'équipe?						<b>JEUDI</b>
	Qu'est-ce qui va être améliorée cette semaine?						
	Qui ou que devons-nous féliciter ou valiser cette semaine et pourquoi?						
Finances	Nombre d'usages ayant complété la portion de la collecte de données eux-mêmes? Les autres? Action?						<b>VENDREDI</b>
	Commentaires reçus par les usagers? Action à poser?						
	Nombre de divulgation faite?						
Finances	Événement qui va impacter (+ ou -) les coûts dans les deux prochaines semaines?						<b>VENDREDI</b>
	Profilés pour les deux prochaines semaines?						
	Quel est le nombre de gardes actives en cours? Action à poser?						
	Comment est-ce que je peux l'aider?						

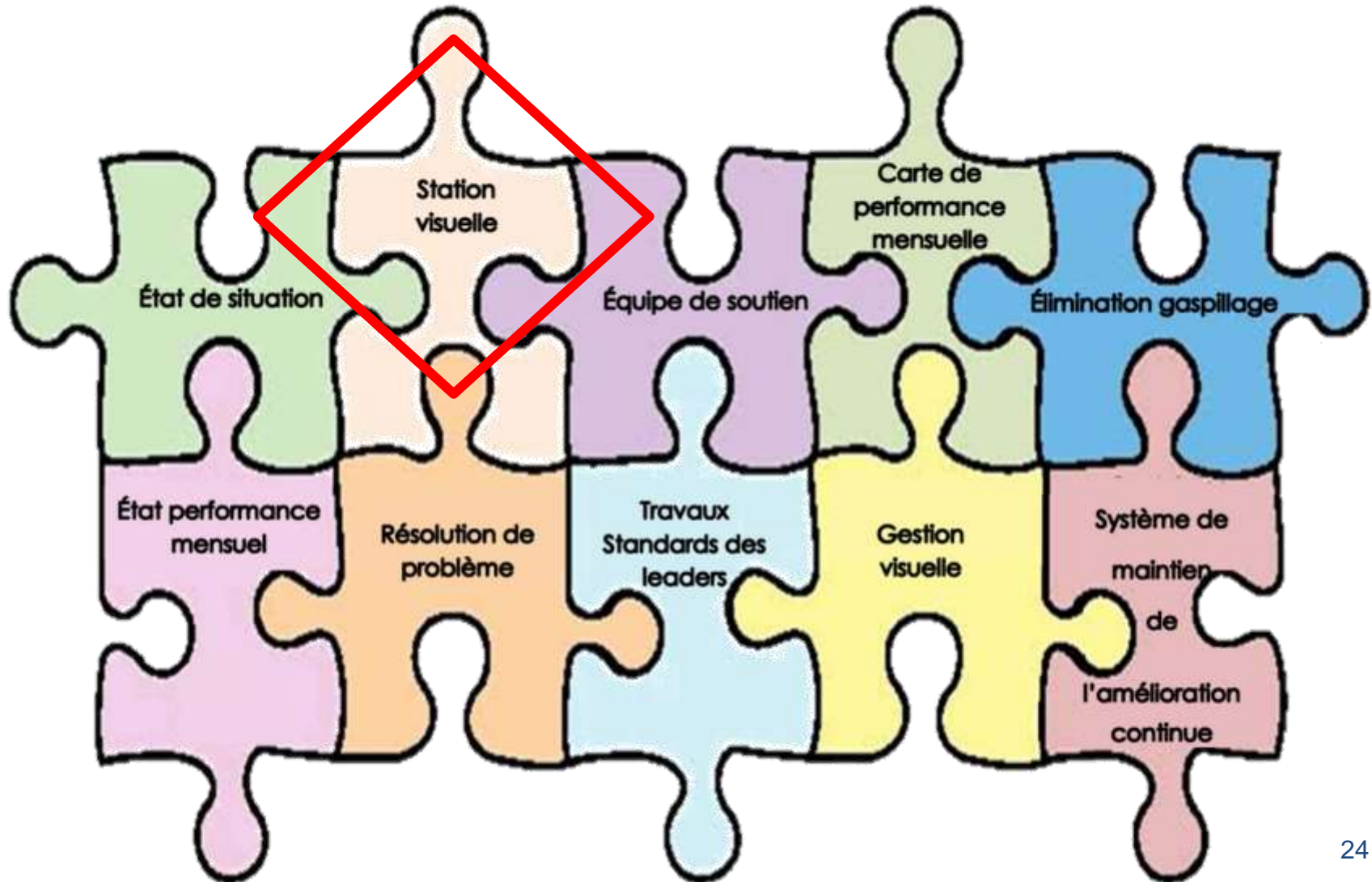
# État de situation permet ...

- D'avoir un plan proactif de gestion.
- D'avoir les informations pour prévenir et éviter d'éventuels problèmes.
- D'identifier les besoins de développement des équipes autour de la résolution de problème.
- De développer nos employés.

# Créer le questionnaire état de situation

- En petit groupe (gestionnaire avec les employés).
- Identifier la performance attendue, les risques possibles, les enjeux, etc., du secteur.
- Identifier les indicateurs qui sont importants de suivre en fonction des enjeux du secteur.

# Systeme de gestion





# Station visuelle

***But : Identifier  
quotidiennement les  
problèmes/opportu-  
nités pour les régler  
rapidement sur le  
terrain.***

# Station visuelle permet...

- De gérer l'amélioration quotidiennement pour les 3 quarts de travail.
- D'impliquer les gens du terrain à régler les problèmes qui les concernent.
- De constater comment la résolution des problèmes et l'amélioration des processus améliorent la performance.

NOS VALEURS

Transparence

Respect

Excellence

Détermination

VRAI NOÛD

Sécurité



Mobilisation



Satisfaction des patients



Saine gestion financière



Qualité



2 GESTION DE LA PERFORMANCE

1 PARTAGE SÉCURITÉ

S  
M  
P  
F  
Q

3 AMÉLIORATION CONTINUE

4 PLANIFICATION

5 GESTION HEBDOMADAIRE

6 BONS COUPS

Questionner

Aller voir

Améliorer en continu

Respecter l'ordre établi

Travailler en équipe

LES 5 PRINCIPES  
GUIDE « LEAN »



# Comment?

Établir le standard de la station visuelle



Établir le standard d'animation



Débuter par le directeur général



Encourager les initiatives personnelles



S'améliorer en continu

# Comment?

Animation hebdomadaire faite à tour de rôle par tous les membres de l'équipe



Durée variant de 15 à 30 minutes



Miser sur l'apprentissage par imitation :



Le DG a été le premier



Les directeurs ont emboité le pas



Les coordonnateurs puis les chefs

# Apprentissage et résultats

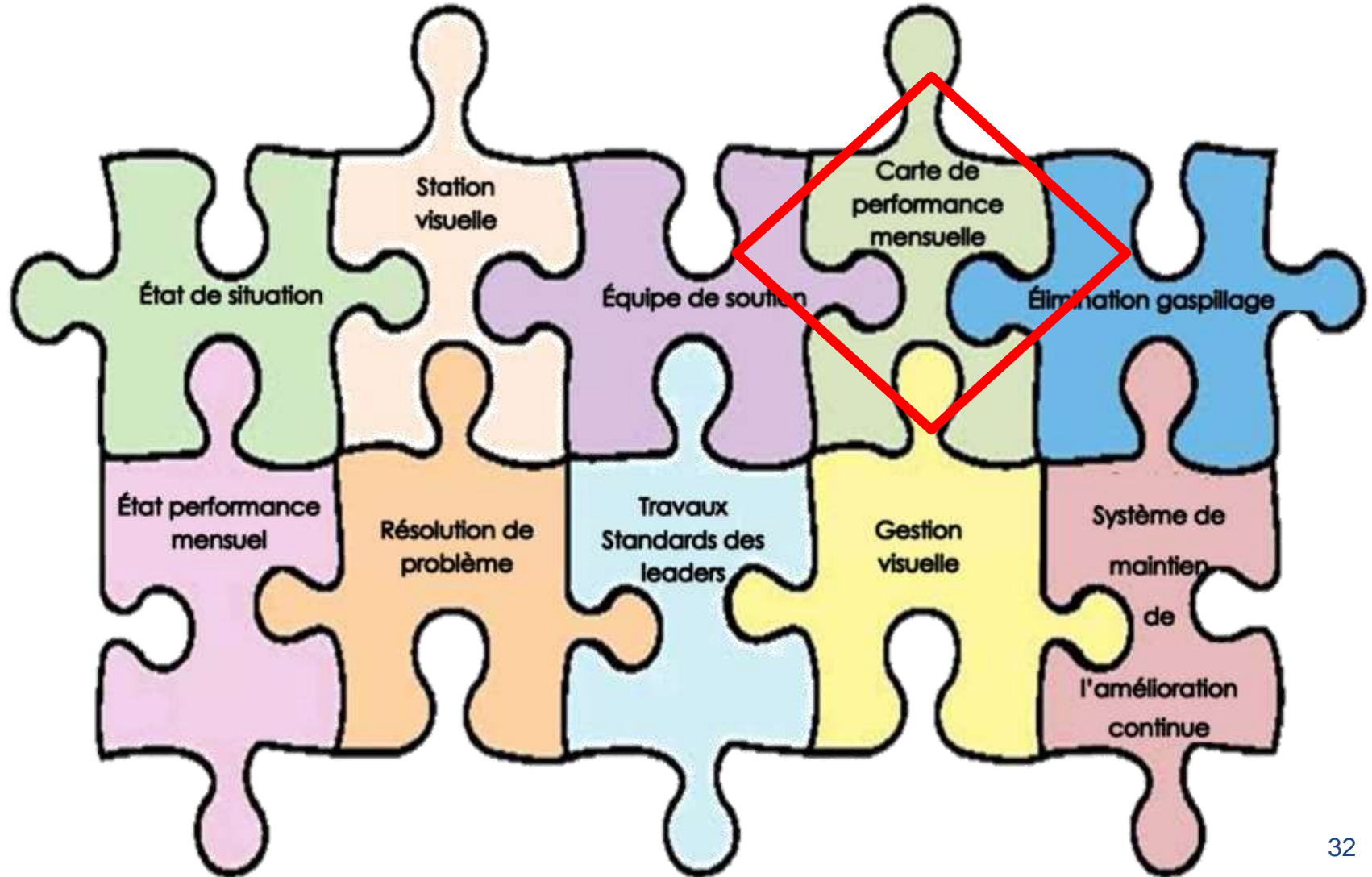
## Apprentissages :

- Démarrer par la section amélioration continue, les indicateurs suivront.
- Bons coups de démarrer par le DG.
- Offrir les standards.
- Ne pas chercher la perfection.
- Inviter l'équipe qui travaille dans le processus.

## Résultats :

- 26 stations visuelles animées.
- 204 idées d'amélioration.
- Plus de 300 personnes touchées.
- Maintien des résultats de Kaizen depuis plus d'un an.
- Mobilisation.

# Systeme de gestion





# Carte de performance mensuelle

**But : « Connaitre nos  
indicateurs »**

**Prioriser les indicateurs d'action et  
mettre en place des actions pour les  
améliorer.**

# Carte de performance permet...

- D'opérationnaliser le Vrai Nord sur le terrain.
- De mesurer nos actions.
- De constater les résultats de nos efforts d'amélioration.
- De prendre conscience de notre contribution à l'échelle organisationnelle.
- De gérer notre capacité.

# Lien entre la carte de performance et la station visuelle

Vrai Nord

Indicateurs d'action

## CARTE DE PERFORMANCE MENSUELLE

Influence des Indicateurs d'action pour améliorer les Indicateurs du Vrai Nord

Indicateurs de	Indicateurs du Vrai Nord
Qualité	
Sécurité	
Satisf. Patient	

Influence des Indicateurs d'action pour améliorer les Indicateurs du Vrai Nord

Indicateurs de	Indicateurs du Vrai Nord
Mobilisation	
Finances	

Indicateurs d'action : il s'agit de la performance sur laquelle nous devons agir et nous concentrer au quotidien afin d'améliorer la performance organisationnelle, en lien avec le Vrai Nord. Légende : à définir

Source	Indicateurs à Observer	Propriétaire	Cible	Résultat de l'année précédente	Date estimée de fin	Résultats	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Moyenne de l'année	% d'amélioration Vs le départ	
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																

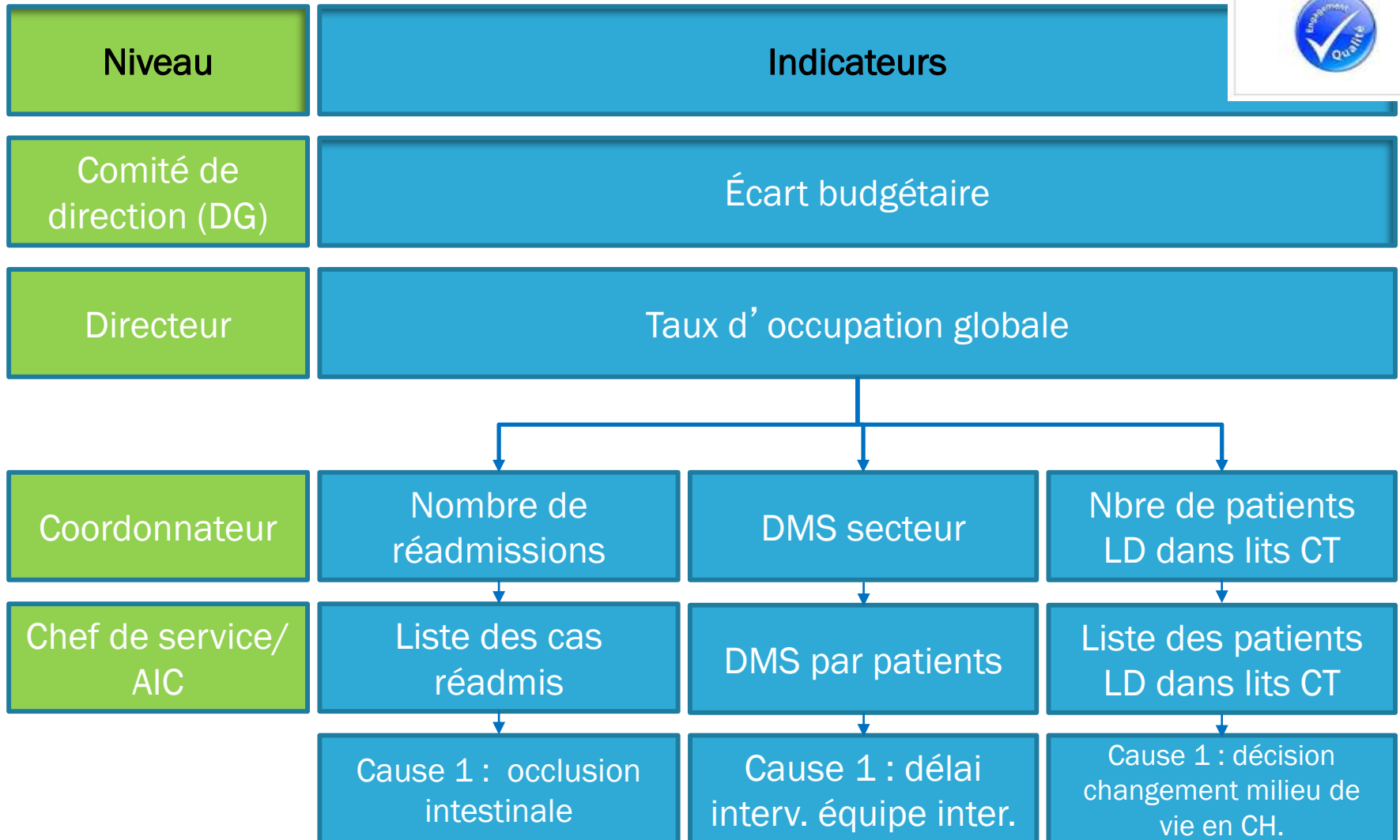
Indicateurs à observer: il s'agit de la performance que nous observons. Un indicateur nécessitant des actions deviendra un indicateur d'action. Indiquer pour le mois et l'année l'état (Rouge/vert)

Source	Indicateurs à Observer	Propriétaire	Cible	Résultat de l'année précédente	Date estimée de fin	Résultats	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Moyenne de l'année	% d'amélioration Vs le départ	
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																
						Actuel >																

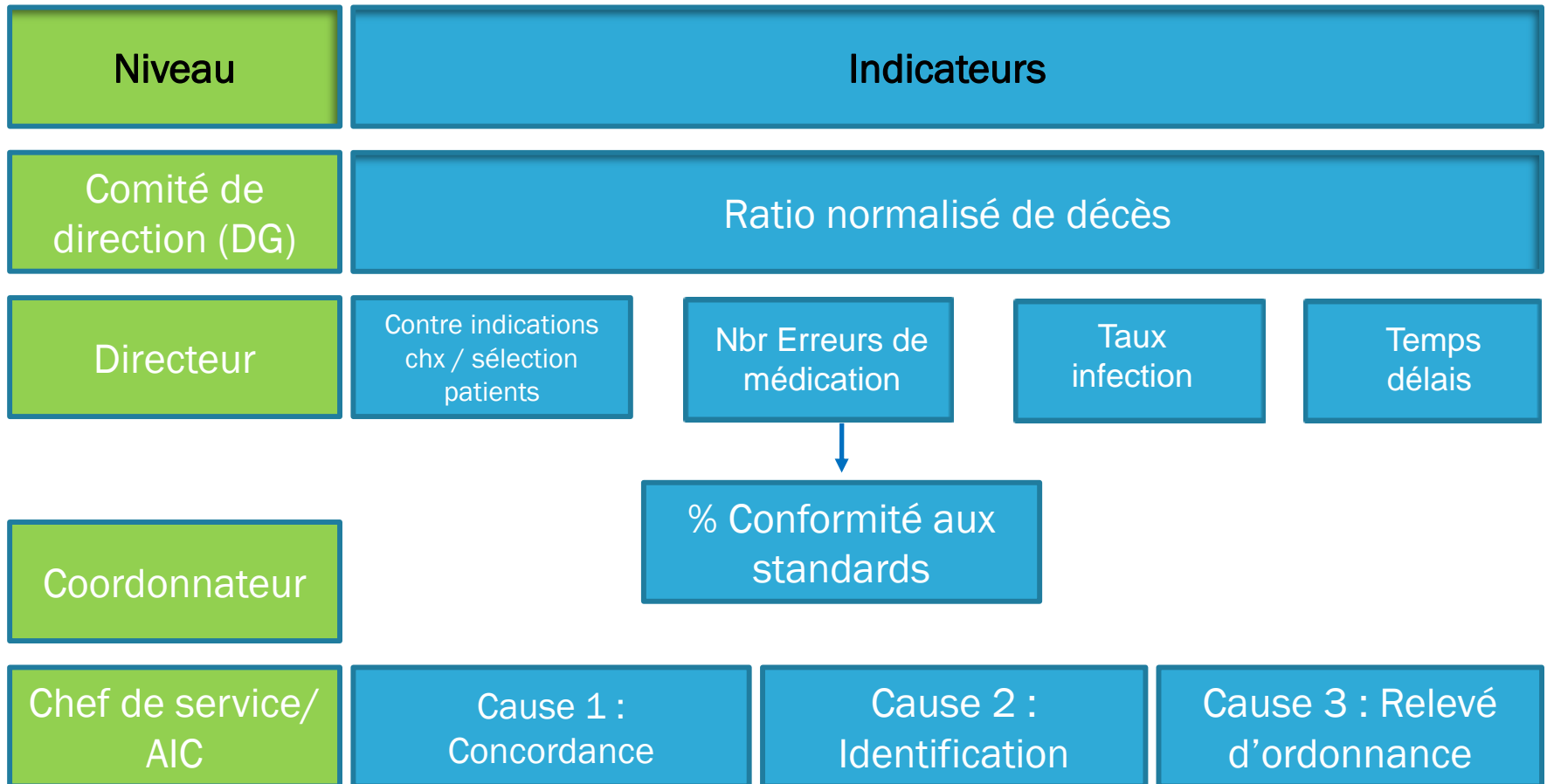
Indicateurs à observer



# Cascade des indicateurs

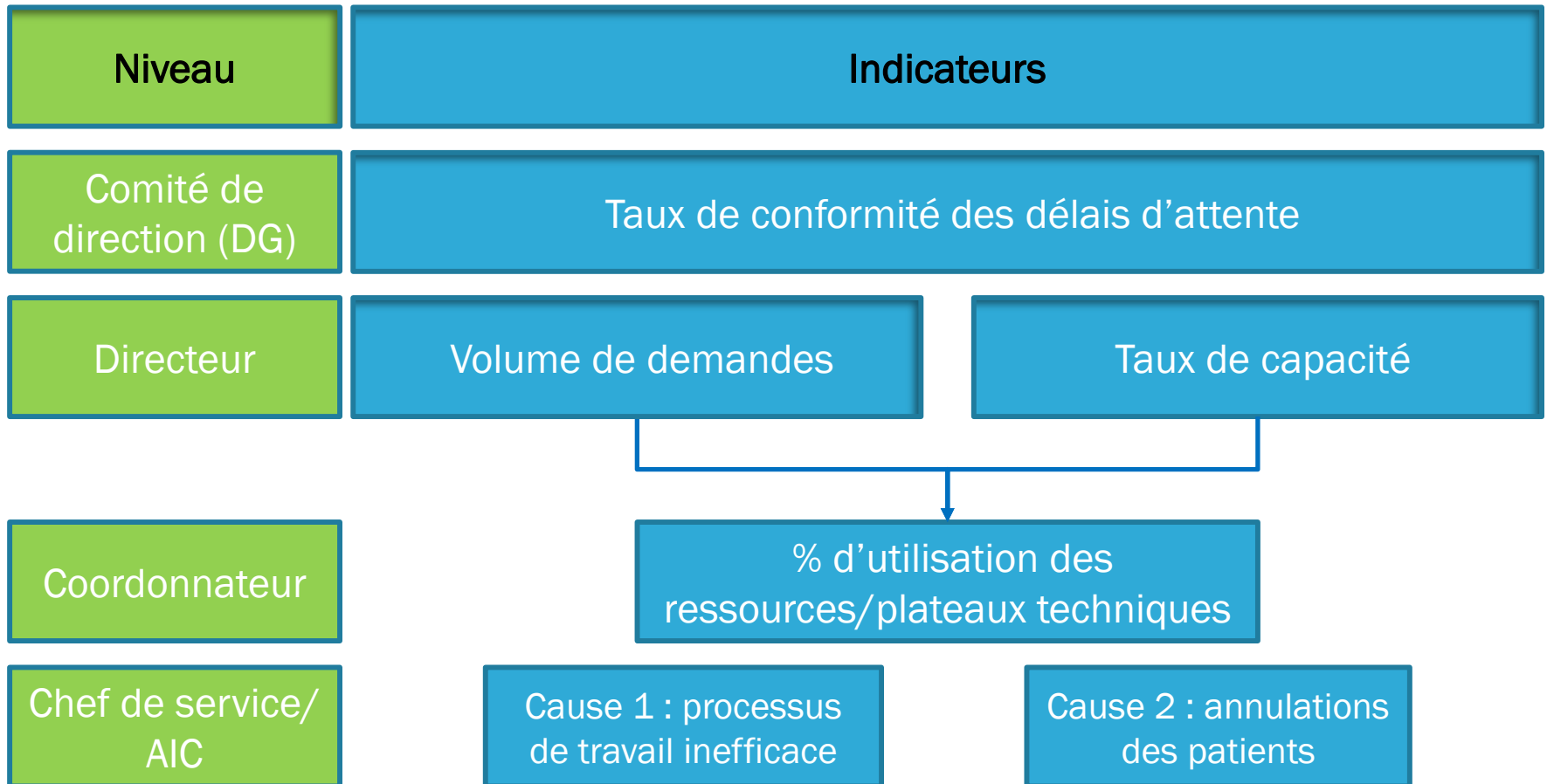


# Cascade des indicateurs

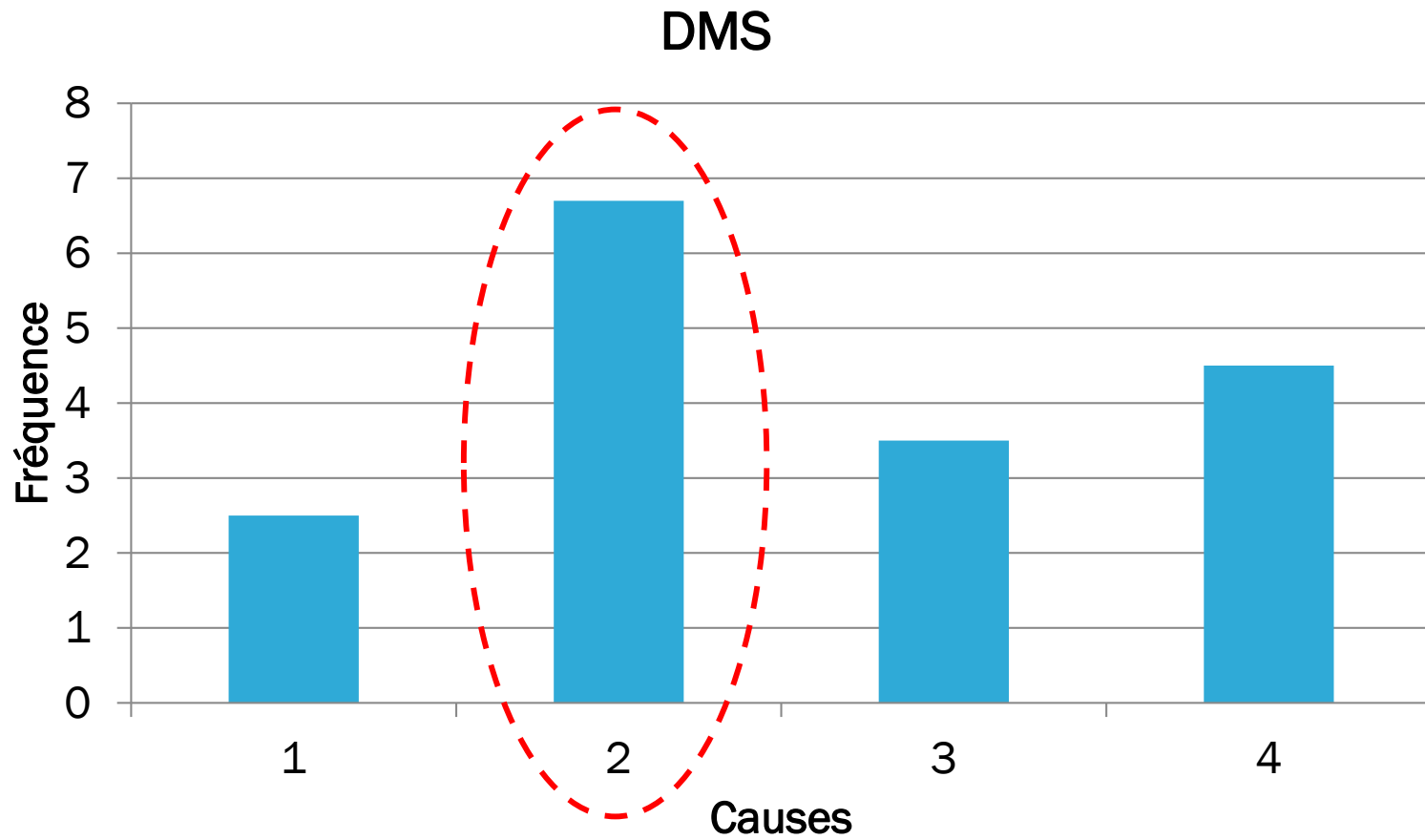


# Cascade des indicateurs

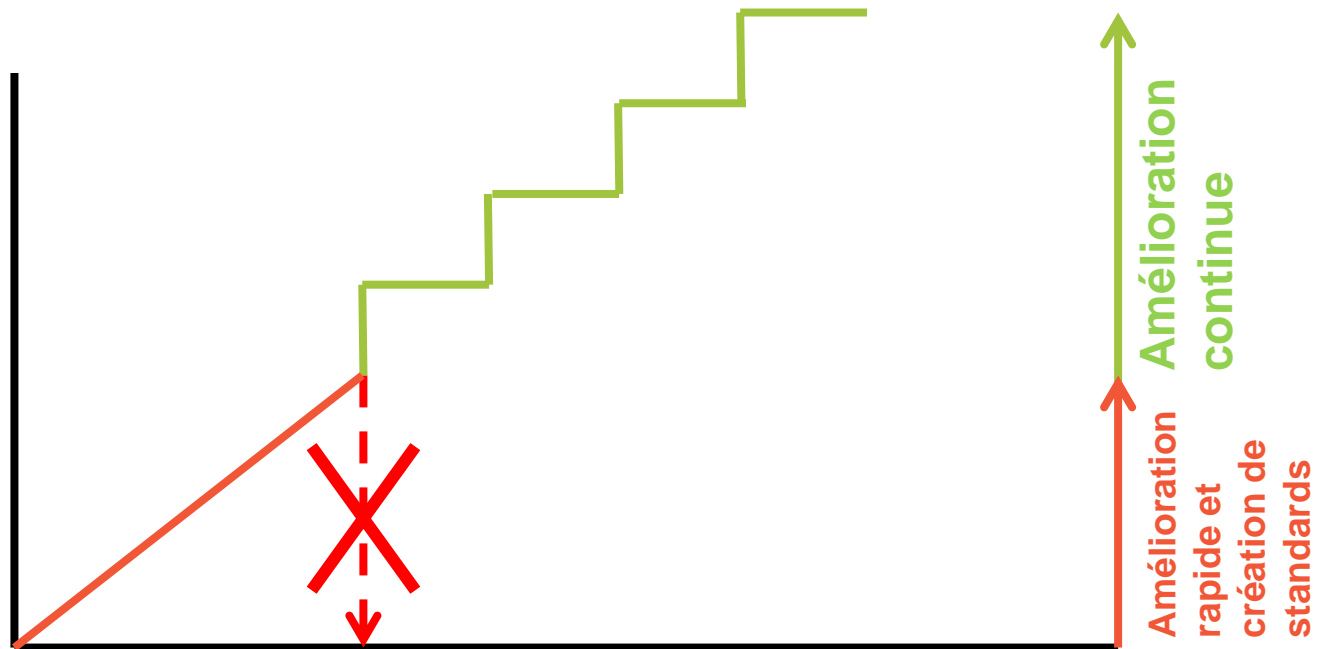
Qualité



# Pareto

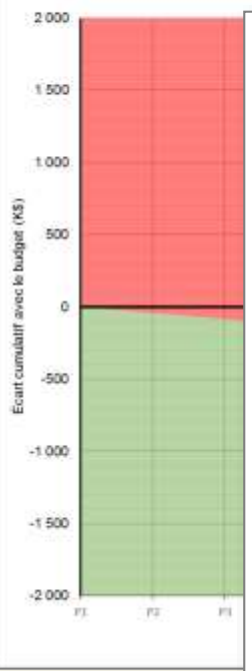


# Gestion de projet Kaizen

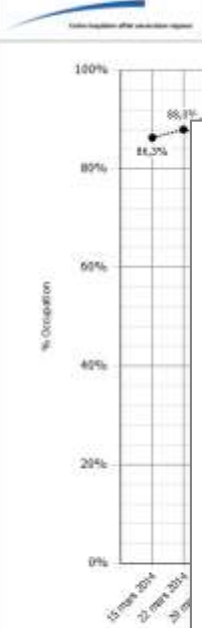




# Écart budgétaire



## Évolution du taux d'occupation



## Réadmission < 30 Jrs

Soins de courte durée, CDJ + 24h exclus



## Liste des réadmission < 30 Jrs avec historique

Pour les 7 derniers jours ; Soins de courte durée

No Dossier	Départ de l'unité :	Date départ	Ré-admission le :	À l'unité :
11105	A2 - A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF	13 août 2014 20:53	5 sept. 2014 15:11	A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF
126060	D4 - D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO	31 août 2014 09:25	10 sept. 2014 18:28	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
131866	D2 - D2 PNEUMO/MEDICINE	7 août 2014 10:46	5 sept. 2014 17:06	A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF
144374	A4 - A4 ORTHO/MEDICINE	16 août 2014 15:24	8 sept. 2014 13:07	A4 ORTHO/ MEDICINE
166691	D4 - D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO	13 août 2014 24:38	4 sept. 2014 16:32	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
162243	D2 - D2 PNEUMO/MEDICINE	28 août 2014 13:45	8 sept. 2014 17:14	A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF
207489	C4 - C4 MEDECINE GENERALE	22 août 2014 13:20	9 sept. 2014 17:22	C4 MEDECINE GENERALE
210683	D2 - D2 PNEUMO/MEDICINE	5 sept. 2014 14:49	9 sept. 2014 09:38	C4 MEDECINE GENERALE
220500	D4 - D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO	5 sept. 2014 20:51	8 sept. 2014 18:55	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
228662	D9C5 - D9 COURT-SÉJOUR - PSY	12 août 2014 12:23	6 sept. 2014 14:11	D9 COURT-SÉJOUR - PSY
229257	A3 - A3 CARDIOLOGIE/CCV/MEDICINE	1 sept. 2014 13:32	6 sept. 2014 13:25	83 USI SOINS INTENSIFS
262486	CDJ - CDJ CHIRURGIE D'UN JOUR	4 sept. 2014 20:00	10 sept. 2014 21:42	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
262715	CDJ - CDJ CHIRURGIE D'UN JOUR	9 sept. 2014 19:20	9 sept. 2014 19:21	B4 NEURO/ NEUROCHIR/ GERIATRIE
347676	D4 - D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO	22 août 2014 15:01	9 sept. 2014 20:17	A4 ORTHO/ MEDICINE
359471	B4N - B4 SOINS INTERMEDIAIRES	28 août 2014 15:32	10 sept. 2014 10:12	A3 UC U-CORDARIENNE
40810	C3 - C3 PERINATALITE	19 août 2014 13:28	8 sept. 2014 21:04	C3 PERINATALITE
43168	D4 - D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO	10 sept. 2014 15:48	11 sept. 2014 00:53	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
457607	D2 - D2 PNEUMO/MEDICINE	13 août 2014 12:30	9 sept. 2014 10:49	A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF
459626	CDJ - CDJ CHIRURGIE D'UN JOUR	5 sept. 2014 20:45	5 sept. 2014 21:29	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
463097	A3 - A3 CARDIOLOGIE/CCV/MEDICINE	12 août 2014 16:39	8 sept. 2014 11:57	A3 CARDIOLOGIE/CCV/MEDICINE
46799	CDJ - CDJ CHIRURGIE D'UN JOUR	10 sept. 2014 17:02	10 sept. 2014 17:04	A4 ORTHO/ MEDICINE
470034	C3 - C3 PERINATALITE	13 août 2014 12:05	10 sept. 2014 04:28	C3 PERINATALITE
47461	A2 - A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF	31 août 2014 15:13	5 sept. 2014 18:58	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
48684	CDJ - CDJ CHIRURGIE D'UN JOUR	10 août 2014 20:00	10 sept. 2014 16:18	D4 CHIRURGIE MAX/OPHT/OTOL/PLAST/ARO
491635	CDJ - CDJ CHIRURGIE D'UN JOUR	26 août 2014 20:00	7 sept. 2014 22:51	C3 PEDIATRIE MAURICE TANGUY
492510	D2 - D2 PNEUMO/MEDICINE	3 sept. 2014 15:02	8 sept. 2014 14:48	A2 MEDECINE HEMATO PALLIATIF
509204	C3 - C3 PERINATALITE	26 août 2014 13:59	10 sept. 2014 06:00	C3 PERINATALITE

Définition opérationnelle  
Catégorie de réadmission : <29 Jrs (excluant les CDJ + 24hrs)

Mise à jour :  
11 sept. 2014

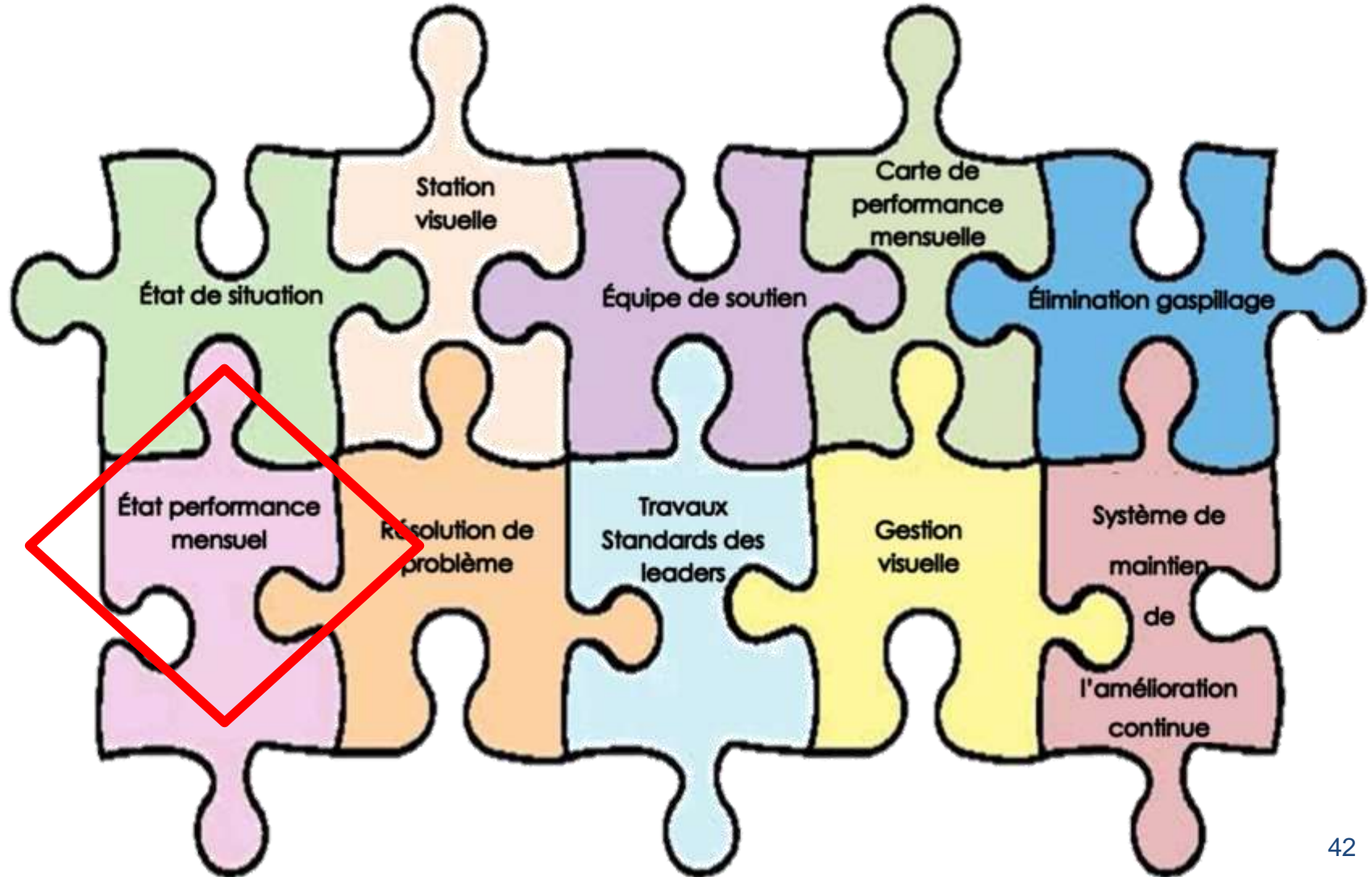
Directeur général

Directeur des programmes-clientèles


Coordonnateur

Chef d'unité/AIC

# Systeme de gestion



# État de performance mensuel



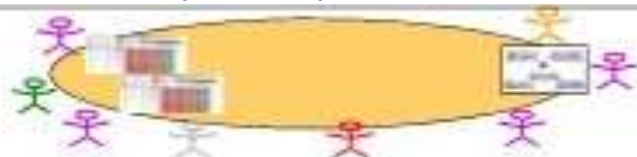
**But : Comprendre la performance et suivre l'efficacité des efforts d'amélioration.**

# État de performance mensuel... comment

Le DG avec le CA

Le DG avec les directeurs (ensemble)

On utilise le Vrai Nord du DG le travail standard de la rencontre



Le 3<sup>e</sup> jeudi du mois

Le directeur avec les gestionnaires (ensemble)

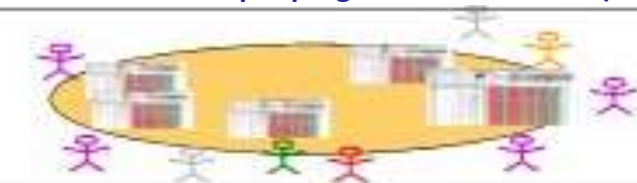
On utilise la carte de performance du directeur et le travail standard de la rencontre



Le 3<sup>e</sup> mardi du mois  
Pour chaque directeur

Le coordonnateur et les chefs par programme ou secteur (ensemble)

On utilise la carte de performance du coordonnateur et le travail standard de la rencontre



Entre le 6<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> jour ouvrable du mois  
Pour chaque coord.

Le chef et l'équipe de soutien

Le chef et l'équipe de soutien se rencontrent. Ils utilisent le travail standard pour la rencontre et la carte de performance



4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour ouvrable du mois  
Pour chaque chef

# État de performance mensuel c'est...

- Une rencontre qui a pour objectif de revoir en équipe (incluant l'équipe de soutien) la performance du secteur chaque mois.
- On utilise la carte de performance.
- On évalue si les efforts d'amélioration portent ses fruits.
- On cible ensemble les prochains indicateurs d'action.

# L'état de performance mensuel permet...

- Comprendre et demeurer lié avec le Vrai Nord.
- Lorsqu'un indicateur est hors contrôle, on utilise toujours la démarche scientifique de résolution de problèmes pour trouver des actions d'amélioration.
- Apprendre ensemble et s'influencer mutuellement.
- Développer l'esprit critique à l'intérieur de l'équipe.
- Ne pas oublier de célébrer les beaux résultats et les efforts.

# Synchronisation de l'agenda

## Semaine 1 - 2014-2015


Lundi 8 septembre	Mardi 9 septembre	Mercredi 10 septembre	Jeudi 11 septembre	Vendredi 12 septembre
8 h à 10 h station visuelle chef de service	Station visuelle coordonnateurs 8 h à 10 h station visuelle chef de service	Station visuelle directeurs 8 h à 10 h station visuelle chef de service	Station visuelle directeurs 8 h à 10 h station visuelle chef de service	8 h à 10 h station visuelle chef de service
		Rencontres intradirection	RV équipe de gestion	
			Station visuelle du DG	
	Comité de coordination interprogrammes		Diner CD	
	CCIC 10 h à 16 h			
		Conseil d'administration		

# Carte de performance comment...

Faire la liste de tous les indicateurs que vous utilisez et les inscrire dans la section indicateurs à observer.




Réunir votre équipe (incluant les membres de l'équipe de soutien) et choisir ensemble les indicateurs d'action.



Situer au bon niveau chaque indicateur en fonction de « qui a le pouvoir de faire bouger l'indicateur », faire des liens avec la gestion par processus.



Lier votre carte de performance et celle de vos employés (s'il y a lieu) et avec celle de votre supérieur immédiat.



Alimenter la carte de performance et l'utiliser pour la rencontre d'état de la performance mensuel.



# Apprentissages et résultats

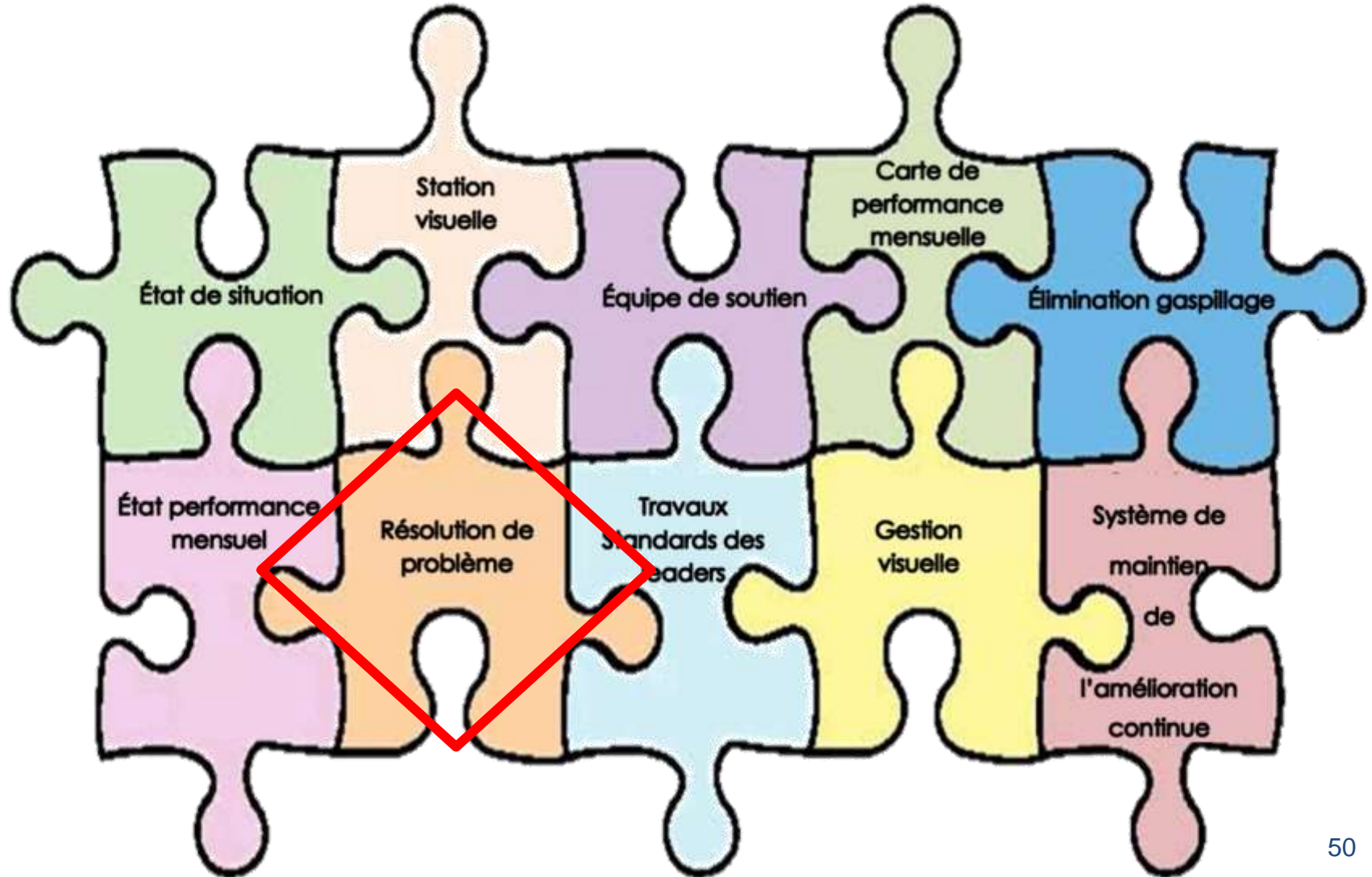
## Apprentissages :

- Commencer par le milieu hiérarchique, coordonnateur.
- La micro gestion à tous les niveaux.
- Cascades d'indicateurs dans une logique de cause à effets.
- Éviter de prendre un indicateur micro qui « grossit » dans la cascade hiérarchique.

## Résultats :

- Prise de contrôle.
- Déclenche des actions rapides basées sur des données.
- La gestion du continuum, défaire les silos.
- Ramener le niveau d'indicateur en cohérence avec le niveau de gestion.

# Systeme de gestion



# Résolution de problème

**But : utiliser une démarche standard et rigoureuse pour résoudre les problèmes dès qu'ils se présentent.**

# Démarche scientifique de résolution de problème permet...

- D'utiliser la même démarche scientifique et rigoureuse.
- De travailler en équipe à résoudre les problèmes.
- De distinguer les causes, les conséquences et les problèmes.
- De trouver des solutions qui sont liées aux causes.
- Une organisation Lean utilise cette démarche pour résoudre tous les types de problème, peu importe leur taille.

# Démarche scientifique RDMAAC c'est....

**R** : Reconnaître

**D** : Définir

**M** : Mesurer

**A** : Analyser

**A** : Améliorer

**C** : Contrôler



**RDMAAC**

# Résolution de problème et outil A3

## Comment...

### Énoncé du problème :

- Viser 25 mots
- Quoi/Comment/Où/Affecté qui/Quand
- Éviter « Parce que », « On doit », « Il n'y a pas de standard » = causes cachées

Propriétaire : Gilles Gagnon :

Date : 9 octobre 2014

Révision prévue le : jour mois année

### 1- Raisons d'agir

**RD**

### 4- Analyse des écarts/identification des causes réelles

**A**

### 7- Plan de mise en œuvre

Contremesures	Responsable	Quand	Où

**A**

### 2- Situation actuelle

**M**

### 5- Pistes d'action/contremesures

**A**

### 8- Mesures/indicateurs

**C**

### 3- Objectif SMART

**M**

### 6- Expérimenter et analyser les résultats

**A**

### 9- Leçons apprises

# C'est la démarche scientifique qui est importante

- Faire des observations du processus sur le terrain (**Aller voir**).
- Réaliser la démarche en **équipe**.
- Utiliser des faits et des **mesures/indicateurs**.
- Tout au long de la démarche, **ajuster** le contenu en fonction de ce que l'on découvre.

# Apprentissages et résultats

## Apprentissages :

- L'accompagnement est indispensable.
- Collaboration et travail d'équipe.
- Se pratiquer et se pratiquer...

## Résultats :

- Résolution de problème plus rapide.
- Démarche standard améliore l'efficacité.



# Apprentissages et résultats globaux

- Impossible d'ajouter ces actions à ce que l'on fait déjà... On doit modifier comment on fait actuellement.
- Rencontres plus fréquentes, mais moins longues.
- Miser sur la proactivité.

# Questions et commentaires

