

LEÇONS APPRIS D'UN DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE LEAN DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a réalisé entre 2012 et 2016 une démarche visant à soutenir un déploiement accéléré de l'approche Lean management adaptée au domaine de la santé et des services sociaux. Dix-neuf établissements aux vocations diverses ont participé à cette démarche qui, en plus de susciter des améliorations tangibles dans leur fonctionnement, a permis de tirer des leçons sur les mérites et les limites de cette approche dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que sur les pratiques qui contribuent ou nuisent à son intégration.

Les auteurs de cet article ont eu le privilège de vivre cette expérience de l'intérieur avec des mandats et des rattachements différents, et donc avec des perspectives variées et complémentaires. En raison de l'originalité de cette expérience, mais surtout de sa richesse sur le plan des apprentissages, ils ont voulu réunir leur lecture de ce déploiement pour en dégager les principaux éléments à retenir. Cet article est donc fondé en grande partie sur la praxis et attire l'attention sur les dispositifs, les mécanismes et les pratiques qui, selon eux, ont été marquants dans l'expérience et qui devraient être pris en compte lors de déploiements ultérieurs. Il a entre autres été alimenté par une discussion de bilan tenue avec les responsables des dossiers Lean santé à la fin des travaux en mai 2016.

Le texte n'a pas de prétention scientifique; il s'agit d'un témoignage qui met l'emphase sur les éléments marquants de cette expérience ainsi que sur les leçons à en retenir.



MARIE-PIER BOURDAGES
Chargée de projet
ministériel Lean santé
Ministère de la Santé
et des Services sociaux



GENEVIÈVE GOUDREULT
Directrice qualité évaluation
performance éthique
CISSS de Laval



PIERRE COLLERETTE
Professeur honoraire
Université du Québec
en Outaouais



DENIS LAGACÉ
Professeur, Département
de génie industriel
Université du Québec
à Trois-Rivières



GILLES TURCOTTE¹
Consultant en
développement
organisationnel

1. Les auteurs tiennent à remercier Gilles Le Beau pour ses commentaires, lui qui a été un des principaux artisans de ce déploiement.

LE CONTEXTE

Le système de santé et de services sociaux québécois connaît des difficultés depuis quelques décennies et, à l'instar des autres états du monde occidental, il a fait l'objet de diverses réformes visant à accroître son efficacité et son efficience. Celles-ci ont sans doute apporté des améliorations, mais force est de constater qu'il restait des gains importants à faire, dans un contexte de population vieillissante dont la durée de vie s'allonge. C'est dans ce contexte qu'en 2011, les dirigeants du ministère ont voulu mettre à profit l'approche Lean management qui a fait ses preuves comme approche axée sur la logique du client et capable d'induire des améliorations continues dans un système organisationnel.

Cette approche a été popularisée dans les secteurs industriel et commercial, mais les principes qui la caractérisent n'ont pas été conçus à l'origine pour le cadre particulier d'établissements offrant des prestations de santé et de services sociaux. Même si quelques établissements au Canada et ailleurs dans le monde étaient déjà engagés dans cette approche, on en était encore aux premiers efforts de son insertion en santé et services sociaux; on pouvait donc présumer que des ajustements seraient requis pour en retirer les bénéfices potentiels. Il faut bien dire que cette approche était assez peu connue dans le domaine de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, elle suscitait de la méfiance chez certains qui y voyaient une forme maquillée de taylorisme axée sur la maximisation du rendement au détriment des personnes.

Les dirigeants du ministère ont choisi en 2011 d'entrer sur ce terrain avec une première phase d'envergure restreinte en vue d'expérimenter l'approche et d'en tirer des apprentissages pouvant guider la suite. Mentionnons que certains établissements du réseau avaient déjà, de leur propre initiative, commencé à intégrer des éléments de l'approche Lean. L'intention du ministère était de fournir à des établissements présentant un terreau fertile à l'innovation, des conditions facilitantes pour procéder au déploiement de l'approche Lean, en y apportant des ajustements qui faciliteraient son intégration dans un milieu de services de santé et de services sociaux. D'ailleurs, l'expression retenue a été celle de *Lean santé six sigma*, plutôt que Lean management; l'expression *six sigma* a rapidement été délaissée et c'est l'expression *Lean santé* qui a dans les faits été utilisée. On voulait aussi profiter de cette occasion pour développer certains outils pouvant être réutilisés par les autres établissements qui souhaiteraient s'engager dans la même voie.

LA DÉMARCHÉ EN BREF

Deux grandes phases furent réalisées entre 2012 et 2016. La première phase, d'une durée de trois ans (2012 à 2015), a impliqué trois établissements; la deuxième phase, d'une durée

de deux ans (2014 à 2016), a impliqué 16 autres établissements. Les 19 établissements ayant participé à cette initiative touchaient à une diversité de vocations et regroupaient plus de 35 % de la main-d'œuvre active dans le système de santé public du Québec.

PHASE 1

En février 2011, le ministère transmettait aux établissements du réseau un appel de propositions intitulé *Projet d'implantation de l'approche de performance Lean Healthcare Six Sigma dans des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*. Par suite d'un appel d'offre public, il retenait aussi les services d'une firme de consultants experte dans le domaine du Lean management pour fournir un accompagnement à l'équipe ministérielle, aux agences de santé et aux trois établissements qui seraient retenus.

Les établissements participant à cette phase² ont bénéficié d'un soutien financier spécifique leur permettant de financer en grande partie les diverses initiatives qu'ils s'engageaient à réaliser au cours des trois ans du projet. Un des engagements consistait à mettre en place les dispositifs organisationnels et budgétaires qui assureraient la pérennité du Lean santé dans l'établissement. Les plans d'action des établissements retenus étaient principalement axés sur deux volets : la réalisation de quelques grands projets d'amélioration et des activités de formation en soutien à ces activités. Il était présumé que ces initiatives feraient tache d'huile dans l'établissement et que d'autres initiatives émergeraient en réaction à ces grands projets.

Un certain nombre de paramètres avaient été établis par le ministère pour orienter les travaux. Ainsi, une structure de gouvernance des projets prédéterminée devait être appliquée dans chaque établissement. Elle visait entre autres à favoriser la participation des diverses parties prenantes aux processus décisionnels et les établissements devaient notamment y impliquer les instances syndicales. Il était clair que la fonction du Lean santé était de produire des gains dans la performance des établissements, mais il ne fallait pas qu'il soit utilisé comme moyen de rationalisation des effectifs; les améliorations introduites ne devaient donc pas se traduire par des pertes d'emplois.

Pour favoriser la coordination d'ensemble ainsi que le partage des pratiques, le ministère a mis en place un comité stratégique réunissant les directeurs généraux des établissements participants, les directeurs généraux des agences de santé concernées et les représentants du ministère. Il a aussi installé une table de concertation et d'expertise regroupant les porteurs du dossier Lean santé de chaque établissement. Il a en outre confié à un groupe d'universitaires³ le mandat de concevoir un outil de mesure de la maturité Lean d'une organisation de santé, et celui de recueillir des données qui

2. CHU de Québec – l'Université Laval, CSSS Sud-Ouest-Verdun et CSSS Jardins-Roussillon.

3. Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières et Pôle santé HEC Montréal.

permettraient de tirer des leçons des expériences des trois établissements. En somme, une série de mesures étaient instaurées, d'une part pour soutenir les efforts des établissements et, d'autre part, générer des outils et des apprentissages réutilisables.

Le démarrage de la démarche dans les établissements a eu lieu en avril 2012 et à la fin de la première année, quelques constats sont ressortis :

- le travail s'est rapidement mis en branle dans les établissements, avec relativement peu de heurts, malgré quelques hésitations au départ;
- les projets prévus dans les plans d'action progressaient et produisaient des améliorations tangibles, en plus de susciter de l'intérêt chez les personnels impliqués;
- l'approche Lean suscitait de la méfiance chez un certain nombre d'observateurs, alimentée par la médiatisation d'expériences malheureuses dans d'autres établissements ayant eu recours à une méthodologie d'analyse de temps et mouvement qui a alors été associée à l'approche Lean santé;
- l'approche initiale de gouvernance s'appuyait beaucoup sur les principes de gestion de projets, mais on constatait qu'elle devait être enrichie de principes de gestion de changement pour produire les effets escomptés;
- l'approche initiale de mise en œuvre était fondée sur l'hypothèse que les projets allaient faire la preuve de son efficacité et que les personnes impliquées la réutiliseraient dans d'autres situations, en plus d'inciter l'entourage des groupes touchés à se l'approprier et à la mettre en application. Ni l'une ni l'autre de ces hypothèses ne s'est matérialisée, et on en est venu à conclure qu'un déploiement Lean doit bien sûr compter des projets tangibles, mais qu'il doit aussi comporter un changement de culture de gestion pour que l'approche s'intègre naturellement plutôt que de se limiter à un apport de nouveaux outils. En d'autres termes, on constatait que le Lean santé devait être intégré comme un véritable système de gestion si on voulait qu'il prenne racine et produise des effets durables.

Ces observations issues de la première année ont amené les dirigeants à ajuster l'approche et le plan d'action pour la poursuite du déploiement. Elles ont aussi fourni des informations précieuses pour la conception de la phase 2 qui était en préparation.

Pendant ce temps, d'autres projets Lean ont vu le jour dans des établissements du réseau qui en ont pris l'initiative, sans pour autant bénéficier du soutien financier du ministère.

PHASE 2

En mars 2013, le MSSS lançait un appel de candidatures pour la deuxième phase du déploiement Lean santé. Cette nouvelle phase, d'une durée de deux ans, s'appuyait sur

une conception un peu différente, l'accent étant mis moins sur la réalisation de projets spécifiques, et davantage sur les mesures et les actions devant mener à l'instauration durable d'une culture Lean. C'est d'ailleurs pourquoi une des conditions d'admissibilité était d'être déjà engagé dans un déploiement Lean. Il était souhaité également que l'on recoure le moins possible à des consultants externes et que l'on développe des compétences à l'interne. La structure de gouvernance qui avait été imposée au début de la phase 1 n'a pas été réintroduite pour la phase 2, mais les deux autres paramètres mentionnés plus haut ont été maintenus, à savoir que le Lean santé ne devait pas être utilisé à des fins de rationalisation des effectifs et que les instances syndicales devaient être associées aux processus décisionnels. On a également mis un accent sur l'importance d'impliquer les clients autant dans les structures de gouvernance que dans la réalisation des projets.

Les 16 établissements retenus couvraient des vocations diverses et provenaient de plusieurs régions. Leur travail a débuté en avril 2014. Les mécanismes de coordination mis en place lors de la phase 1 furent maintenus et renforcés. Ainsi, la table de concertation des directeurs généraux s'est poursuivie à un rythme de trois rencontres par année, tout comme la table de concertation et d'expertise qui s'est réunie au rythme de quatre fois par année. Ces tables regroupaient désormais 19 établissements.

Le fonctionnement des deux tables a été très similaire. Une partie de la rencontre servait à échanger des informations de nature administrative ou technique, et à se coordonner avec le ministère par rapport à la progression de la démarche. Une autre partie, la plus substantielle, consistait à partager des expériences de manière structurée pour dégager des apprentissages pouvant être réinvestis. La plupart du temps un ou deux établissements présentaient leur expérience sur un aspect déterminé à l'avance; s'ensuivait une discussion sur les éléments à retenir. Également, on a régulièrement fait appel à des experts pour présenter des concepts, des outils ou des méthodes visant à instrumenter les participants sur diverses facettes du Lean. Ces tables ont fourni une plateforme ayant permis de mettre au point ou d'améliorer des dispositifs en soutien au Lean, par exemple la conception d'un prototype de salle de pilotage. Ce fut en outre un lieu privilégié de réseautage entre les participants qui, en plus d'être stimulés dans leurs efforts par les réalisations des autres établissements dont ils prenaient connaissance, trouvaient là un bassin d'idées qu'ils pouvaient mettre à contribution.

Ces deux tables ont en quelque sorte constitué des communautés de développement de pratiques.

Le travail réalisé à ces tables fut enrichi par une utilisation de plus en plus importante du site web de la Communauté virtuelle de partage en amélioration continue (CvPAC) et ses activités de partage de connaissances. Ce réseau virtuel est

né de l'initiative de personnes impliquées dans le Lean santé qui voulaient faire émerger une communauté de partage pour favoriser le déploiement du Lean dans le réseau. Bien que soutenu par le ministère, cet organisme est resté une organisation à but non lucratif autonome et administrée par ses membres. Elle comptait quelque 800 membres corporatifs et individuels à la fin de la phase 2, en mars 2016, et ses colloques ont rassemblé entre 350 et 450 personnes selon les années.

Le ministère était accompagné d'un universitaire devant le conseiller sur l'approche Lean et d'un autre devant le guider dans la gestion du changement. Il a aussi eu recours à divers universitaires pour apporter une contribution à des aspects particuliers, notamment l'introduction du concept de patient-partenaire.

Un laboratoire fut par ailleurs mis en place en vue de cerner le rôle que les directions de ressources humaines devraient assurer afin de contribuer au déploiement de l'approche Lean dans un établissement. Animé par un petit groupe d'experts universitaires, il regroupait les directeurs de ressources humaines des établissements impliqués dans le déploiement Lean santé. Ce laboratoire a permis de documenter les pratiques les plus prometteuses sur la contribution des directions de ressources humaines et a donné lieu à la production et la diffusion de huit livrets sur les diverses facettes de la question.

L'outil d'évaluation de la maturité Lean d'une organisation de santé et de services sociaux a été finalisé et offert aux établissements. Un rapport faisant état des apprentissages des établissements de la phase 1 a aussi été produit et mis à la disposition du réseau. Bien que ce bilan n'ait pas été conçu pour vérifier l'effet du Lean santé sur les usagers ou encore sur la performance de l'établissement, les données recueillies ont permis de conclure à la faisabilité de l'approche Lean dans le Réseau et à son potentiel réel pour améliorer l'efficacité et l'efficience dans les services à la population.

Un imprévu majeur est venu perturber la démarche au printemps 2015, soit un an avant la fin de l'expérience. Le gouvernement a introduit une réforme – le *Projet de Loi 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* – qui est venue transformer de façon importante la configuration et la taille des établissements du réseau, en raison d'une série de fusions. Le nombre d'établissements est ainsi passé de 182 à 34. Il s'en est suivi un changement des hauts dirigeants dans presque tous les établissements, entraînant des réorganisations majeures et une nouvelle dotation pour les postes de cadres.

Ce bouleversement a eu de nombreux impacts sur le déploiement Lean. Par exemple, plusieurs cadres responsables des équipes dédiées au Lean santé ont changé d'affectation – le rattachement hiérarchique des responsables Lean a changé

presque partout, de même que la composition des équipes dédiées – les plans d'action n'avaient plus la même portée dans des établissements de plus grande taille et incorporant des missions plus nombreuses – l'engagement des nouveaux hauts dirigeants n'était pas nécessairement acquis ou à la même hauteur que ceux qui étaient en place et qui avaient été les artisans du Lean santé – l'attention des gens et leur énergie étaient davantage tournées vers la mise en place des nouvelles organisations, réduisant d'autant la priorité accordée au déploiement Lean. Globalement, un nuage d'incertitude a flotté durant toute la dernière année. En plus d'ignorer si nous pourrions progresser dans les plans d'action, nous n'étions pas certains que le Lean santé, comme approche pour améliorer le système, allait retrouver ses lettres de noblesse dans la nouvelle configuration.

Quelques éléments étaient néanmoins encourageants. Par exemple, la poursuite du déploiement n'a jamais été remise en question au niveau ministériel. Et parmi le PDG et PDGA nommés dans les nouveaux établissements, on en comptait au moins la moitié déjà engagés dans des expériences de Lean santé. La réforme elle-même préconisait un accent sur la trajectoire du client et le recours à l'amélioration continue comme système de gestion. D'ailleurs, le ministère a exigé que chaque établissement se dote d'une salle de pilotage stratégique devant servir à structurer et monitorer la performance tant clinique que financière. Ce dispositif était directement dérivé du déploiement Lean santé.

Après quelques mois de mise en place des nouveaux établissements, il est apparu que les équipes Lean étaient souvent mises à contribution pour aider à l'instauration d'une organisation de services la mieux adaptée possible. L'approche Lean revenait donc plus proche du centre du radar des gestionnaires dans plusieurs établissements, avec en parallèle une évolution du langage où on référerait de plus en plus à l'amélioration continue comme système de gestion, cette appellation étant vue comme plus englobante que l'expression Lean santé, tout en mettant de l'avant la même logique et la même méthodologie. Certains établissements nouvellement constitués sont allés jusqu'à confier le bureau de soutien à la transformation à la direction responsable du Lean santé. Ce qui leur a permis d'utiliser cette approche pour identifier des processus prioritaires à revoir, et en même temps amener certains gestionnaires de haut niveau et de niveau intermédiaire à s'initier au Lean santé.

LES RÉSULTATS EN BREF

Plusieurs indices suggèrent que cette expérience étalée sur quatre ans aura produit des effets positifs dans les établissements impliqués ainsi que dans le système de santé et de services sociaux en général. Les rapports finaux produits par les établissements ont tous montré des réalisations ayant amélioré les prestations à la population en termes de – réduction des délais– accroissement de la fluidité dans le parcours de l'utilisateur — simplification du parcours du client –

amélioration de la qualité des prestations – simplification des processus administratifs – amélioration de la pertinence des interventions. Ils ont aussi révélé des gains d'efficacité dans tous les établissements en termes de meilleur usage des espaces – d'accroissement des volumes de services avec le même ratio de ressources – de simplification administrative – de communication plus fluide et plus rapide – de meilleure utilisation du temps des intervenants – de collaboration accrue entre les intervenants.

Même s'il n'existait pas de mécanisme prévu pour documenter le rapport coût-bénéfice, cette préoccupation est apparue durant la phase 2 et le ministère a procédé à une collecte de données auprès des établissements afin de documenter les résultats tangibles obtenus dans les projets d'une certaine envergure et, le cas échéant, les économies associées ou les gains de productivité. Les données recueillies ne couvraient pas l'ensemble des réalisations, mais ont néanmoins permis de constater, à moins d'un an de la fin de la phase 2, des gains appréciables tant sur le plan des services à la population que sur le plan financier, les gains financiers s'avérant supérieurs aux coûts engagés par le ministère.

On peut résumer le tableau financier de la façon suivante. Un an avant la fin du déploiement, pour les projets d'une certaine envergure (couvrant $\pm 60\%$ de l'ensemble des réalisations), on rapportait des économies non récurrentes de l'ordre de 12 millions de dollars et des économies récurrentes de l'ordre de 10 millions de dollars, le ministère ayant de son côté investi quelques 24 millions de dollars dans l'ensemble de l'opération.

Au-delà des effets positifs directs observés, ce déploiement aura aussi laissé bon nombre de bénéficiaires pouvant influencer positivement l'amélioration du système. Les divers outils élaborés à cette occasion sont désormais disponibles à tous les établissements qui peuvent les utiliser dans leurs efforts pour introduire l'amélioration continue dans leur système de gestion. Mentionnons par exemple l'outil d'évaluation de la maturité Lean, les salles de pilotage stratégique, tactique et opérationnel, les outils de rétroaction sur les pratiques de gestion des gestionnaires, de même que divers outils développés par les établissements et rendus disponibles sur le site de la CvPAC.

Plusieurs gestionnaires, dont de hauts dirigeants, se sont approprié la notion de culture organisationnelle axée sur la logique du client et sur l'amélioration continue. Dans plusieurs établissements on dispose désormais d'experts en matière de Lean ou d'amélioration continue qui peuvent être mis au service de l'amélioration des prestations à la population. On a fait la preuve qu'il est possible de réaliser des chantiers d'amélioration des pratiques et des processus dans une relation collaborative avec les instances syndicales. L'amélioration continue est vue comme un véritable

système de gestion plutôt qu'une simple préoccupation s'ajoutant aux autres, et peu structurante. La CvPAC fournit une plateforme dynamique dont les activités et le site web permettent des échanges d'idées, de connaissances et de solutions entre les membres qui sont présents dans presque tous les établissements.

Mais tout n'a pas été rose et un certain nombre de difficultés furent rencontrées. La menace la plus sérieuse fut sans doute l'arrivée de la réforme en 2015 qui a ralenti la progression des plans d'action et refroidi les ardeurs d'un certain nombre de personnes. Au final, plusieurs des initiatives programmées ont néanmoins été réalisées, et après quelques mois on a observé un remodelage du déploiement Lean dans plusieurs organisations à la faveur d'une orientation vers l'amélioration continue, mettant à profit l'expérience et l'expertise acquises dans le cadre du déploiement Lean. En somme, plusieurs effets positifs ont été préservés et les compétences nouvelles ont été largement réinvesties dans la nouvelle configuration. Il semble donc y avoir une pérennisation de plusieurs acquis.

Au début, en raison du peu d'expérience des établissements et de l'équipe du ministère, le travail s'est fait un peu à tâtons, autant pour la stratégie de développement d'une culture d'amélioration continue que la bonne conduite des projets. Il a fallu faire des essais avant de trouver des formules donnant les résultats escomptés. Par exemple, on comptait sur la firme de consultants pour montrer la voie, notamment sous l'angle de la façon d'introduire un changement de cette envergure, mais la réalité a révélé que si ceux-ci maîtrisaient le Lean management, ils avaient moins d'expertise à offrir en matière de changement organisationnel.

Dans plusieurs chantiers où l'on a réalisé des *Kaizens*⁴ pour trouver des solutions à des problèmes, on a constaté des lacunes dans la communication avec les personnes touchées par les problèmes ou les solutions, mais n'ayant pas participé aux travaux du *Kaizen*. Ce phénomène a bien montré l'importance de bonnes pratiques en regard du changement organisationnel.

La formule du *Kaizen* elle-même fut parfois difficile à appliquer. Il est en effet ardu, dans un contexte de services continus à la population, avec des ressources limitées, de dégager du personnel pour des épisodes intensifs de cinq (5) jours.

Avant le déploiement, le ministère avait prévu une approche pour évaluer les résultats, mais il avait sous-estimé les difficultés pour identifier et colliger les données nécessaires, de sorte qu'il n'y a pas eu d'évaluation structurée. Le cumul de données diverses a néanmoins permis après deux ans de dégager des tendances claires, atténuant les effets de cette lacune.

4. Le *kaizen* est un processus d'amélioration continue fondé sur des actions concrètes, simples et peu onéreuses. Mais le *kaizen* est tout d'abord un état d'esprit qui nécessite l'implication de tous les acteurs.

LES PARTIES PRENANTES

Au début du déploiement surtout, la couverture médiatique a alimenté la méfiance de plusieurs parties prenantes, mais celle-ci s'est progressivement résorbée. La progression dans les réalisations fut inégale d'un établissement à l'autre, la capacité de chacun étant tributaire des difficultés rencontrées dans leur fonctionnement en général. Par exemple, des établissements éprouvant des difficultés budgétaires ont dû se concentrer sur les mesures correctrices et relâcher les efforts au plan du Lean. Ou encore, les hauts dirigeants n'ont pas tous montré le même empressement à prendre des décisions audacieuses pour faciliter la réalisation des ambitions annoncées dans les plans d'action.

La participation du corps médical a constitué un défi dans un certain nombre d'établissements. Alors qu'à certains endroits elle s'est avérée très constructive, à d'autres elle fut simplement absente. De toute évidence, on n'a pas trouvé de formule garantissant qu'on puisse susciter leur intérêt.

Bien que le document d'appel de candidatures de la phase 2 suggérait fortement l'implication active des clients dans les chantiers d'amélioration, celle-ci fut inégale d'un établissement à l'autre. Malgré des relances fréquentes de l'équipe du ministère et la disponibilité d'experts pour soutenir les initiatives, bon nombre de travaux ont été réalisés sans la contribution de clients ou de patients.

Bien que les instances syndicales aient coopéré de façon active à plusieurs endroits, cette implication a varié d'un endroit à l'autre et, globalement, les difficultés de relations de travail entre le ministère et les centrales syndicales, ou entre les établissements et les syndicats locaux l'ont affectée. Plus ces difficultés étaient aiguës, moins il y avait d'implication. Le partenariat était donc fragile, mais néanmoins caractérisé par plusieurs expériences positives et fructueuses.

LEÇONS APPRIS

L'approche Lean management peut-elle apporter une valeur ajoutée dans les établissements de santé et de services sociaux? Tant les résultats observés que le degré d'appropriation de l'approche dans la plupart des établissements impliqués dans le déploiement nous amènent à conclure qu'elle est tout à fait compatible avec ce type d'établissement, tout au moins au Québec. Il a cependant fallu quelques ajustements pour qu'elle puisse se modeler sur les caractéristiques propres à ce secteur d'activité, mais ils ne furent pas nombreux. Les notions de client, de logique du client, de trajectoire du client, de fluidité dans les processus, de valeur ajoutée, de qualité des prestations, de mise à contribution du personnel, de recherche de solutions au quotidien font déjà partie des préoccupations des membres de ces organisations. C'est sans doute pourquoi peu de préoccupations véhiculées par l'approche Lean ont semblé poser des problèmes d'appropriation.

L'accent sur la standardisation des procédés et le recours à des supports visuels dans la gestion quotidienne sont probablement les aspects qui étaient les plus éloignés des repères usuels; et si le premier suscite des craintes, notamment chez les professionnels redoutant de se faire enfermer dans des protocoles rigides, le deuxième met en relief le manque d'habitude à structurer le cadre de travail en vue de le rendre le plus fonctionnel possible.

Une autre source de difficulté observée fut le manque d'habitude à collecter de façon continue des données sur la performance dans la prestation des services. On peut parler d'une culture de la mesure assez peu présente chez les gestionnaires, qui est accentuée par des systèmes d'information n'étant pas conçus pour permettre une extraction de données de gestion axées sur la performance. On pouvait observer une préoccupation à offrir des services de qualité, mais avec peu de réflexes pour en documenter les résultats.

En fait, les gestionnaires tendent à s'appuyer sur les rapports institutionnels mis à leur disposition. Mais souvent, ces rapports ne sont pas conçus pour assurer un suivi de la performance dans les prestations et ils peuvent fournir une information déphasée dans le temps, ce qui les rend peu utilisables. Les gestionnaires ont plutôt le réflexe de suivre les indicateurs d'avancement des projets, mais ont de la difficulté à identifier les bons indicateurs de résultats qui sont liés à leurs préoccupations de gestion. En outre, le réflexe de suivre de façon continue ces résultats pendant et surtout après la réalisation d'un projet n'est pas là, bien qu'il semble y avoir eu une progression importante de cette culture de la mesure durant la période de déploiement.

Pour améliorer une prestation, il faut d'abord bien cerner l'état de situation en termes de performance et ensuite documenter l'effet des améliorations pour voir si on progresse par rapport aux indicateurs retenus. C'est ce réflexe qui était peu présent; il fallait amener les gestionnaires à l'acquiescer et à le mettre en application sur une base continue à l'échelle de leur service. D'ailleurs, pour que les stations visuelles et autres dispositifs de pilotage puissent produire les effets escomptés, cette culture de la mesure est indispensable, sinon on consomme une énergie inutile à installer des tableaux dont les données ne sont pas mises à jour et qui ne font que créer l'apparence d'un fonctionnement conforme au Lean management. En revanche, des stations visuelles bien utilisées représentent un levier de développement de la culture de mesure et de suivi de la performance. Elles peuvent aussi aider à diminuer la perception négative à l'endroit de la notion de « performance », trop longtemps associée à la productivité plutôt qu'à l'ensemble des dimensions de la performance comme la qualité, l'accessibilité, la pertinence, la sécurité.

L'animation des stations visuelles par les gestionnaires n'est cependant pas facile au départ. L'usage a montré que les gestionnaires doivent être préparés, entraînés même, pour

apprendre à animer concrètement leur équipe en utilisant les dispositifs d'une salle de pilotage ou d'une station visuelle. Cela ne s'improvise pas et l'accompagnement des gestionnaires pour maîtriser cette compétence est un élément critique. On peut faire apparaître cette exigence dans un profil de compétence et on peut offrir de la formation pour y préparer les gestionnaires, mais l'expérience a montré que souvent ce n'est pas suffisant; il faut un accompagnement sur le terrain pour apprivoiser concrètement cette façon de faire, comme d'autres du reste.

Le recours à la contribution du personnel dans toutes les facettes des efforts d'amélioration peut s'avérer difficile à intégrer chez certains cadres. Cette conception de la gestion exige des cadres et du personnel un apprentissage qui remet en question des modes de fonctionnement bien installés. Du gestionnaire qui doit trouver les solutions aux problèmes, on doit passer au gestionnaire qui entretient une relation de partenariat avec le personnel pour détecter les dysfonctionnements, les analyser, chercher des solutions appropriées, les expérimenter et les généraliser. Son rôle dans cette approche comporte une composante importante de coaching, dans lequel il doit favoriser la responsabilisation du personnel dans la prise d'initiatives d'amélioration continue. D'ailleurs, la littérature indique bien que l'introduction du Lean management entraîne un changement dans le style de gestion d'une organisation. Pour le personnel, ça oblige à recadrer sa conception de la relation avec un supérieur hiérarchique.

Ce changement dans la pratique de la gestion ne peut s'opérer du simple fait d'en discuter. Il exige qu'un accompagnement soit fourni aux cadres en vue de maîtriser cette façon de faire avec les membres de leurs équipes. Il requiert aussi que les gestionnaires sachent concrètement ce qu'on attend d'eux au quotidien pour incarner la nouvelle approche. Une des choses à retenir du déploiement, c'est que pour réussir, les cadres doivent bénéficier d'un accompagnement soutenu et de qualité afin de maîtriser rapidement les nouvelles exigences. Des activités de formation ne suffisent pas, et encore moins les discours.

La présence d'une équipe de soutien dédiée au déploiement Lean santé dans les établissements aura été cruciale pour sa progression. Pour assurer un impact optimal, l'équipe de soutien doit être placée à proximité des hauts dirigeants afin de bénéficier de la légitimité nécessaire à l'introduction d'un changement de cette ampleur. Elle doit être composée de personnes qualifiées dans l'approche Lean ainsi que de personnes compétentes en gestion du changement, bien que cet aspect puisse aussi être assumé par des intervenants de la direction des ressources humaines, en autant qu'ils travaillent de façon concertée et collégiale. Il importe cependant que certains intervenants soient issus du domaine de la santé et des services sociaux, pour des raisons de crédibilité, mais aussi pour être en mesure de rendre rapidement

compatibles les outils du Lean avec les particularismes du domaine.

La mise en place de telles équipes au sein des établissements a permis le recrutement d'experts davantage orientés vers le génie industriel, apportant avec eux une perspective nouvelle et un bagage de connaissances qui a soutenu la poursuite de l'efficacité et de l'efficience dans la logique du client. D'une certaine manière, cet apport de compétence nouvelle a permis l'émergence d'un nouveau type d'intervenant dans les établissements, à savoir des intervenants dont le champ d'action se situe dans des dispositifs favorisant la performance dans les procédés, les pratiques et les processus. Ce type de contribution est répandu dans le monde industriel, mais peu présent dans le domaine de la santé et des services sociaux, sauf dans certains secteurs à hauts volumes de production comme les laboratoires. En outre, la présence de ressources spécialisées à l'interne a permis de réduire la dépendance à l'endroit des consultants externes. Le recours à des ressources externes n'a pas été totalement évacué, mais il a surtout servi à obtenir un appui ponctuel en expertise, alors que la conduite des initiatives est restée aux mains de ressources internes qui vont continuer d'être disponibles, facilitant ainsi la pérennisation.

Tout au long du déploiement, des gestionnaires de tous niveaux sont allés visiter d'autres établissements du réseau ou des établissements ailleurs en Amérique, ou encore des entreprises aguerries à l'approche Lean. Ces visites ont souvent permis l'émergence d'idées nouvelles ou encore ont apporté une impulsion aux gestionnaires pour introduire de nouvelles façons de faire chez eux. Si une image vaut 1 000 mots, une visite dans une organisation exemplaire en vaut probablement tout autant.

L'expérience dans le secteur industriel suggère que pour enraciner l'approche Lean, on doit avoir un ratio suffisamment élevé de ressources de soutien. Dans le système de santé et de services sociaux, il n'est pas réaliste d'atteindre de tels niveaux en raison des contraintes financières. Certains établissements ont composé avec cette limite en initiant et en mettant à contribution des conseillers de différents domaines pour leur permettre d'intégrer les principes Lean dans leur pratique. Par exemple, un conseiller clinique peut très bien intervenir en utilisant les divers leviers du Lean santé pour analyser des dysfonctionnements et expérimenter des façons d'améliorer les pratiques professionnelles des intervenants, en les impliquant activement et en impliquant des clients et des partenaires. Il s'agirait en fait d'une caractéristique observable dans une organisation où le Lean serait tellement bien intégré que les conseillers dans la plupart des domaines en seraient des exemples.

Ceci dit, l'expérience suggère qu'il faille s'abstenir d'intégrer les experts Lean à d'autres unités ayant des fonctions conseil, du moins durant les premières années, afin d'éviter qu'ils soient asservis aux intérêts propres de ces unités. Les

intervenants Lean doivent être les porteurs explicites de l'approche et leur fonction ne doit pas être diluée ou réinterprétée dans des cadres d'intervention fondés sur d'autres principes.

Le langage traditionnel du Lean management comporte un certain nombre d'expressions japonaises qui peuvent agacer des personnes et laisser chez les néophytes une impression d'ésotérisme ou de sectarisme suscitant la méfiance. En outre, ce vocabulaire peut laisser croire à une approche compliquée, difficile à maîtriser. Autant d'éléments qui peuvent alimenter la perception d'un monde étrange non compatible avec la culture ambiante. Kim Barnas, dans son volume *Beyond Heros: A Lean Management System for Healthcare* (2014), rapporte le même constat à propos de l'hôpital ThedaCare, qui est pourtant un modèle en matière de Lean santé en Amérique. Ce phénomène militerait en faveur d'un affranchissement du vocabulaire japonais à la faveur d'expressions plus familières dans la culture ambiante. C'est d'ailleurs ce qui a été fait dans bon nombre d'établissements où l'on a adopté un langage français traduisant les mêmes concepts.

Avec le recul, on constate que le déploiement du Lean santé fut abordé de deux manières. Dans certains établissements, on a mis l'accent sur l'application de divers outils proposés par le Lean management pour corriger des dysfonctionnements, sans pour autant chercher à modifier le système de gestion en place, mais avec néanmoins l'espoir que la culture des gestionnaires en soit colorée. On pourrait parler d'une approche instrumentale visant à fournir aux membres de l'organisation un éventail d'instruments, de techniques et de méthodes de travail contribuant à les rendre plus efficaces dans l'analyse et la résolution des problèmes. Toutefois, l'expérience sur le terrain montre que dans un grand nombre de cas, non seulement les améliorations apportées tendent à ne pas se maintenir, mais en plus les personnes concernées sont peu portées à persévérer dans l'utilisation de l'approche. On trouve dans la littérature sur le Lean management de nombreux commentaires allant en ce sens.

Dans d'autres établissements, et c'est l'orientation que privilégiait le ministère, on est passé d'une mentalité axée sur la réalisation de projets spécifiques avec les outils du Lean management, à une mentalité où l'on travaillait à faire évoluer le système de gestion en place pour qu'il se modèle sur l'approche Lean santé. En d'autres termes, on cherchait à instaurer un système de gestion de type Lean santé avec une culture de gestion qui le favorise. Ce changement de mentalité a mené à une transformation d'approche où l'accent n'était plus mis uniquement sur la réalisation de projets d'amélioration, mais aussi sur la mise en place de divers dispositifs organisationnels devant favoriser un fonctionnement axé sur l'amélioration continue au quotidien. Qu'on parle de salles de pilotage, de caucus quotidiens, de visites régulières sur le terrain, de guides de pratiques de gestion, de capsules de formation, ce sont là autant de mécanismes visant à

rendre le cadre de travail axé davantage sur la mentalité Lean. On trouve dans la littérature une observation voulant que les organisations qui tirent vraiment profit de l'approche Lean consacrent 20 % de leurs énergies dans des projets d'une certaine envergure et l'autre 80 % dans de petites améliorations au quotidien dans les services. Ce ratio 20 %-80 % est devenu le crédo dans les établissements qui ont opté pour une évolution de leur système de gestion.

Tel que mentionné précédemment, il semble que l'espoir que des projets réussis produisent une sorte de contamination positive et incite l'entourage à adopter l'approche Lean, ne se soit pas concrétisé. Il faut donc autre chose pour que l'approche se répande; et l'expérience de ce déploiement suggère que c'est par le biais de la mise en place d'un véritable système de gestion axé sur le Lean, couplé à une culture de type Lean. Comme la culture d'une organisation s'exprime par des habitudes et des comportements concrets, c'est à ce niveau qu'il faut concentrer le travail afin que les gestionnaires, notamment, adoptent des pratiques de gestion qui auront pour effet de renforcer l'application de l'approche Lean.

Il faut noter qu'en aucun cas les dirigeants des établissements n'ont opté pour une approche radicale où l'on aurait fait du Lean le modèle institutionnel exclusif. Ils se sont plutôt montrés pragmatiques et, tout en faisant la promotion de l'approche, n'en n'ont pas fait un dogme. Ils ont préférentiellement cherché à en tirer le meilleur parti possible, parfois en maintenant d'autres approches, comme Entreprise en santé et Planetree, qui mettent l'accent sur d'autres aspects de la vie organisationnelle. Cette façon de faire peut toutefois engendrer de la confusion si on cherche à faire coexister des approches qui ne sont pas fortement convergentes. Le défi réside dans la capacité de l'organisation à exploiter les points de convergence de ces approches et à combiner le plus possible les stratégies afin que les gestionnaires et employés perçoivent de la cohérence et de la complémentarité. Ceci dit, pour que l'approche de l'amélioration continue puisse marquer l'organisation de façon durable, elle doit sans doute occuper une place centrale et ne pas être diluée ou contaminée en raison d'une cohabitation avec d'autres approches dont les préoccupations fondamentales ne sont pas les mêmes.

Dans cette perspective de compatibilité avec les approches connues, on a observé vers la fin du déploiement un glissement dans la conception du Lean santé à la faveur du concept d'amélioration continue. L'amélioration continue est une notion répandue et valorisée dans le système de santé et de services sociaux, sans être bien structurée pour autant. Un certain nombre de dirigeants ont progressivement référé au concept d'amélioration continue plutôt qu'au Lean pour traiter des questions associées au Lean santé. L'amélioration continue était alors présentée comme étant en parfaite cohérence avec le Lean, tout en étant plus étendue. Cette évolution semble avoir contribué à rendre l'approche

Lean plus acceptable socialement, en sacrifiant peu sur les principes.

D'ailleurs, dans les nouveaux établissements (CISSS et CIUSSS) ayant maintenu un engagement important par rapport au Lean santé, on réfère abondamment à l'approche d'amélioration continue et les composantes qu'elle recouvre sont essentiellement tirées du Lean santé. Il s'agit d'une forme de réappropriation des principes et des pratiques, sous une appellation plus familière. On pourrait même dire que cette évolution est venue recadrer la notion d'amélioration continue. Dans le passé, celle-ci était souvent véhiculée comme une préoccupation devant s'ajouter à la liste des préoccupations d'un gestionnaire, mais sans méthodologie bien définie pour la matérialiser. Le recadrage a contribué à percevoir l'amélioration continue comme une facette concrète et importante du système de gestion, et non seulement comme une préoccupation à laquelle on prête attention après avoir accompli le reste de sa charge de travail.

Il est apparu que les établissements ayant le plus progressé dans l'appropriation sont aussi ceux qui ont adapté leur système de gestion en conséquence, notamment dans la définition des indicateurs de performance et de leur monitoring régulier aux divers niveaux de l'organisation. Ces éléments ont eu un effet structurant important et permis l'instauration d'un fonctionnement plus méthodique et rigoureux en vue de prestations plus efficaces dans la logique du client.

Outre les aspects plus techniques du cadre organisationnel, la participation active des diverses catégories d'employés et de partenaires, dont les instances syndicales, a été déterminante tant pour la définition des chantiers prioritaires que leur réalisation. Il s'agit d'une pratique indispensable, au cœur même de l'approche Lean. La participation syndicale représente des défis particuliers quand on rencontre des difficultés dans les relations de travail au plan national ou local, mais ce serait une erreur d'y renoncer. Dans les établissements où le partenariat fut réussi, même de façon imparfaite, le déploiement et l'appropriation en furent facilités et les gains de performance ont semblé plus faciles à atteindre.

La participation médicale a, pour sa part, représenté un défi qui n'a pas été surmonté dans tous les établissements. Il semble que l'erreur commise à certains endroits fut de chercher à intéresser les médecins aux problématiques au centre du radar des gestionnaires ou du personnel, mais ne correspondant pas nécessairement à leurs préoccupations; ainsi, ils ne se sentaient pas interpellés. Étant le plus souvent des intervenants indépendants sur le plan hiérarchique, les médecins se sentaient sans doute moins empressés de collaborer à des chantiers les intéressant peu. Dans quelques expériences où l'on a plutôt cherché à travailler à partir des dysfonctionnements qui les affectaient directement dans l'exercice de leur travail, il semble qu'on ait davantage suscité leur intérêt et obtenu une collaboration active et fructueuse.

L'approche a en outre permis à ces médecins de se familiariser avec la démarche et d'y trouver des similitudes avec les procédés reconnus dans leur profession, notamment l'importance de documenter les problèmes, d'expérimenter les solutions, de monitorer les résultats sur des indicateurs concrets. Il faut toutefois mentionner que le peu de temps dont ils disposent pour se consacrer à des questions moins liées à leur pratique immédiate, constitue un obstacle réel et difficile à surmonter. Il reste encore à trouver des façons de faire qui en tiennent compte.

La participation des clients est un autre aspect qui a rencontré des difficultés. Il n'est pas évident de recruter des clients prêts à s'investir dans la participation à des travaux dans un cadre organisationnel inconnu et possiblement intimidant. En outre, les gestionnaires, tout comme les intervenants et le personnel administratif, ne reconnaissent pas d'emblée que la « voix du client » peut apporter une contribution réelle à l'amélioration des prestations, indépendamment de l'expression de leurs sources de satisfaction ou d'insatisfaction. On a parfois observé une inclination à vouloir modeler les clients invités à participer pour qu'ils comprennent les préoccupations du personnel et des gestionnaires, ce qui est à l'opposé du but recherché.

Il faut plutôt s'habituer à examiner les pratiques et les processus avec les yeux de l'utilisateur; et pour cela, celui-ci doit garder sa candeur, plutôt que d'être asservi à la logique des prestataires. Une difficulté additionnelle tient au fait que dans les groupes de travail, les usagers étaient presque toujours minoritaires et qu'ils ne maîtrisaient pas aussi bien que les autres le langage technique du milieu, avec le risque d'être facilement marginalisés. Le programme de soutien offert par une équipe d'universitaires a permis d'éveiller les gestionnaires et les intervenants à ces difficultés et à légitimer davantage la contribution des clients, en plus de fournir des stratégies organisationnelles permettant de pérenniser leur participation. Plusieurs établissements se sont d'ailleurs prévalus de ce programme.

Sans une impulsion forte et soutenue de la part des hauts dirigeants de l'organisation, l'implication des usagers dans les chantiers d'amélioration aurait sans doute été encore plus ténue. Cette impulsion, du reste, ressort comme une clé importante pour favoriser l'adoption de l'approche Lean. Dans certains établissements où les hauts dirigeants se sont montrés réservés quant à la priorité accordée au déploiement, ou encore ont hésité à adopter des pratiques exemplaires, on a observé une progression plus ardue. En revanche, là où la direction a affiché un engagement affirmé et posé des gestes en conséquence, on a pu observer une mobilisation des acteurs impliqués et des réalisations dignes de mention.

La participation d'universitaires à divers volets du déploiement était une pratique nouvelle pour les équipes à vocation administrative dans le réseau, alors qu'elle était plus répandue

chez les cliniciens en raison des exigences de leur métier. Les phases 1 et 2 ont permis un rapprochement entre les établissements et les universités et, dans plusieurs cas, il s'est maintenu après la fin du déploiement.

Durant la première moitié du déploiement, les initiatives orientées vers les aspects cliniques n'étaient pas nombreuses. C'est dans la deuxième moitié du parcours, dans la foulée des préoccupations de performance clinique résultant de la dernière réforme gouvernementale, qu'un effort a été consenti pour concentrer davantage les activités d'amélioration sur des dysfonctionnements cliniques. Pour s'enraciner de façon durable, l'amélioration des pratiques, des procédés et des processus ne doit pas être cantonnée aux perspectives administratives, techniques ou logistiques; elle doit aussi porter sur les aspects cliniques, c'est-à-dire les pratiques professionnelles utilisées dans les interventions auprès de la clientèle. En fait, c'est toute l'organisation du travail dans les prestations de soins qui est en cause. Pour y parvenir, il est indispensable d'impliquer activement les directions conseils dans les initiatives afin de bien cerner les impacts sur les pratiques professionnelles et d'y apporter, avec leur soutien, les changements appropriés.

Les initiatives touchant des aspects cliniques ont permis d'observer de réelles possibilités d'amélioration sur ce plan, en vue non seulement d'améliorer la performance dans la perspective du client, mais aussi de procurer davantage de satisfaction aux prestataires des services. C'est probablement dans les pratiques cliniques qu'on doit s'investir davantage pour trouver des manières d'appliquer les principes Lean, sans verser dans des procédures rigides ou dans des modes de fonctionnement où le dénombrement des minutes serait visé plutôt que la pertinence des gestes posés.

Durant la deuxième moitié du déploiement, la question des impacts financiers est apparue progressivement. Il était clairement affirmé au départ que l'approche Lean santé ne devait pas être un outil de rationalisation des effectifs pour résoudre des problèmes d'équilibre budgétaire, et ce principe fut respecté. Ce n'est pas la vocation de cette approche de rechercher des économies dans les coûts et il ne s'agirait donc pas d'une bonne formule pour les rationaliser. Elle se concentre d'abord et avant tout sur la simplification et l'amélioration des processus en vue d'accroître la qualité des services en termes d'efficacité et d'efficience.

L'efficience, c'est-à-dire l'utilisation des ressources, sans être la préoccupation première, demeure un élément important qui se traduit par des gains financiers. Ceux-ci s'expriment parfois en réductions de coûts, et d'autres fois en volumes de services accrus au même coût, et parfois les deux. On a commencé à débattre de la question du ratio coûts/bénéfices dans la quatrième année du déploiement et, en général, on n'est pas allé très loin dans la mise en place d'outils permettant d'apprécier ce ratio dans les divers chantiers réalisés ou dans les gains de performance

générale des établissements. La question des coûts est pourtant omniprésente dans les débats entourant le système de santé et de services sociaux, et si on n'est pas en mesure de démontrer les effets financiers bénéfiques de l'approche Lean santé, il sera difficile d'en justifier le maintien. La collecte de données réalisée par le ministère a montré que les frais engagés ont entraîné des effets financiers positifs. Il s'agit toutefois d'un constat ponctuel et il faut plutôt penser à incorporer dans le système de gestion un processus de monitoring du rapport entre les coûts engendrés et les bénéfices de tous ordres obtenus, dont les effets financiers.

Pour terminer, revenons sur le rôle que la CvPAC a joué pour favoriser le partage de pratiques fructueuses et offrir un lieu de ralliement où les artisans du déploiement ont pu trouver du soutien, de l'encouragement et une source d'enthousiasme, sinon de fierté, pour persévérer dans leurs efforts. Les colloques qu'elle a organisés ont grandement contribué à l'échange de connaissances entre les établissements et à un réel réseautage entre eux. Loin d'alimenter la rivalité entre les établissements, ces rencontres ont fait émerger une culture d'entraide et de collaboration qui s'est poursuivie au-delà des colloques eux-mêmes, favorisant ainsi la pérennisation du Lean santé dans le réseau. L'existence d'une telle plateforme présente un potentiel de dynamisation non négligeable et sa logique mériterait d'être reproduite à l'échelle des établissements si on veut soutenir les efforts des personnes engagées.

CONCLUSION

L'analyse de ce déploiement a montré que l'approche Lean management peut fournir une contribution significative dans la gestion d'un établissement de santé et de services sociaux, pour autant qu'on y apporte quelques ajustements tenant compte des particularismes de ce secteur d'activité. L'expérience dans les 19 établissements a permis d'observer des résultats positifs en termes d'amélioration de l'accès aux services pour la population, d'amélioration de la fluidité dans les prestations et d'utilisation optimale des ressources, sans que des effets négatifs aient été notés chez les personnels concernés; dans certains cas, on a plutôt rapporté un impact positif sur la satisfaction au travail.

En raison de ses origines dans le monde industriel, l'approche Lean peut facilement susciter de la méfiance, voire de l'hostilité, tant chez le personnel que les représentants syndicaux. En fait, ce qui semble inquiéter principalement, c'est le recours potentiel à des mesures de temps et mouvement qui serviraient à accélérer les cadences de travail pour le personnel. Cette façon d'appliquer l'approche Lean management nous apparaît inadéquate pour le secteur de la santé et des services sociaux et devrait être évitée. Il y aurait plutôt lieu de se concentrer sur les pratiques mettant à contribution le personnel et l'ensemble des parties prenantes dans l'analyse des situations non satisfaisantes, en vue d'identifier et d'introduire des solutions plus efficaces. Pour le faire avec

rigueur, on doit recourir à des instruments de mesure. Toutefois, ils ne doivent pas servir à mesurer l'exécution du travail par le personnel, mais plutôt à scruter les impacts des façons de faire sur les prestations afin de vérifier si les changements apportés dans le fonctionnement produisent des améliorations. Il s'agit donc d'une conception du Lean management totalement axée sur une culture d'amélioration continue.

Parmi les leçons apprises, on doit souligner l'importance d'un engagement actif et déterminé des dirigeants de l'établissement dans la démarche de déploiement pour lui conférer la légitimité et la crédibilité nécessaires à sa réussite. Il est important également de prévoir des ressources dédiées adéquates pour soutenir de façon compétente les membres de l'organisation dans leurs efforts d'appropriation de l'approche. L'implication soutenue des diverses parties prenantes, notamment les utilisateurs et le personnel, sont des éléments de réussite incontournables. Enfin, s'il est important de réaliser des projets d'amélioration bien structurés pour résoudre les problèmes entravant la performance de l'établissement, il est tout aussi important de faire évoluer les pratiques de gestion de l'ensemble des gestionnaires si on souhaite y instaurer une véritable culture de l'amélioration continue.

L'envergure du défi que représente l'instauration de modes de fonctionnement axés sur l'efficacité et l'efficience conduit à l'observation suivante : à défaut d'un service responsable du monitoring et du soutien à la performance dans les établissements, les efforts d'amélioration resteront ponctuels et secondaires, selon les priorités du moment.

Sur une note prospective, la mise en place au Québec d'un système d'exploitation des données pour permettre le financement par activité sera sans doute une occasion à saisir pour les personnes engagées dans l'amélioration continue. Avec un accès facile à des données fiables et comparables, les établissements pourront compter sur un levier puissant pour améliorer la performance de leurs processus. Toutefois, cette performance ne devra pas se faire au détriment des principes de qualité, de collaboration de toutes les instances et de l'expérience patient. Les gains et le savoir-faire des établissements du Lean santé seront sans doute utiles.