

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES  
(3576)

PAR

JOANNIE LEBLANC

ANALYSE DE LA PERCEPTION DES INFIRMIÈRES FACE AUX EFFETS DE  
L'APPROCHE *LEAN* SUR L'ORGANISATION DE LEUR TRAVAIL

juin 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Ces dix dernières années, de nombreux changements ont été instaurés dans le système de santé québécois afin d'en améliorer le financement et la performance. Ces changements, ayant pour origine les fusions d'établissements et les réorganisations administratives, ont eu plusieurs effets sur l'organisation du travail des professionnels du réseau, notamment celle des infirmières, qui sont présentes dans tous les milieux de soins. Parallèlement, depuis 2010, afin d'améliorer la performance du système, le MSSS a investi d'importantes sommes d'argent dans des projets *Lean*. Le *Lean* est une approche de gestion dérivée de la méthode Toyota visant l'amélioration de la performance d'une organisation dans le but de créer de la valeur pour le client. L'approche *Lean* a de nombreuses retombées positives au Québec et dans le monde. Or, l'opinion des infirmières en lien avec cette approche demeure peu étudiée. En ce sens, la présente étude a pour objectif principal l'analyse de la perception des infirmières face aux effets de cette approche sur l'organisation de leur travail. Cinq objectifs spécifiques sont également ciblés et visent à connaître plusieurs éléments, dont les effets de l'approche *Lean* sur les processus de travail, sur les ressources humaines et sur l'environnement psychosocial du travail des infirmières, ainsi que le taux d'infirmières consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans l'approche *Lean*, et l'intérêt des infirmières à être consultées pour leur mise en place. L'étude vise également à faire ressortir les éléments de l'approche *Lean* qui favorisent la motivation et l'implication des infirmières dans leur travail, et la perception de ces dernières face à l'utilité de l'approche. Pour répondre à ces objectifs, un questionnaire basé sur le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail a été élaboré par la chercheuse, et 61 infirmières y ont répondu. Les résultats obtenus ont permis de démontrer que le *Lean* a un effet notable sur tous les éléments de l'organisation du travail des infirmières. L'étude a également révélé que les infirmières trouvent l'approche utile et qu'elles désirent donner leur opinion en lien avec plusieurs éléments du *Lean*. Finalement, cinq recommandations ont été élaborées afin d'aider les gestionnaires à mieux intégrer les infirmières dans les projets et ainsi à mieux adapter les projets aux réalités de ces dernières.

Mots-clés : infirmières, *Lean*, organisation du travail, performance, système de santé .

## Table des matières

Liste des tableaux .....	VII
Liste des acronymes .....	XII
Remerciements .....	XIII
Introduction .....	1
Chapitre 1 : problématique .....	4
1.1 Système de santé québécois.....	5
1.2 Changements dans le système de santé .....	7
1.3 Enjeux actuels et performance du système de santé québécois.....	8
1.4 Approche <i>Lean</i> .....	10
1.5 Objectifs de l'étude .....	12
Chapitre 2 : Cadre de référence.....	13
2.1 Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail .....	14
2.2 Trois angles du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail .....	17
Chapitre 3 : Recension des écrits .....	19
3.1 Organisation du travail .....	20
3.1.1 Optimisation des ressources humaines infirmières.....	21
3.1.2 Optimisation de l'environnement psychosocial du travail de l'infirmière. ....	26
3.1.3 Optimisation des processus de soins et de travail de l'infirmière.....	29
3.2 Performance.....	31
3.2.1 Concept de performance. ....	31
3.2.2 Concept de performance spécifique aux services infirmiers. ....	33
3.2.3 Mesure de la performance des services infirmiers.....	34
3.3 Approche <i>Lean</i> .....	35
3.3.1 Retombées du <i>Lean</i> dans le milieu de la santé. ....	40
3.3.2 <i>Lean</i> dans les établissements de santé au Québec .....	42
3.3.3 Barrières à l'implantation du <i>Lean</i> dans les milieux de soins. ....	45
3.3.4 Facteurs facilitant l'implantation du <i>Lean</i> dans les milieux de soins. ....	46
3.3.5 Infirmières et <i>Lean</i> .....	47
Chapitre 4: Méthodologie .....	52
4.1 Type d'étude (devis).....	53

4.2 Population et milieux.....	54
4.3 Critères d'inclusion/exclusion et échantillonnage.....	55
4.4 Instrument de mesure .....	56
4.5 Déroulement des activités, collecte des données et considérations éthiques .....	60
4.6 Plan d'analyse des données .....	62
Chapitre 5 : Résultats .....	64
5.1 Profil des répondantes .....	66
5.2 Information sur les projets <i>Lean</i> .....	71
5.3 : Opinion des répondantes en lien avec l'approche <i>Lean</i> . .....	77
5.4. Résultats des effets de l'approche <i>Lean</i> (avant/après projet) sur les différents éléments de la section « optimisation des processus de travail ». .....	81
5.5. Résultats des effets de l'approche <i>Lean</i> (avant/après projet) sur les différents éléments de la section « optimisation des ressources humaines ». .....	105
5.6. Résultats faisant état des effets de l'approche <i>Lean</i> (avant/après projet) sur les différents éléments de la section « optimisation de l'environnement psychosocial du travail ». .....	127
Chapitre 6 : Discussion .....	135
6.1 Présentation globale des résultats et lien avec les objectifs spécifiques de l'étude. ....	136
6.2 Recommandations et suggestions afin de faciliter l'intégration des infirmières dans les projets de réorganisation de type <i>Lean</i> .....	147
6.2.1 Première recommandation : donner une formation en lien avec l'approche <i>Lean</i> à toutes les infirmières. ....	148
6.2.2 Deuxième recommandation : Consulter davantage les infirmières en lien avec les éléments des projets <i>Lean</i> .....	149
6.2.3 Troisième recommandation : Impliquer davantage les jeunes infirmières dans les projets <i>Lean</i> . .....	150
6.2.4 Quatrième recommandation : Faire participer davantage les infirmières aux événements <i>Kaizen</i> . .....	151
6.2.5 Cinquième recommandation : Promouvoir la transparence et la communication de l'information auprès des infirmières et de l'équipe de soins et mentionner les bons coups.....	151
6.3 Limites de l'étude .....	152
6.4 Retombées attendues. ....	154

Conclusion .....	156
Références .....	160
Annexe A : Diminutions possibles suite à l'implantation de l'approche Lean .....	176
Annexe B : Améliorations possibles suite à l'implantation de l'approche Lean.....	177
Annexe C: Résumé d'études traitant des infirmières et du <i>Lean</i> dans la littérature...	179
Annexe D : Questionnaire distribué aux répondantes .....	181
Annexe E : Certificat d'éthique.....	188
Annexe F : Lettre d'information remise aux répondantes.....	189

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Les 14 principes de la philosophie Toyota et liens avec les éléments du modèle et du questionnaire.....	37
Tableau 2: Départements ciblés par l'étude.....	55
Tableau 3: Variables du questionnaire.....	59
Tableau 4: Déroulement des activités et échéanciers.....	61
Tableau 5: Répartition géographique du lieu de travail des répondantes de l'étude.....	66
Tableau 6: Milieu de travail (département) des répondantes.....	67
Tableau 7: Ancienneté des répondantes au sein de la profession infirmière.....	68
Tableau 8: Profil d'âge des infirmières exerçant la profession au Québec en 2015-2016 selon les données de l'OIIQ.....	69
Tableau 9: Dernier niveau de scolarité complété par les répondantes.....	70
Tableau 10: Formation en lien avec l'approche <i>Lean</i> , et durée.....	71
Tableau 11: Participation à un <i>Kaizen</i> et durée.....	73
Tableau 12: Ancienneté au sein de la profession infirmière des répondantes comparativement au fait d'avoir participé à un événement <i>Kaizen</i> ou non.....	74
Tableau 13: Avis des répondantes sur utilité de l'approche <i>Lean</i> comparativement au fait d'avoir participé à un événement <i>Kaizen</i> ou non.....	75
Tableau 14: Intérêt des répondantes à participer à d'autres projets <i>Lean</i> comparativement au fait d'avoir participé à un événement <i>Kaizen</i> ou non.....	76
Tableau 15: Objectifs/sujets des <i>Kaizen</i> auxquels les répondantes ont assisté.....	77
Tableau 16: Avis des répondantes sur l'utilité de l'approche <i>Lean</i> .....	78
Tableau 17: Avis des répondantes sur l'utilité du <i>Lean</i> comparativement à l'ancienneté au sein de la profession infirmière.....	79
Tableau 18: Intérêt des répondantes à participer à d'autres projets <i>Lean</i> .....	80
Tableau 19: Intérêt des répondantes à participer à d'autres projets <i>Lean</i> comparativement au fait d'avoir reçu une formation <i>Lean</i> ou non.....	81

Tableau 20 : Perception des répondantes en lien avec les indicateurs de performance avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	83
Tableau 21: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec les indicateurs de performance.....	84
Tableau 22: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec les indicateurs de performance.....	85
Tableau 23: Perception des répondantes en lien avec l'aménagement du poste des infirmières avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	87
Tableau 24: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec l'aménagement du poste des infirmières.....	89
Tableau 25: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'aménagement du poste des infirmières.....	90
Tableau 26: Perception des répondantes en lien avec l'aménagement des salles de consultation avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	91
Tableau 27: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec l'aménagement des salles de consultation.....	92
Tableau 28: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'aménagement des salles de consultation.....	93
Tableau 29: Perception des répondantes en lien avec l'aménagement de l'utilité propre avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	94
Tableau 30: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec l'aménagement de l'utilité propre.....	95
Tableau 31: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'aménagement de l'utilité propre.....	96
Tableau 32: Perception des répondantes en lien avec la trajectoire des patients avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	97
Tableau 33: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la trajectoire des patients.....	98
Tableau 34: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la trajectoire des patients.....	99



Tableau 35: Perception des répondantes en lien avec la planification des rendez-vous avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	100
Tableau 36: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la planification des rendez-vous.....	101
Tableau 37: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la planification des rendez-vous.....	102
Tableau 38: Perception des répondantes en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	103
Tableau 39: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la préparation à l'avance des médicaments ou du matériel.....	104
Tableau 40: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel .....	105
Tableau 41 : Perception des répondantes en lien avec la définition des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	107
Tableau 42 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la définition des responsabilités et des tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe .....	108
Tableau 43: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la définition responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe .....	109
Tableau 44: Perception des répondantes en lien avec la charge de travail avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	110
Tableau 45 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la charge de travail.....	111
Tableau 46: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la charge de travail.....	112
Tableau 47: Perception des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	113
Tableau 48: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département.....	114
Tableau 49: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département.....	114

Tableau 50: Perception des répondantes en lien avec leur latitude professionnelle avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	115
Tableau 51: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la latitude professionnelle.....	117
Tableau 52: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la latitude professionnelle.....	118
Tableau 53: Perception des répondantes en lien avec l'utilisation des compétences professionnelles avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	119
Tableau 54: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec l'utilisation des compétences professionnelles.....	120
Tableau 55 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'utilisation des compétences professionnelles.....	121
Tableau 56: Perception des répondantes en lien avec la planification des horaires de façon à répondre à l'achalandage avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	122
Tableau 57: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la planification des horaires selon l'achalandage.....	123
Tableau 58: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la planification des horaires de façon à répondre à l'achalandage.....	124
Tableau 59: Perception des répondantes en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	125
Tableau 60: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences.....	126
Tableau 61: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences.....	127
Tableau 62: Perception des répondantes en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien et la collaboration dans l'équipe, et la communication avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	129
Tableau 63: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien, la collaboration et la communication dans l'équipe.....	130

Tableau 64 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien et la collaboration dans l'équipe, et la communication.....	131
Tableau 65: Perception des répondantes en lien avec le suivi par le chef de département, la reconnaissance et la culture d'amélioration continue sur le département avant et après l'implantation du <i>Lean</i> .....	133
Tableau 66: Résumé des résultats pour la section « optimisation des processus de travail ».....	137
Tableau 67: Résumé des résultats pour la section « optimisation des ressources humaines ».....	138
Tableau 68: Résumé des résultats pour la section « optimisation de l'environnement psychosocial du travail ».....	139

## Liste des acronymes

**ASSS** : Agence de la Santé et des Services sociaux

**NVA** : Activité à non valeur ajoutée

**VA** : Activité à valeur ajoutée

**CER** : Comité d'éthique et de recherche

**Chaire IRISS** : Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CHSLD** : Centre hospitalier de soins de longue durée

**CII** : Conseil des infirmières et infirmiers

**CISSS** : Centre intégré de santé et de services sociaux

**CIUSSS** : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

**CSSS** : Centre de santé et de services sociaux

**CSSSTR** : Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

**CvPAC** : Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue

**DEC** : Diplôme d'études collégiales

**DSI** : Directrice des soins infirmiers

**FIQ** : Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

**IOM** : Institute of medicine

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**OC** : Ordonnances collectives

**OIIQ** : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**PAB** : Préposé aux bénéficiaires

**PTI** : Plan thérapeutique infirmier

**TSO** : Temps supplémentaire obligatoire

**UQTR** : Université du Québec à Trois-Rivières

## Remerciements

La rédaction de ce mémoire a été possible grâce au soutien et aux encouragements de plusieurs personnes. En premier lieu, je tiens à remercier ma directrice, Liette St-Pierre ainsi que ma co-directrice, Chantal Baril, pour leur temps, leur énergie et pour le fait d'avoir toujours cru en moi et en ce projet. Vos judicieux conseils ont su me guider, pousser ma réflexion et me donner le courage et l'inspiration pour mener à terme ce long projet. Je tiens également à remercier la Chaire IRISS de l'UQTR pour m'avoir permis d'utiliser leurs ressources et leurs installations durant ma recherche. Je me considère privilégiée d'avoir pu travailler au sein d'une Chaire qui s'intéresse particulièrement à un sujet qui me passionne : l'amélioration continue. Merci également à Lyne Campagna et à Denis Lagacé, d'avoir accepté d'évaluer ce mémoire.

Plus personnellement, merci à mon amoureux, Jean-Philippe. Tu es arrivé sur ma route au tout début de ce projet et tu as toujours su m'encourager. Ton positivisme à toute épreuve et ton écoute m'impressionnent à tous les jours. Je ne peux également passer sous silence la présence inconditionnelle de mes parents, qui ont toujours su m'encourager tout au long de mon parcours scolaire, même dans les moments les plus difficiles. Merci à vous deux, vous êtes incroyables! Merci à ma cousine Joannie : tu m'as conseillé et motivé dans les moments difficiles. Merci à ma sœur, mes grands-parents, mes beaux-parents, ma famille élargie, mes amis et collègues. De près ou de loin, votre soutien et vos encouragements pendant toutes les étapes de ce long projet furent grandement appréciées!

## **Introduction**

Les nombreux changements instaurés depuis les dix dernières années dans le système de santé québécois sont devenus une réalité avec laquelle tous les milieux de soins doivent composer (Castonguay, 2012). Ces changements ont pour origine les nombreuses fusions d'établissements et réorganisations administratives, et ont eu plusieurs effets sur l'organisation du travail des professionnels du réseau, notamment celle des infirmières. L'accessibilité aux soins et le financement du système sont les enjeux majeurs de ces réorganisations et les infirmières, qui sont présentes dans tous les milieux de soins, sont les acteurs les plus concernés par ces changements (Castonguay, 2012; Lois Berry, & Curry, 2012). De plus, la notion de performance devient de plus en plus un impératif afin de ramener l'équilibre budgétaire du système de santé (Castonguay, 2012; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015a, 2015b).

Afin d'améliorer la performance du système, le MSSS a investi d'importantes sommes d'argent dans des projets utilisant l'approche *Lean* (MSSS, 2016). Cette approche est dérivée de la méthode Toyota, qui provient du géant japonais de l'automobile et qui est déployée actuellement dans le réseau de la santé québécois. Le *Lean* est un mode de gestion visant l'amélioration de la performance d'une organisation dans le but de créer de la valeur pour le client (Beaulieu, & Landry, 2015).

Les retombées sont positives dans le milieu de la santé, toutefois, il y a peu d'information dans la littérature concernant l'implication des infirmières dans les projets *Lean* et leur perception face à l'approche. À travers l'atteinte de cinq objectifs spécifiques, ce mémoire explore la perception des infirmières face aux effets de l'approche *Lean* sur l'organisation de leur travail.



## **Chapitre 1 : problématique**

Ce premier chapitre porte sur la problématique et comprend cinq sections. La première présente un survol du système de santé québécois actuel. La deuxième section fait état des principaux changements survenus au fil des ans et de la place de l'infirmière dans le système. La troisième fait ressortir les enjeux actuels et la performance du système de santé québécois. La quatrième section explique brièvement l'approche *Lean* et finalement, les objectifs de l'étude terminent le chapitre.

### **1.1 Système de santé québécois**

Le MSSS a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise, tout en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, et ainsi contribuer au développement social et économique du Québec (MSSS, 2015a). Il importe de faire remarquer que le système a engendré, en 2014-2015, 49 % des dépenses de l'État, ce qui en fait le poste budgétaire le plus important au niveau provincial. De plus, pour les prochaines années, le MSSS anticipe une croissance des coûts de santé plus rapide que celle des revenus de l'État (MSSS, 2015b). Afin d'assurer la viabilité du système de santé publique actuel, une analyse de son efficacité s'impose et des actions concrètes doivent être faites afin d'en améliorer la performance (Castonguay, 2012).

Depuis les dix dernières années, le système de santé québécois a vécu des changements importants (Quenneville, Clavet, & Dubé, 2008; Richard, Maltais, Bourque, Savard, & Tremblay, 2007; Castonguay, 2012). Les principaux changements sont apparus suite à l'adoption de la loi 25, en 2003, qui a obligé les établissements hospitaliers et les Centres de santé et de services sociaux [CSSS] à se fusionner (Richard et al., 2007) et qui a créé les agences de la santé et des services sociaux [ASSS]. Puis, le 1<sup>er</sup> avril 2015, les ASSS, qui constituaient jusque-là le palier régional du système, sont abolies par le projet de loi 10 (Assemblée nationale du Québec, 2015). Selon le document législatif de cette loi, le but de cette restructuration est de favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau. Cette fusion fait passer le nombre d'établissements de 182 à 34, divisés en trois catégories : les centres intégrés de santé et de services sociaux [CISSS], les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux [CIUSSS] et les établissements non fusionnés (Centre hospitaliers universitaires [CHU] et Instituts).

Ces restructurations ont des effets sur l'organisation du travail de la majorité des professionnels de la santé et, plus particulièrement, des infirmières (Bourbonnais 1998; Bourbonnais, 2006; Castonguay, 2012). Ces dernières, dont le nombre s'élève à 73 622 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2015), représentent le groupe professionnel le plus nombreux du système de santé québécois (OIIQ, 2012a). Elles sont présentes dans tous les milieux de soins de santé, et ce, 24 heures sur 24 et 365 jours par

année. La diversité de leurs compétences, de même que leurs connaissances des besoins des patients, font qu'elles sont souvent une ressource centrale (Castonguay, 2012; Dubois, D'Amour, Pomey, Girard, & Brault, 2013; Institute of medicine [IOM], 2011; OIIQ, 2012a). Les infirmières sont importantes, entre autres, parce qu'elles sont impliquées du début à la fin de l'épisode de soins, contribuant ainsi à la performance des services, à la qualité et à la sécurité des soins aux patients.

## **1.2 Changements dans le système de santé**

Les restructurations effectuées au cours des dernières années avaient pour but principal de freiner les dépenses engendrées par le système de santé. Les changements ont été considérablement importants : changements de mission, fusions d'établissements, réorganisations administratives, déplacements de personnel et incitatifs à la retraite, souvent dans un climat régi par les contraintes budgétaires (FIQ, 2014; Lavoie-Tremblay et al., 2005). Ces changements initiés par le MSSS ont souvent été effectués sans tenir compte de la réalité et des suggestions émises par les professionnels de la santé et ils ont surtout eu comme mandat de modifier les structures administratives (FIQ, 2014; Lois Berry, & Curry, 2012). De plus, il semble que ces modifications ne donnent pas les résultats escomptés (Lamarche, 2011; Tremblay, & Rheault, 2014). D'ailleurs, Castonguay (2012) et Lois Berry, & Curry (2012) mentionnent que les infirmières, bien qu'elles soient les acteurs les plus concernés par ces changements, sont souvent les moins consultées.

Les restructurations et réformes ont souvent été déployées sans considérer l'aspect clinique et l'organisation du travail et des soins (FIQ, 2014), tels que les rôles et responsabilités des infirmières, la qualité de vie et le bien-être au travail ainsi que les processus de travail. Ces dernières années, la complexification des soins (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, etc.), les changements dans le matériel de soins (pompes volumétriques, appareils à glycémie, matériel intraveineux etc.) et les nouvelles technologies (dossier de patient informatisé, chariots de médicaments SARDM, etc.) ont également eu un effet sur les soins et services offerts aux patients et sur le rôle et l'organisation du travail de l'infirmière (augmentation de la charge de travail, élargissement du rôle, et adaptation aux nouvelles techniques et technologies) (Castonguay, 2012).

### **1.3 Enjeux actuels et performance du système de santé québécois**

Parallèlement aux nombreux changements instaurés ces dernières années, la notion de performance devient de plus en plus un impératif afin de ramener l'équilibre budgétaire et d'améliorer l'accessibilité aux soins. Les objectifs de performance actuels du système de santé québécois englobent les notions de qualité des soins et services et l'utilisation optimale des ressources allouées, tant humaines que financières et technologiques. Actuellement, ces notions sont des enjeux capitaux pour le système de santé québécois (MSSS, 2015b).

L'augmentation importante de la demande de soins, causée par les changements démographiques (vieillissement de la population, immigration) et l'ampleur des maladies chroniques, créent également une forte pression sur le système de santé québécois, dans un contexte où les ressources financières sont de plus en plus restreintes (MSSS, 2015b). C'est en ce sens que les notions de performance et de réorganisation du travail, instaurées graduellement dans le système depuis le début des années 2000, gagnent en importance dans le réseau (Bédard, Benoit, & Viens, 2005; Castonguay, 2012; Le Beau, 2005; MSSS, 2010, 2015b, 2015c).

Depuis 2005, le commissaire à la santé et au bien-être du Québec évalue la performance du réseau de santé québécois. Dans son dernier rapport, il cite quelques grandes missions que système de santé et de services sociaux doit assumer afin d'être considéré performant, dont la production de services de qualité en quantité adéquate et le développement de la qualité du milieu de travail (MSSS, 2015c). Ces grandes missions touchent également un des éléments importants du travail des infirmières : l'organisation du travail. Cet élément se retrouve également dans les objectifs du MSSS. En effet, un des enjeux de la planification stratégique du MSSS, pour la période de 2015 à 2020, est la mobilisation des ressources (financières, humaines et technologiques) vers l'atteinte de résultats optimaux. Le MSSS vise, entre autres, l'utilisation optimale de la main d'œuvre, l'environnement et l'organisation efficiente du travail, la satisfaction au travail et la mise en place de projets d'amélioration continue de la performance axés sur l'innovation et l'efficience (MSSS, 2015b). Dans le but d'atteindre les objectifs visés, le

MSSS demande que 100 % des établissements de santé québécois aient mis en place au moins dix projets cliniques de réorganisation du travail et cinq projets administratifs par année d'ici 2020, avec un taux de 70 % de projets réussis. De plus, il vise un taux de 80 % pour la satisfaction du personnel à l'égard des pratiques de gestion et de l'environnement de travail. Selon le MSSS, l'atteinte de ces objectifs peut améliorer la qualité des soins et la performance du réseau, ce qui cadre avec plusieurs des grandes fonctions citées plus haut par le commissaire à la santé et au bien-être afin qu'un système soit considéré performant.

De toute évidence, les infirmières, professionnelles les plus présentes dans le réseau, seront touchées par ces projets dans l'organisation de leur travail et elles auront une influence capitale sur leur réussite et sur l'atteinte des objectifs du MSSS (Castonguay, 2012; MSSS, 2015b). Elles devront donc être impliquées dans les projets, et c'est en ce sens que ce projet de recherche prend forme.

#### **1.4 Approche *Lean***

Depuis 2010, le MSSS a investi d'importantes sommes d'argent dans des projets utilisant l'approche *Lean* (MSSS, 2016). Lorsqu'adaptée aux soins de santé, cette approche est appelée *Lean Healthcare*<sup>1</sup>. L'approche *Lean* est un mode de gestion visant l'amélioration de la performance d'une organisation dans le but de créer de la valeur pour le client (Beaulieu, & Landry, 2015). Plusieurs établissements de santé québécois

---

<sup>1</sup> Dans ce mémoire, le mot *Lean* sera employé pour parler du *Lean Healthcare* afin d'alléger la lecture.

affirment avoir obtenu des résultats concrets avec cette approche, entre autres, pour une diminution des temps d'attente, un désengorgement des urgences, une meilleure accessibilité aux soins, une augmentation de la satisfaction des usagers et une diminution des coûts opérationnels (Comptois, Paris, Poder, & Chaussé, 2013; Deblois, & Lepanto, 2013; Villeneuve, 2012; Woodbury, & Mercier, 2011). Bien que les retombées soient positives, il y a peu d'information dans la littérature concernant l'implication des infirmières dans les projets ainsi que sur leur perception face à l'approche. Cette information serait intéressante à connaître et elle pourrait aider à mieux impliquer les infirmières dans les futurs projets. Le *Lean* est une approche qui implique les employés, c'est-à-dire que les solutions doivent venir de ces derniers, puisqu'ils connaissent parfaitement leur environnement de travail (Liker, 2012). De plus, l'implication des employés est une source de motivation et elle s'avère essentielle pour garantir le succès d'une telle approche (Liker, 2012; OIIQ, 2012b).

Dans les milieux de soins québécois, il ressort souvent que les infirmières sont réticentes face à l'approche *Lean*. D'ailleurs, selon un document écrit par l'OIIQ en lien avec cette approche (OIIQ, 2012b), plusieurs d'entre elles indiquent qu'elles participent peu dans la façon d'appliquer le *Lean*. Ce document ne se positionne pas contre l'approche, mais il y est fortement recommandé d'impliquer les infirmières dans les projets. En ce sens, il est essentiel de connaître leur vision face à cette approche dans l'organisation de leur travail, afin de favoriser leur participation dans les futurs projets. C'est dans cette optique que la présente étude prend tout son sens, puisqu'elle vise



l'analyse de la perception des infirmières face aux effets de l'approche *Lean* sur l'organisation de leur travail.

### 1.5 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude vise l'analyse de la perception des infirmières face aux effets de l'approche *Lean* sur l'organisation de leur travail.

Les objectifs spécifiques de l'étude se regroupent en cinq catégories et visent à :

- Connaître les effets de l'approche *Lean* sur les processus de travail, sur les ressources humaines et sur l'environnement psychosocial du travail des infirmières.
- Connaître le taux d'infirmières consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans les projets *Lean*.
- Connaître l'intérêt des infirmières à être consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans les projets *Lean*.
- Connaître les éléments des projets *Lean* qui favorisent la motivation et l'implication des infirmières dans leur travail.
- Connaître la perception des infirmières face à l'utilité de l'approche *Lean*.

## **Chapitre 2 : Cadre de référence**

Ce deuxième chapitre porte sur le cadre de référence de l'étude. Il comporte deux sections. La première fait une description générale du modèle utilisé et établit le lien avec la présente étude. La deuxième section décrit les trois angles du modèle et leurs différents aspects en lien avec l'étude.

### **2.1 Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail**

Le cadre de référence utilisé pour cette étude est le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (Bedard et al., 2005). Il a été élaboré dans le contexte de changements du réseau de la santé du début des années 2000, lors de la création des CSSS et des débuts en recherche de performance et d'efficacité (Bedard et al., 2005; Le Beau, 2005). Basé autant sur la théorie (revue de littérature faite au préalable) que sur l'expérimentation (analyse de plusieurs projets sur le terrain), ce modèle présente les principales dimensions à prendre en considération dans une démarche de réorganisation des soins et du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux. Créé selon les besoins, le contexte et la complexité du système de santé québécois, il y est bien adapté et toujours d'actualité. Il est présenté à la figure 1.

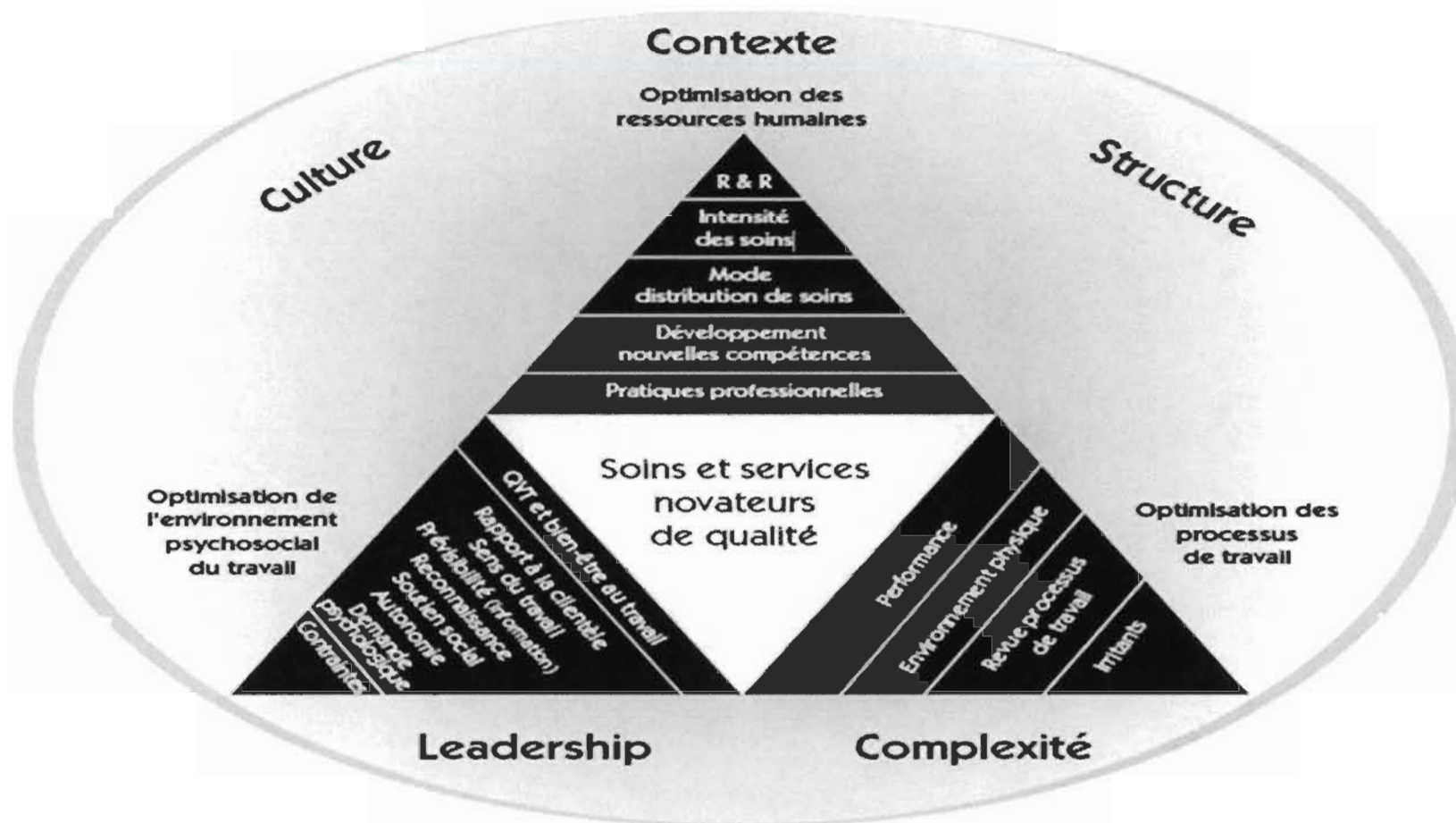


Figure 1 : Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (AHQ, 2005, p. 17)

Dans le grand cercle du modèle gravitent cinq facteurs d'influence : le contexte, la structure, la culture, le leadership et la complexité. Ces facteurs aident à choisir les stratégies pouvant aider à la réussite des projets et à leur pérennité. Ces facteurs n'ont pas été considérés dans cette étude, puisqu'elle n'avait pas pour objet d'évaluer la pérennité des projets dans le temps. Il serait intéressant qu'une future étude les considère.

Ce modèle a non seulement été créé pour guider les gestionnaires lors des réorganisations, mais il dresse également un portrait de ce que sont des soins de qualité. C'est en ce sens que l'objectif ultime de l'organisation des soins, des services et du travail est inscrit au centre du modèle et se définit par des soins et des services novateurs de qualité.

Les trois pointes du grand triangle du modèle représentent les trois angles selon lesquels un projet de transformation organisationnelle s'amorce : l'optimisation des ressources humaines, l'optimisation des processus de travail et l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail. Les pages suivantes traiteront de ces trois angles plus en détail.

## **2.2 Trois angles du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail**

Les trois angles du modèle touchent directement l'organisation du travail des infirmières. Selon l'ampleur du projet, il est possible de choisir un seul angle ou plus d'un.

Le premier angle, l'optimisation des ressources humaines, traite de l'amélioration des pratiques professionnelles. C'est souvent sous cet angle que débutent les projets de transformations organisationnelles en lien avec la charge de travail ou la révision des ratios infirmière/patients. Cinq éléments sont touchés : les rôles et responsabilités des intervenants, l'intensité des soins, le mode de distribution des soins, le développement de nouvelles compétences et les pratiques professionnelles. Dans le cadre de ce projet, ces éléments sont importants à mesurer car ils permettront, entre autres, d'analyser la perception de l'infirmière en lien avec l'effet d'un projet *Lean* sur la clarification de ses tâches, sur sa charge de travail, sur la possibilité d'utiliser ses compétences de façon optimale et sur la possibilité de développer de nouvelles compétences.

L'optimisation de l'environnement psychosocial du travail est le deuxième angle du modèle et fait état du climat de travail et des contraintes présentes dans le milieu de travail de l'infirmière. Cet angle comporte neuf éléments : la qualité de vie et le bien-être au travail, le rapport à la clientèle, le sens du travail, la prévisibilité (le fait d'être informé lors des changements, par exemple), la reconnaissance, le soutien social, l'autonomie, la demande psychologique et les contraintes. Certains de ces éléments, tels

que la prévisibilité, la reconnaissance et l'autonomie, sont inclus dans cette étude puisqu'ils permettent de mesurer l'effet du *Lean*, d'un point de vue infirmière, sur la communication dans l'équipe, la collaboration, le soutien, la satisfaction de la clientèle et, globalement, la satisfaction au travail.

Finalement, le troisième angle englobe l'optimisation des processus de travail. Il permet de résoudre les problématiques touchant l'environnement physique du travail et les processus, il se résume en quatre éléments : la performance, l'environnement physique, la revue des processus de travail et les irritants. Étant donné que la recherche de la performance est un élément central de ce projet de recherche, il est essentiel de mesurer l'effet d'un projet *Lean* sur la présence d'indicateurs de performance sur le département, la connaissance des infirmières de ces derniers et le suivi de ceux-ci. De plus, cet angle permet une analyse de la perception des infirmières en lien avec l'effet d'un projet *Lean* sur l'aménagement de l'environnement, la trajectoire patient et sur plusieurs sources de gaspillage pour l'infirmière.

Les trois grandes sections du questionnaire distribué aux infirmières dans le cadre de la présente étude ont été élaborées à partir des trois angles de ce modèle. Au prochain chapitre, des liens entre la philosophie de base de l'approche *Lean* et le présent modèle seront démontrés. Finalement, ce modèle permettra, au terme de l'étude, de structurer l'analyse des résultats et la réflexion.

### **Chapitre 3 : Recension des écrits**



Ce troisième chapitre porte sur la recension des écrits. Il comporte trois sections. La première fait une description du concept d'organisation du travail et se divise en trois sous sections : les ressources humaines infirmières, l'environnement psychosocial du travail de l'infirmière et les processus de travail de l'infirmière. La deuxième section définit le concept de performance d'un point de vue infirmière, et réfère à l'évaluation de la performance. Finalement, la dernière section définit l'approche Lean et traite de ses retombées au Québec et dans le monde.

### **3.1 Organisation du travail**

L'organisation du travail est un concept très vaste qui englobe plusieurs éléments importants (Bedard et al., 2005; Filion-Côté, 2014; Fried, & Fottler, 2011; St-Onge, Guerrero, Haines, & Brun, 2013). Fortement lié au domaine de la gestion, ce concept se voit attribuer plusieurs définitions dans la littérature. Ces définitions, bien que différentes, comprennent plusieurs éléments communs tels que la révision des tâches, la structure de travail, la satisfaction et la qualité de vie au travail et la performance (Filion-Côté, 2014; Fried, & Fottler, 2011; St-Onge et al., 2013). Dans le secteur de la santé, ces éléments touchent également le bien-être au travail, les rôles et les responsabilités de chacun, les modes de distribution de soins, les processus de travail et la performance organisationnelle (Bedard et al., 2005). Le modèle utilisé dans le cadre

de cette étude comprend trois éléments clés de l'organisation du travail spécifiques aux soins de santé : l'optimisation des ressources humaines infirmières, les processus de soins et de travail de l'infirmière et l'environnement psychosocial de son travail.

**3.1.1 Optimisation des ressources humaines infirmières.** Le premier angle du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail est celui de l'optimisation des ressources humaines (Bedard et al., 2005). Cet angle touche, en premier lieu, le rôle et les responsabilités des infirmières. Avant toute chose, il est important de mentionner que toute infirmière membre de l'OIIQ détient des connaissances dans les six champs de compétence spécifiques suivants : scientifique, relationnel, éthique et déontologique, juridique, organisationnel et opérationnel (Leprohon, Lessard, & Lévesque-Barbès, 2009). L'infirmière détient également les compétences nécessaires pour évaluer, intervenir et assurer la continuité des soins aux patients (Leprohon et al., 2009). Le rôle des infirmières, à la base, est défini par le champ d'exercice de la profession infirmière. Celui-ci englobe, entre autres, l'évaluation de l'état de santé physique et mentale du patient, la prestation des soins et les traitements. Il couvre un vaste champ d'activités, comme l'aspect préventif, le volet curatif, palliatif et de réadaptation. C'est d'ailleurs ce qui en fait la richesse et contribue à l'émergence de nouveaux rôles (OIIQ, 2016a).

Le champs d'exercice de l'infirmière est accompagné de 17 activités réservées exclusivement aux infirmières, ce qui démontre le rôle accru de celles-ci dans le système de santé (Durand, Thibault, Brodeur, Laflamme, & D'Anjou, 2016). Le champ d'exercice apporte une grande autonomie aux infirmières et reconnaît leur jugement

clinique, en leur permettant d'initier des mesures diagnostiques ou des traitements selon une ordonnance. Il leur permet également de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI), outil faisant état du profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires d'un patient (OIIQ, 2016a).

Les infirmières, de par leur rôle élargi, sont le pivot de l'équipe de soins. Toutefois, leurs compétences sont souvent sous utilisées et leur rôle reste source d'ambiguïté en raison, entre autres, d'un manque de connaissances concernant les responsabilités et tâches de chacun des membres de l'équipe de soins, c'est-à-dire les préposés, les infirmières auxiliaires et les infirmières (Dionne, & Rhéaume, 2008; Voyer, 2015). De plus, les tâches et responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins sont souvent mal définies et certaines infirmières ont parfois de la difficulté à définir leur propre rôle (Dionne, & Rhéaume, 2008). Sur un département de soins, les tâches et responsabilités sont réparties entre plusieurs niveaux hiérarchiques qui impliquent les gestionnaires, les infirmières-chefs, les assistantes infirmières-chefs, les infirmières et les infirmières auxiliaires. Cette hiérarchisation démontre la dimension verticale de l'organisation du travail, qui crée parfois une mauvaise compréhension des tâches et responsabilités allouées à chaque membre de l'équipe (Brown et al., 2011; Lois Berry, & Curry, 2012). Par exemple, plusieurs tâches et responsabilités dévolues aux infirmières peuvent aussi être partagées avec les infirmières auxiliaires, à l'exception de l'évaluation physique et mentale des patients et de l'administration de médication intraveineuse. Cette dynamique crée souvent une ambiguïté des rôles, une complexité supplémentaire pour la clarification des tâches quotidiennes de chacune et, finalement,

une source de stress supplémentaire pour les infirmières (Dionne, & Rhéaume, 2008; Lois Berry, & Curry, 2012).

De plus, dans l'équipe de soins, plusieurs intervenants dotés de niveaux de formation, d'habiletés, d'expériences et de compétences différentes travaillent en interdisciplinarité afin de remplir les rôles et responsabilités requises par le milieu de soins (Baxter, & Brumfitt, 2008). C'est la dimension horizontale de l'organisation du travail. Un des enjeux de cette dimension est le déploiement sous-optimal des pratiques professionnelles, plus particulièrement en ce qui a trait aux infirmières. En effet, malgré le fait que ces dernières disposent d'outils et de lois définissant leur champ d'expertise, il est encore possible de remarquer, dans de nombreux milieux de soins, l'utilisation sous-optimale des compétences infirmières (Castonguay, 2012; FIQ, 2013; Tremblay, & Rheault, 2014). Les soins de plaies sont un bel exemple de cette sous-utilisation. Plusieurs infirmières détiennent un cours universitaire en soins de plaies et pourraient en déterminer le traitement, mais elles hésitent encore à assumer pleinement cette responsabilité, préférant laisser aux médecins la prise de décision au regard de ces soins (OIIQ, 2012a). Par ailleurs, la loi 90, en vigueur depuis 2003, avait pour but d'actualiser les pratiques professionnelles dans le milieu de la santé afin de refléter l'évolution des compétences en lien avec les différentes professions de la santé. Malgré son entrée en vigueur depuis déjà 14 ans, une disparité notoire intra/inter établissement est observable dans son déploiement et son application (FIQ, 2013, 2016). Un autre exemple de sous-utilisation des compétences est l'uniformisation lente des ordonnances collectives (OC).

Ces dernières sont utilisées de façon inégale dans les milieux, ce qui empêche parfois les infirmières de pouvoir assurer de façon autonome l'administration de plusieurs médicaments ou le suivi de certains traitements, même si elles ont toutes les compétences nécessaires pour le faire. L'optimisation de l'utilisation des connaissances et des compétences infirmières est d'ailleurs un des objectifs actuels de l'OIIQ (Cavalière, 2014; OIIQ, 2012a, 2016b; Tremblay, 2013).

Afin d'assurer le déploiement optimal des pratiques professionnelles, le développement de nouvelles compétences pour le personnel représente un élément important (Duffield, Diers, O'Brien-Pallas, Aisbett, Roche, King, & Aisbett., 2011; Ouellet, & Mukamurera, 2015). D'ailleurs, depuis janvier 2012, l'OIIQ a instauré une norme de formation continue de 20 heures par année pour les infirmières (Ouellet, Durand, & Maillé, 2011). Une étude québécoise affirme que le soutien de l'employeur (p. ex., soutien financier, possibilité d'être libérée de son poste ou de ses tâches temporairement) influence et encourage les infirmières à participer à des activités de formation continue (Ouellet, 2012).

Un autre élément important pour les infirmières dans l'organisation du travail est le mode de distribution de soins. Dans les milieux de soins, les infirmières se retrouvent souvent à faire des tâches qui devraient être faites par le préposé ou autre personnel de soutien, ce qui alourdit leur charge de travail (Gosselin, & St-Pierre, 2014; Lois Berry, & Curry, 2012; St-Pierre, Leblanc, & Beaudet, 2012). Par exemple, apporter des verres

d'eau, répondre au téléphone ou prendre la relève pour des soins de base ou d'hygiène. Les infirmières comblent souvent les manques puisqu'elles se sentent responsables de la prestation et la qualité des soins aux patients (Dionne, & Rhéaume, 2008; St-Pierre, Leblanc, Hébert, Bélanger, & Gauthier, 2009; St-Pierre, Leblanc, & Lagacé, 2007; St-Pierre, Mathon, & Leblanc, 2008). Toutes les tâches qui ne nécessitent pas nécessairement l'expertise de l'infirmière augmentent sa charge de travail, car elles s'ajoutent aux tâches quotidiennes nécessitant vraiment ses compétences, soit l'évaluation des patients, l'enseignement aux patients, la rédaction de dossiers, les soins directs tels que la thérapie intraveineuse, pour ne nommer que celles-là.

La diminution du personnel pendant les heures de pauses et de repas ajoute également à la charge de travail de l'infirmière, puisqu'elle doit souvent compenser pour un ou des membres de l'équipe (Filion-Côté, 2014; Lois Berry, & Curry, 2012). Toute cette dynamique augmente la fatigue générale des infirmières et a une incidence directe sur la qualité des soins aux patients (Filion-Côté, 2014; Lois Berry, & Curry, 2012; Voyer et al., 2016).

### **3.1.2 Optimisation de l'environnement psychosocial du travail de**

**l'infirmière.** Les infirmières évoluent dans un contexte de travail complexe et souvent stressant (ASSS de Montréal, 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Lois Berry, & Curry, 2012). En ce sens, le deuxième angle du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail traite de l'environnement psychosocial du travail des infirmières. Cet angle englobe, entre autres, la qualité de vie et le bien-être au travail, le sens du travail, la reconnaissance, le soutien social et la prévisibilité (information) (Bédard et al., 2005). Une révision de l'organisation du travail peut avoir un effet significatif sur ces éléments. L'élément premier à considérer pour optimiser l'environnement psychosocial au travail est la qualité de vie au travail (Morin, & Forest, 2007). En ce sens, il est important qu'un employé éprouve du plaisir à exécuter son travail et que ce travail corresponde à ses valeurs et attentes, puisque cela donne un sens au travail et procure un état de bien-être psychologique au travail (Morin, & Forest, 2007).

La reconnaissance demeure également un élément majeur de la santé psychologique au travail (Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vezina, & Lower, 2006; Brun, 2003). Le soutien des collègues et du supérieur s'avère également être un élément considérable pour le bien-être psychologique des infirmières au travail (Brun, 2003; St-Pierre, Mathon, & Leblanc, 2008). Il a un effet, entre autres, sur le niveau de stress des employés, sur leur satisfaction au travail et sur leur niveau d'engagement (ASSS de Montréal, 2011; Bougie, & Cara, 2008; St-Pierre, Leblanc, Hébert, Bélanger, & Gauthier, 2009; St-Pierre, Leblanc, & Lagacé, 2007; St-Pierre, Mathon, & Leblanc,

2008). Il est donc impératif que les organisations de santé développent des pratiques qui favorisent le soutien et la reconnaissance quotidienne, par exemples, en impliquant les employés dans les processus décisionnels, en soulignant les efforts et les bons coups de chacun, en donnant accès à des programmes de formation et en aménageant des horaires de travail particuliers (ASSS de Montréal, 2011; FIQ, 2016; Martin, 2015).

Une communication ouverte entre tous les membres d'une organisation est également considérée comme une forme de reconnaissance et une source d'information (Brun, 2003; Brun, & Dugas, 2005; Dagenais-Desmarais, & Privé, 2010). D'une part, la communication renseigne les employés sur les orientations et le fonctionnement général de l'organisation. D'autre part, elle informe l'employé sur les éléments ayant un lien direct avec son travail et ses tâches quotidiennes (Brun, 2003). Le fait d'être informé et de connaître son statut et sa fonction dans l'établissement est une source de reconnaissance et de prévisibilité (information) pour l'employé (Brun, & Dugas, 2005; Rhéaume, LeBel, & Gautreau, 2008). La communication au niveau organisationnel peut se faire sous forme de réunions multidisciplinaires ou de rencontres d'équipe hebdomadaires ou journalières, permettant d'informer les employés et de leur donner une occasion d'exprimer leurs sentiments, leurs insatisfactions (irritants) et leurs questionnements. Il est d'ailleurs prouvé que des employés qui ont l'occasion de s'exprimer auprès de leurs supérieurs ou de leurs collègues ont plus de chance d'être satisfaits et de ressentir du bien-être au travail (Dagenais-Desmarais, & Privé, 2010).



Plusieurs articles dénoncent l'insatisfaction des infirmières par rapport à leurs conditions de travail (Bougie, & Cara, 2008; Bourbonnais et al., 1998; El-Jardali, Dimassi, Dumit, Jamal, & Mouro, 2009; FIQ, 2016; L'Heureux, 2010; Lavoie Tremblay et al., 2008; Lois Berry, & Curry, 2012; Lu, While, & BARRIBALL, 2005; Martin, 2015; Priest, 2006; Rhéaume et al., 2008). Ces articles parlent des horaires peu flexibles, de la lourde charge de travail, du temps supplémentaire obligatoire fréquent, du ratio infirmière-patients, du manque de soutien et de l'ambiguïté des rôles. Plusieurs infirmières dénoncent également un manque de reconnaissance et de communication avec leur supérieur et elles se disent peu incluses dans les prises de décision (El-Jardali et al., 2009). Tous ces aspects diminuent leur qualité de vie et leur bien-être au travail, si bien que certaines abandonnent la profession ou s'absentent fréquemment pour de courtes ou longues périodes, pour des raisons de fatigue professionnelle (El-Jardali et al., 2009; Estry-Behar, Négri, & Le Nézet, 2007; L'Heureux, 2010; Priest, 2006). Tel que mentionné au chapitre un, la situation est pire depuis les réformes du système de santé des années 90, puisqu'il y a eu une détérioration importante de l'environnement de travail suite à celles-ci (Bourbonnais et al., 1998; Priest, 2006). Aux États-Unis, il existe, depuis les années 1980, des hôpitaux reconnus par les infirmières comme étant de bons milieux de travail. Ces hôpitaux ont hérité du terme *magnet hospitals* (Hôpitaux aimants) puisque ces établissements répondent à des caractéristiques précises de l'environnement de travail et de la pratique des infirmières (Kramer, Maguire, & Brewer, 2011; Kutney-Lee et al., 2015; Trinkoff et al., 2010). Un des éléments importants parmi les caractéristiques de ces hôpitaux est le fait que les infirmières

puissent participer aux décisions organisationnelles et aux décisions ayant trait à leur profession et à leur unité de soins (Rhéaume et al., 2008).

**3.1.3 Optimisation des processus de soins et de travail de l’infirmière.** Un processus est une manière implicite ou explicite d’organiser, de coordonner, d’exécuter une série d’activités ou d’étapes de travail (FIQ, 2011). Les processus, dans la plupart des industries et des organisations, affectent les revenus, le prix des actions et d’autres aspects physiques (Maldoff, 2014). Cependant, l’inefficacité des processus dans le secteur de la santé affecte le budget de l’état, l’accessibilité aux soins et la qualité des soins (Castonguay, & Montmarquette, 2012). Dans les soins de santé, les restrictions budgétaires des dernières années rendent encore plus nécessaires la recherche d’efficacité par une revue et une standardisation des processus et de l’organisation du travail.

Une standardisation des processus aide à réduire les variations dans la prestation des soins, permettant ainsi d’en améliorer la qualité et l’efficacité (Barton, 2009; Lavelle, Schast, & Keren, 2015). Évidemment, puisque la pratique, la technologie et la structure des organisations évoluent continuellement, la standardisation des processus doit viser l’amélioration continue à l’aide d’indicateurs spécifiques de qualité et de performance (Lavelle et al., 2015).

Un outil fréquemment utilisé pour la standardisation des processus est la cartographie des processus, c'est-à-dire l'analyse de toutes les étapes nécessaires à l'accomplissement des différentes tâches des membres de l'équipe de travail (Liker, 2012). Cette cartographie illustre les étapes du processus, afin de les rendre visibles et de mieux pouvoir les analyser et les standardiser. Dans l'approche *Lean*, qui sera présentée dans une autre section, cette cartographie d'analyse des processus se nomme cartographie de la chaîne de valeur (*Value stream map*) et vise à créer le plus possible de valeur pour le patient et à éliminer le maximum de sources de gaspillage dans les processus (De Souza, 2009). Parfois, une analyse plus poussée est nécessaire et des études de temps-mouvement sont réalisées, et permettent de savoir exactement quel pourcentage du temps de travail d'un employé est consacré à différentes catégories d'activités (Burke et al., 2000). Par exemple, une étude de ce genre, chez un groupe d'infirmières œuvrant en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), a permis de constater que les infirmières ne consacrent que 54 % de leur temps à des activités proprement infirmières (Voyer et al., 2016). De plus, une autre étude indique que les infirmières consacraient 10 à 25 % de leur temps à chercher d'autres membres du personnel ou professionnels dont elles ont besoin pour les soins tout en composant avec, en moyenne, 8,4 problèmes opérationnels par quart de travail (Tucker, & Spear, 2006). Les problèmes opérationnels rencontrés par les infirmières sont souvent en lien avec des pertes de temps qui sont des sources de gaspillage. Par exemple, ces pertes de temps sont souvent liées à des déplacements longs et répétitifs sur le département, ou à la recherche de matériel ou de documents. L'étude de Tucker et Spear (2006) mentionnée plus haut

stipule également qu'une amélioration des processus de soins peut augmenter la productivité des infirmières et réduire le risque d'erreur, tout en améliorant la qualité globale des soins.

## **3.2 Performance**

**3.2.1 Concept de performance.** Les infirmières évoluent dans un système de santé où la performance a toujours été un élément présent et directement relié à la qualité des soins (Desrosiers, Langlois, & Salette, 2015; IOM, 2011; Porter, Bernard, Taylor, & Luallen, 2003; Rapin, D'Amour, & Dubois, 2015; Viens, Leclerc, & Lavoie-Tremblay, 2002). Puisque les infirmières occupent une place importante dans les services de santé et que leurs interventions peuvent avoir un effet sur la performance du système, un intérêt grandissant est actuellement présent dans les milieux afin de mettre en place des actions pouvant améliorer et mesurer la performance des services infirmiers (Desrosiers et al., 2015; Dubois et al., 2015; Dubois, D'Amour, Pomey, Girard, & Brault, 2013). De plus en plus d'études démontrent l'influence des soins infirmiers sur la performance des services de santé (Buerhaus et al., 2007; Desrosiers et al., 2015; Dubois et al., 2015).

Le concept de performance est complexe, multidimensionnel et paradoxal (Contandriopoulos, 2008). Dans les services de santé, il est souvent question de performance, d'efficience, d'efficacité, de rendement, de productivité, de qualité, d'accès, ou encore d'équité (Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, &

Nguyen, 2005). Le concept de performance n'est pas compris de la même façon par tout le monde et chaque façon de le concevoir reflète une compréhension particulière du fonctionnement des systèmes et des organisations (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2011; Sicotte et al., 1998). Selon la vision de Sicotte et al. , pour être performant, un système ou une organisation de santé doit en permanence assumer quatre grandes fonctions : atteindre des buts légitimes, maintenir et créer des valeurs, s'adapter à son environnement et produire avec qualité. Cette définition va de pair avec les quatre grandes fonctions que le système de santé et de services sociaux québécois doit assumer afin d'être considéré performant, tel que cité au premier chapitre : l'adaptation, la production de services en quantité adéquate et de qualité, le maintien des valeurs et le développement de la qualité du milieu de travail, et l'atteinte des buts (MSSS, 2015c).

**3.2.2 Concept de performance spécifique aux services infirmiers.** Le concept de performance touche directement les infirmières, notamment en ce qui a trait au rôle qu'elles jouent dans la production de services de qualité. Une équipe de chercheurs québécois s'intéressant au concept plus spécifique de performance des services infirmiers le définissent comme suit : « la capacité démontrée par une organisation ou par un service d'acquérir les ressources infirmières nécessaires et de les utiliser de façon durable afin de produire des services infirmiers qui améliorent efficacement les conditions des patients » (Dubois et al., 2013). Cette définition va dans le même sens que les deux objectifs de performance du système de santé québécois, qui englobent les notions de qualité des soins et services et l'utilisation optimale des ressources allouées (MSSS, 2015b). Ces deux objectifs sont d'ailleurs inter reliés, puisqu'un nombre croissant d'évidences scientifiques révèle que des changements dans l'organisation des soins et du travail, dans les ressources allouées aux soins infirmiers et dans les interventions effectuées par les infirmières ont pour effet d'améliorer la qualité des soins (Dubois et al., 2015) et, plus globalement, la performance du système (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek, & Custers, 2003). Selon cette optique, une révision de l'organisation du travail peut avoir un effet sur la performance globale d'une organisation et, à plus grande échelle, sur la performance du système de santé. Or, selon Desrosiers et al. (2015), actuellement, le personnel infirmier n'est pas utilisé de façon optimale pour améliorer la performance des systèmes de santé, que ce soit sur le plan de la priorité des investissements, de l'organisation des soins et du travail ou de l'optimisation du champ de pratique.

### 3.2.3 Mesure de la performance des services infirmiers. Le défi actuel

concernant la performance des services infirmiers réside dans l'évaluation et la mesure de cette dernière. L'évaluation de la performance a pour objectif principal l'amélioration de la qualité des soins (Kurtzman, & Jennings, 2008; Sebai, 2015). Toutefois, son caractère purement qualitatif du service rendu rend l'évaluation de la performance des établissements via les indicateurs, particulièrement ceux quantitatifs, (exemple : taux de mortalité, nombre de lits occupés, etc.) compliquée (Sebai, 2015). Dans de nombreux établissements de santé, la performance des services infirmiers est très peu mesurée. Toutefois, de plus en plus d'études s'y intéressent (Desrosiers et al., 2015; Dubois et al., 2015; Dubois et al., 2013; Sebai, 2015). Ces études portent, principalement, sur la création d'indicateurs spécifiques, c'est-à-dire disponibles, fiables et valides permettant une mesure adéquate de la performance des services infirmiers et, plus spécifiquement, de la qualité des soins. Une de ces études (Dubois et al., 2015) présente un cadre, le *Nursing Care Performance Framework* (NCPF), qui résume 51 indicateurs de performance des services infirmiers identifiés à ce jour. Ces indicateurs englobent, entre autres, la satisfaction des employés, l'autonomie, la collaboration, la satisfaction des patients, le soutien à la pratique, etc. Plusieurs de ces indicateurs rejoignent des éléments du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail utilisé dans la présente étude, par exemple : le bien-être et la qualité de vie au travail, l'autonomie, les pratiques professionnelles et le développement de nouvelles compétences.

### 3.3 Approche *Lean*

Le *Lean* est une approche de gestion qui tire ses origines du système de production Toyota, dont les principes et la philosophie de base proviennent de la vision des fondateurs des usines de voitures du même nom. C'est en 1990 que Womack, Jones et Roos (1990) étudient le système de production Toyota et le rebaptisent en lui donnant le terme *Lean*, suivant le principe d'amélioration continue et d'élimination des gaspillages.

La philosophie Toyota, base de l'approche *Lean*, est fondée sur deux grands piliers : l'amélioration continue et le respect des employés. Elle est également guidée par 14 principes de base, tel que démontré dans la première colonne du Tableau 1



**Tableau 1 : Les 14 principes de la philosophie Toyota (Liker, 2012) et liens avec les éléments du modèle et du questionnaire.**

<b>14 principes de base de la philosophie Toyota (base de l'approche <i>Lean</i>)</b>	<b>Éléments du modèle intégrateur</b>	<b>Éléments du questionnaire</b>
1 : Fonder les décisions sur une philosophie à long terme.		
2 : Organiser les processus pour mettre à jour les problèmes.	-Revue des processus de travail -Irritants	1;7
3 : Éviter la surproduction.	-Environnement physique	1.9; 1.10; 2.7; 2.8
4 : Lisser la charge de travail. Suivre l'exemple de la tortue, pas celui du lièvre.	-Intensité des soins -Mode de distribution de soins	2.2; 2.5; 2.7; 2.8
5 : Inculquer une culture de résolution immédiate des problèmes, d'obtention de la qualité au premier coup.	-Irritants -Prévisibilité (information)	3.3; 3.5
6 : La standardisation des tâches est la base de l'amélioration continue et de la responsabilisation des employés.	-Rôles et responsabilités -Autonomie	2.1; 2.4
7 : Utiliser des contrôles visuels pour qu'aucun problème ne reste caché.	-Environnement physique	1.7; 1.8
8 : Utiliser des technologies fiables et éprouvées qui servent vos collaborateurs et vos processus.		
9 : Former des responsables qui maîtrisent parfaitement le travail, sont imprégnés de la philosophie et l'enseignent aux autres.	-Développement de nouvelles compétences -Pratiques professionnelles	2.9

**Tableau 1 : Les 14 principes de la philosophie Toyota (Liker, 2012) et liens avec les éléments du modèle et du questionnaire (suite).**

<b>14 principes de base de la philosophie Toyota (base de l'approche <i>Lean</i>)</b>	<b>Éléments du modèle intégrateur</b>	<b>Éléments du questionnaire</b>
10 : Former des individus et des équipes exceptionnels qui appliquent la philosophie de l'entreprise.	-Développement de nouvelles compétences -Pratiques professionnelles	2.9; 3.7
11 : Respecter le réseau de partenaires en les encourageant et en les aidant à progresser.	-Reconnaissance -Sens du travail	2.9; 3.1; 3.2; 3.6
12 : Aller sur le terrain pour bien comprendre la situation.		
13 : Décider en prenant le temps, par consensus.	-Reconnaissance -Prévisibilité (information)	3.4; 3.5
14 : Devenir une entreprise apprenante grâce à la réflexion systématique et à l'amélioration continue ( <i>Kaizen</i> ).	-Sens du travail -Qualité de vie et bien-être au travail	2.9; 3.3; 3.5; 3.7

Le *Lean* a pour objectifs principaux l'amélioration continue de la productivité, de la qualité, de la sécurité et du moral des employés, tout en réduisant les coûts et en créant une culture d'amélioration continue appelée *Kaizen* (Liker, 2012). Le mot *Kaizen* est la fusion des deux mots japonais *Kai* et *zen* qui signifient respectivement « changement » et « meilleur ». Cette culture d'amélioration continue s'intéresse aux employés et consiste à améliorer la performance en apportant chaque jour de petits changements, en encourageant la formation continue, en incitant chaque employé à réfléchir sur son lieu de travail et à proposer des améliorations. Les employés doivent continuellement développer des habiletés à la résolution de problèmes, à la créativité et à l'innovation (Womack, & Jones, 2010). En ce sens, le *Lean* est une approche « *bottom up* », car les solutions viennent des employés initialement et non seulement des dirigeants. Le moteur réel du *Lean* est la volonté des dirigeants d'investir durablement dans les employés et de promouvoir une culture d'amélioration continue (Liker, 2012). Même si l'application du *Lean* doit toujours être adaptée au milieu, sa philosophie et ses principes de base demeurent les mêmes, peu importe le milieu.

Le patient est également au cœur de l'approche *Lean* et la création de valeur pour celui-ci est considérée comme capitale (Liker, 2012). La valeur est le produit ou le service que le client s'attend à recevoir selon sa perspective et ses attentes. L'approche *Lean* a pour but d'augmenter les activités qui créent de la valeur aux yeux du patient. Ces activités se nomment : activités à valeur ajoutée (VA). À l'inverse, il existe également des activités à non valeur ajoutée (NVA), et l'approche *Lean* vise à les

éliminer le plus possible, car ces dernières ne créent pas de valeur aux yeux du patient. En ce sens, les activités qui font appel aux compétences propres des infirmières sont des activités VA pour ces dernières. D'un autre côté, une activité NVA serait une activité effectuée par une infirmière (par exemple, aller porter un verre d'eau à un patient), mais qui aurait pu être effectuée par un préposé aux bénéficiaires (PAB). Une infirmière qui fait moins d'activités NVA a plus de temps pour effectuer son vrai rôle qui englobe, entre autres, le fait d'évaluer, de prodiguer des soins et d'être au chevet du patient pour répondre à ses besoins nécessitant des interventions infirmières.

La cartographie de la chaîne de valeur est un autre outil utilisé dans l'approche *Lean*. Elle sert à identifier toutes les étapes par lesquelles un patient passe, du début à la fin d'un épisode de soins. Cette cartographie permet visualiser la séquence de travail et de faire ressortir les problèmes ou les pertes de temps qui peuvent survenir pendant l'épisode de soins. Cet outil est en lien direct avec l'optimisation des processus de travail, tel que vu dans le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail, car il touche à la revue des processus de travail, à l'environnement physique et aux irritants se rattachant au travail.

À la lumière de ces outils, il est important de spécifier qu'une entreprise ne peut se considérer *Lean* que lorsque l'approche est appliquée dans toutes ses fonctions et non seulement lorsque quelques-uns des outils pour améliorer localement la production sont instaurés (Liker, 2012).

**3.3.1 Retombées du *Lean* dans le milieu de la santé.** Depuis le début des années 2000, l'approche *Lean* est implantée dans divers établissements de santé dans le monde (Burgess, & Radnor, 2013; De Souza, 2009; Mazzocato et al. 2013). Les États-Unis arrivent premiers en liste comme pays utilisant cette approche dans le milieu de la santé, avec plus de la moitié des projets comptabilisés. Puis, suivent le Royaume-Uni, l'Australie ainsi que le reste de la scène internationale (De Souza, 2009).

Plusieurs auteurs et études font état des retombées observées lors de l'implantation du *Lean* en santé. En effet, plusieurs établissements ont fait des économies remarquables suite au déploiement du *Lean* et à l'amélioration des processus de travail (Fillingham, 2007; Hawthorne, & Masterson, 2013; Kaplan, 2013; Kim, Spahlinger, Kin, & Billi, 2006; Radnor, 2011). Des diminutions de coût de main d'œuvre suite à l'élimination de pertes de temps dans les processus ont également été remarquées (Huggins, 2010; Kaplan, 2013). Des projets ont également eu pour effet de diminuer les durées moyennes de séjour des patients hospitalisés (De Souza, & Pidd, 2011), le temps d'attente pour une mammographie (Hawthorne & Masterson, 2013), pour être vu en audiologie (De Souza, & Pidd, 2011), en oncologie (Radnor, 2011) ou par un médecin en clinique (Kaplan, 2013) et à l'urgence (Hawthorne & Masterson, 2013; Kim et al., 2006; Mazzocato et al., 2012). Des diminutions dans les erreurs de médicaments et dans les risques d'infections ont également été notées, notamment en lien avec les installations de voies centrales (Kim et al., 2006) et les installations de cathéters intraveineux (Radnor, 2011). Une étude de Wright et McSherry (2014)

mentionne également une diminution des inventaires, ayant eu pour effet de désencombrer les unités de soins afin de faciliter la tâche au personnel. L'approche *Lean* a également eu un effet sur les déplacements faits par le personnel sur le département et sur le nombre d'heures supplémentaires effectuées par les employés (Kaplan, 2013; Nelson-Peterson, & Leppa, 2007; Poksinska, 2010).

Plusieurs auteurs ont également noté diverses améliorations suite à l'implantation du *Lean*, notamment en ce qui a trait aux processus de travail (Nelson-Peterson, & Leppa, 2007), à la standardisation (Mazzocato et al., 2012; Wright, & McSherry, 2014) et à la trajectoire du patient (Huggins, 2010; Mazzocato et al., 2012). Selon certains auteurs (mentionnés aux Annexes A et B), une augmentation de la satisfaction des patients et du personnel et une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ont également été notés dans plusieurs projets.

Finalement, la productivité (CSSSTR, 2010; Fillingham, 2007; Kaplan, 2013; Kim et al., 2006; Spear, 2005; Tremblay, 2012; Woodbury et Mercier, 2011) s'est vue augmentée à la suite de plusieurs projets *Lean*. D'autres auteurs soulignent même une ambiance de travail améliorée (CSSSTR, 2010; Comptois et al., 2013; Poksinska, 2010; Villeneuve, 2012) et une augmentation de la motivation du personnel au travail (Aherne & Whelton, 2010; Fillingham, 2007; Hawthorne, & Masterson, 2013; Radnor, 2011; Wright, & McSherry, 2014).

Cette revue de littérature sur les retombées des projets *Lean* dans divers établissements de santé partout dans le monde depuis 2005 est résumée en annexe du mémoire (voir Annexes A et B).

**3.3.2 *Lean* dans les établissements de santé au Québec.** Depuis 2010, le MSSS soutient officiellement une démarche globale d'implantation de l'approche *Lean* dans le réseau (MSSS, 2016). Cette approche a toutefois été utilisée depuis 2008 dans plusieurs centres hospitaliers. Selon le site internet du MSSS (MSSS, 2016), plus de 19 établissements de santé québécois ont des projets *Lean* en cours qui sont financés actuellement par le MSSS.

Tout comme ailleurs, les projets *Lean* déployés au Québec ont eu plusieurs retombées positives. D'ailleurs, les retombées notées au Québec sont similaires à celles notées dans le monde. Les projets *Lean* déployés au Québec ont eu un effet au niveau des coûts, entre autres, par la diminution des pertes de temps et l'amélioration des processus (Comptois et al., 2013; Gascon, Baril, Bélanger, Hébert, Lagacé, & St-Pierre, 2009; Lessard, 2010) et des inventaires (St-Pierre, & Leblanc, 2012; Villeneuve, 2012). Quelques articles démontrent également une diminution du temps d'attente pour les patients, notamment à l'urgence (Lacoursière, 2009; Lessard, 2010) et au bloc opératoire (Labonne, 2008; Woodbury, & Mercier, 2011). D'autres parlent d'une diminution des risques d'erreur (Comptois et al., 2013), notamment en stérilisation (Les affaires, 2010a) et d'une diminution des inventaires à l'aide du 5S (Comptois et al., 2013; St-Pierre, & Leblanc, 2012; Villeneuve, 2012) ou du nombre de pas effectués par les employés (Les

affaires, 2010b; Villeneuve, 2012). Des projets ont même eu pour impact de diminuer le nombre d'heures supplémentaires (Les affaires, 2013; Comptois et al., 2013; Pelchat, 2011), le taux d'absentéisme des employés (Villeneuve, 2012) et les plaintes de patients (Samson, 2009). Certains articles rapportent également une augmentation de la satisfaction des patients (Lessard, 2010) et du personnel (Les affaires, 2010b; Lessard, 2010) ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins (Les affaires, 2013; Labonne, 2008). Le *Lean* a également eu un impact sur la productivité, notamment sur la quantité de patients traités (Les affaires, 2010a, 2013; Laganière, 2012; Lessard, 2010; Tremblay, 2012; Woodbury, & Mercier, 2011). Finalement, selon certains articles, une amélioration de l'ambiance de travail (Lessard, 2010; Tremblay, 2012) et de la motivation du personnel au travail (Les affaires, 2010b) a été notée à la suite de projets. Cette revue de littérature sur les retombées des projets *Lean* dans divers établissements de santé au Québec depuis 2008 est résumée en annexe du mémoire (voir Annexes A et B).

Malgré les nombreuses retombées positives du *Lean* notées au Québec ces dernières années, plusieurs défis restent à être relevés. Un premier défi est la diffusion des connaissances et la documentation des projets. En ce sens, il existe au Québec, depuis 2011, une communauté virtuelle de pratique en amélioration continue (CvPAC) pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cette communauté crée une culture de partage de connaissances pour les gestionnaires de projets *Lean* dans le réseau. Depuis ses débuts, la CvPAC ne cesse de croître, si bien qu'en 2016, plus de 850



membres de près de 100 établissements en font partie et partagent leurs connaissances sur le *Lean* (CvPAC, 2016). Un autre défi important reste à relever et il touche la pérennité des projets, c'est-à-dire le maintien des résultats positifs et des cibles atteintes initialement avec les projets. En ce sens, il appert que l'implication du personnel, pendant et après l'implantation, aurait l'influence la plus importante sur la pérennisation des projets et serait considérée comme un élément critique du succès des projets à long terme (Charron-Latour, 2014; Lagacé, & Desmeules, 2014). Ce défi de pérennité va d'ailleurs dans le même sens que l'amélioration continue (*Kaizen*), principe de base de l'approche *Lean*. Vouloir que l'approche *Lean* soit plus qu'une mode et qu'il y ait une réelle appropriation par les établissements et les employés nécessite donc de responsabiliser et d'impliquer davantage les employés (Comptois et al., 2013; Dagenais, 2012). C'est en ce sens que l'implication des infirmières, qui jouent un rôle important dans le réseau de la santé, est capitale pour assurer cette pérennisation.

**3.3.3 Barrières à l'implantation du *Lean* dans les milieux de soins.** Malgré les retombées positives observées dans plusieurs projets *Lean*, certaines barrières sont également soulevées. Les deux plus grandes barrières rencontrées lors de l'implantation du *Lean* dans les établissements de santé du Québec, comme ailleurs, sont la résistance au changement et le scepticisme face à l'approche (Aherne, & Whelton, 2010; Dagenais, 2012; De Souza, & Pidd, 2011; Fillingham, 2007; Johnson, Smith, & Mastro, 2012; Kaplan, 2013; Nelson-Peterson, & Leppa, 2007; Poksinska, 2010; Wright, & McSherry, 2014). La résistance au changement est un problème fréquent lors de l'implantation d'un programme d'amélioration dans n'importe quel type d'organisation. Cette barrière est encore plus fréquemment rencontrée lors de l'implantation d'un projet *Lean*, puisque la participation et l'implication soutenue des employés est un facteur clé de l'approche et que les solutions doivent venir de ces derniers (De Souza, & Pidd, 2011). Pour ce qui est du scepticisme, cette barrière est également fréquente en début de projet, car les employés du milieu de la santé croient souvent que cette approche, vu sa provenance du secteur manufacturier, n'est pas compatible avec les soins (De Souza, & Pidd, 2011; Johnson et al., 2012; Poksinska, 2010). Plusieurs autres barrières peuvent être également rencontrées pendant l'implantation, tel que le manque de connaissances face à l'approche, la terminologie japonaise et le nouveau vocabulaire en lien avec l'approche, les rôles et la structure hiérarchique des équipes de soins, la mesure de la performance et le manque de coopération parfois rencontrée avec les autres départements (p. ex., radiologie, laboratoire, etc.) (De Souza, & Pidd, 2011; Poksinska, 2010).

**3.3.4 Facteurs facilitant l'implantation du *Lean* dans les milieux de soins.** Pour ce qui est des facteurs facilitant l'implantation de projets *Lean* dans des milieux de soins, les deux premiers sont l'engagement et la participation des employés, puisque ceux-ci sont considérés experts dans leur travail (Dagenais, 2012; Johnson et al., 2012; Poksinska, 2010). Il est également capital que les gestionnaires de tous les niveaux s'impliquent et soutiennent la démarche *Lean*. Ils doivent également être présents régulièrement sur les départements où les projets ont lieu (Nelson-Peterson, & Leppa, 2007; Poksinska, 2010). De plus, il est primordial, afin d'assurer la pérennité et le succès des projets, d'instaurer une culture d'amélioration continue dans l'organisation (Dagenais, 2012; De Souza, & Pidd, 2011; Kim, MBA, & Billi, 2009; Lagacé, & Desmeules, 2014; Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson, & Thor, 2010; Radnor, 2011). D'autres facteurs clés permettant d'assurer le succès ont également été identifiés dans une étude québécoise effectuée par Dagenais (2012) : la communication de l'information, la formation *Lean* pour tous les employés et non seulement ceux sur le comité de projet, la motivation du personnel, la création d'un comité de gestion du changement et la présence d'un expert *Lean* interne ou externe au projet.

**3.3.5 Infirmières et *Lean*** Tel que mentionné au premier chapitre, les infirmières sont les professionnelles les plus nombreuses dans le système de santé québécois (Castonguay, 2012) et elles représentent les employées les plus susceptibles de participer à des projets *Lean*, ou d'être touchées par les répercussions de ceux-ci. En ce sens, les prochains paragraphes font état de différentes études qui traitent plus spécifiquement des infirmières et du *Lean*.

Une étude de Johnson et al. (2012) traite surtout du rôle naturel de leader que peuvent avoir les infirmières dans un projet de transformation *Lean*, vu leur vision globale du système et leur connaissance du patient. Les auteurs expliquent que le *Lean* est une occasion pour les infirmières de prendre leur place et de montrer l'effet positif qu'elles peuvent avoir sur le fonctionnement du système de santé. L'étude conclut que la formation infirmière doit changer afin de donner aux infirmières des connaissances sur le développement des organisations, l'amélioration de la qualité, la gestion des inventaires, la chaîne de valeur, la complexité, l'innovation et la négociation, afin d'être en mesure d'encore mieux chapeauter des projets *Lean*. Serembus, Meloy et Posmontier (2012) parlent aussi de la formation infirmière en lien avec le *Lean*. Ils soulignent que l'Université Drexel de Philadelphie a été la première institution académique à incorporer les principes de la méthode Toyota à la formation infirmière. Ils expliquent que les principes de base de Toyota peuvent facilement être adaptés et donner une base afin d'aborder les défis actuels de la formation infirmière, pour ainsi réduire l'écart entre la théorie et la pratique.

Une étude américaine de Nelson-Peterson et Leppa (2007) expose un peu plus la perception des infirmières face à la méthode *Lean*. Les auteurs font état de la résistance et de la peur initiale des infirmières face à l'approche, puis du feedback très positif des infirmières après l'implantation du projet. En effet, les infirmières interviewées dans l'étude témoignent d'une satisfaction augmentée face à la pratique et à l'organisation des soins, et elles confient ressentir moins de fatigue à la fin de leur quart de travail depuis l'implantation du projet. De plus, elles expliquent avoir plus de temps au chevet des patients. Finalement, elles dénotent une amélioration globale de la satisfaction des patients.

Mazzocato et al. (2012) ont aussi interviewé des infirmières ayant travaillé sur un département où un projet *Lean* a été déployé en Suède. Selon ces infirmières, le *Lean* a aidé à clarifier les rôles et responsabilités des professionnels et à réduire l'ambiguïté et les variations dans les façons de faire. Ainsi, selon elles, le travail ne se fait pas en double, puisque chaque personne sait ce qu'elle a à faire. Selon les mêmes auteurs, le *Lean* a également aidé à la communication et la coordination des soins entre les médecins et les infirmières. Par contre, quelques frustrations ont été dénotées, car certaines infirmières trouvaient qu'elles ne pouvaient pas beaucoup s'exprimer et qu'il y avait beaucoup de changements en peu de temps sans que tout le monde ait le temps d'en être avisé.

Finalement, une étude de Wright et Mc Sherry (2014), qui porte sur la perception de différents employés à la suite d'un projet *Lean*, fait ressortir comme point positif la fierté de pouvoir faire une différence dans l'environnement de travail, l'organisation du travail et une meilleure planification. Cette revue sur les études ciblant les infirmières et le *Lean* dans la littérature est résumée en annexe du mémoire (voir Annexe C).

Les résultats de ces études sont intéressants, mais il est tout de même possible de constater que d'autres études demeurent nécessaires afin de mieux connaître la perception des infirmières en lien avec l'approche *Lean*.

Pour ce qui est du Québec, trois documents, dont deux proviennent de groupes d'intérêt, font état de leur position face à l'approche *Lean* en lien avec la profession infirmière. Le premier document consiste en une brochure sur l'organisation du travail qui présente quelques modèles de gestion, dont le *Lean* (FIQ, 2011). Cette brochure vise à alimenter la réflexion et à orienter les interventions face à celui-ci. La FIQ se questionne également sur la possible incidence sur la qualité des soins et des services de santé, sur l'organisation du travail des professionnelles en soins, sur leur pratique professionnelle, sur leurs conditions de travail ainsi que sur la démocratie représentative au sein de ces établissements.

Le deuxième document provient de Phaneuf (2013) qui pose un regard critique et objectif sur l'approche *Lean*. L'auteure est d'avis qu'il est difficile d'évoluer dans ce

ystème complexe où l'impératif de performance et de la rentabilité des milieux de soins s'affronte à celle du côté humain des services pour le patient et pour le personnel. Elle se demande d'ailleurs si les infirmières, professionnelles les plus impliquées auprès des patients, ont vraiment été parties prenantes des changements implantés par la méthode *Lean* ces dernières années dans les milieux de santé québécois ou si ces changements leur ont été imposés. Selon elle, il est impératif de s'assurer que les infirmières continuent de pouvoir faire le travail de qualité qui leur apporte satisfaction et qui donne un sens à leur profession.

Le troisième document provient de l'OIIQ qui s'est également positionné, en 2012, par rapport à l'approche *Lean* et à son déploiement. L'OIIQ affirme, d'une part, que cette approche est efficace pour l'amélioration de la performance et de l'efficacité des milieux, vu l'obtention de résultats concrets dans plusieurs milieux de soins québécois. D'autre part, l'OIIQ dénonce le fait que plusieurs infirmières se disent peu impliquées dans les projets de type *Lean* et que ceux-ci sont planifiés sans égard aux règles de l'art en matière de soins infirmiers. L'OIIQ, sans s'opposer à l'approche, soutient qu'il est primordial d'impliquer les infirmières, la directrice des soins infirmiers (DSI) et le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) dans toutes les étapes d'un processus de réorganisation des soins tel que le *Lean* (OIIQ, 2012b). L'OIIQ réitère d'ailleurs ce fait dans un article traitant de l'amélioration du système de santé québécois (Tremblay, & Rheault, 2014).

Ces trois documents québécois démontrent l'importance et les préoccupations face au fait d'impliquer les infirmières dans les projets de type *Lean*. Par contre, aucune étude québécoise ne fait état de la perception des infirmières face à l'approche *Lean*. Dans le contexte actuel du système de santé québécois, où de plus en plus de projets *Lean* sont déployés, il serait important de connaître la perception des infirmières face à une telle approche dans l'organisation de leur travail, afin de savoir comment les impliquer. C'est dans cette optique que la présente étude prend tout son sens, puisque son objectif principal est l'analyse de la perception des infirmières face aux effets de l'approche *Lean* sur l'organisation de leur travail.



## **Chapitre 4: Méthodologie**

Cette section du mémoire traite de la méthodologie employée dans le but de connaître et d'analyser la perception des infirmières face aux effets de l'approche *Lean* sur l'organisation de leur travail. Ce chapitre résume concrètement les différents éléments pris en considération afin de mener à terme ce projet de recherche. Il est divisé en six sections distinctes : le type d'étude, la population et les milieux, les critères d'inclusion/exclusion et l'échantillonnage, l'instrument de mesure, le déroulement des activités, la collecte des données et les considérations éthiques, et finalement, le plan d'analyse des données.

#### **4.1 Type d'étude (devis)**

Ce projet de recherche utilise un devis de type exploratoire descriptif. Plus spécifiquement, cette recherche vise l'exploration et la description d'un phénomène. Ce type de recherche est utilisé pour générer de nouvelles connaissances sur certains concepts ou sujets peu étudiés à ce jour (Grove, Sutherland, & Gray, 2014). Puisque le *Lean* est une approche relativement nouvelle dans le secteur de la santé et que la perception des infirmières face à celle-ci est peu documentée, un devis exploratoire descriptif est pertinent.

## 4.2 Population et milieux

La population cible de cette étude représente l'ensemble des infirmières qui détiennent un permis de l'OIIQ valide et travaillent sur divers départements d'établissements de santé québécois où des projets *Lean* ont été déployés. Puisque les projets *Lean* réalisés au Québec à ce jour ne sont pas tous répertoriés, la population cible est difficile à identifier. Dans le cadre de ce projet de recherche, la population accessible à la chercheuse provient de différents milieux de soins (départements) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et de la Capitale-Nationale. Ce choix est justifié par l'ouverture des différents départements à accueillir la chercheuse. En effet, depuis 2011, dans plusieurs départements de soins de la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, plusieurs projets *Lean* ont été déployés avec l'aide de la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Faisant partie de cette chaire, la chercheuse était particulièrement bien accueillie dans les différents départements situés dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. La chercheuse a également approché quelques départements de soins situés dans la région de la Capitale-Nationale qui ont également déployé l'approche. Au terme, 11 départements ont été ciblés dans ces deux régions afin de rejoindre le maximum d'infirmières répondant aux critères de l'étude. Le tableau 2 présente les différents milieux ciblés.

**Tableau 2 : Départements ciblés par l'étude**

Région	Départements
Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 urgences,</li> <li>• une clinique externe d'orthopédie,</li> <li>• une clinique externe d'hémo-oncologie,</li> <li>• un département de psychiatrie,</li> <li>• un CHSLD,</li> <li>• une clinique externe de médecine de jour,</li> <li>• un département de réadaptation</li> </ul>
Capitale-Nationale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 urgences</li> </ul>

#### 4.3 Critères d'inclusion/exclusion et échantillonnage

Les critères d'inclusion retenus pour participer à cette étude sont les suivants :

- Être infirmière et détenir un permis valide de l'OIIQ;
- Travailler sur un département où un projet *Lean* a été implanté et y avoir travaillé avant et après que le projet *Lean* soit implanté;

Aucun critère d'exclusion n'a été déterminé pour cette étude.

La technique d'échantillonnage utilisée pour recruter les participants de cette étude est dite de convenance et découle d'une méthode non probabiliste, c'est-à-dire que les individus qui composent l'échantillon ne sont pas sélectionnés de façon aléatoire (Grove et al., 2014). Les sujets sont recrutés sur une base volontaire.

#### 4.4 Instrument de mesure

L'instrument de mesure développé pour la présente étude est un questionnaire. Ce choix s'explique car il permet de recueillir facilement les données. Le questionnaire comprend 37 questions réparties en six sections. Il a été bâti selon les trois angles du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail décrit au chapitre deux : l'optimisation des ressources humaines, l'optimisation des processus de travail et l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail. Le temps requis pour le compléter est de quinze minutes. Il a été validé par deux infirmières présentant les mêmes caractéristiques que l'échantillon, mais ne participant pas à l'étude. Il était disponible en version papier (voir Annexe D) ou électronique pour les répondantes.

La première section du questionnaire, qui comprend quatre questions, a pour objectif de savoir si la participante a reçu une formation *Lean* et a participé à un événement *Kaizen*. Les participantes devaient répondre selon une modalité de type binaire (oui ou non). Si la réponse était oui, la durée de ces activités en journées (sur une échelle ordinale de ½ journée à six jours et plus) et le sujet/objectif de l'événement (modalité descriptive) étaient également demandés.

Les 26 questions suivantes, qui se trouvent dans la deuxième, la troisième et la quatrième section du questionnaire, visent à comparer des éléments de l'organisation du travail de l'infirmière avant/après le projet *Lean*. Certaines de ces questions

comprennent deux sous-questions, qui seront rediscutées plus loin. Les participantes devaient répondre aux 26 questions selon une échelle de type Likert à cinq niveaux (totalement en désaccord, plutôt en désaccord, neutre, plutôt en accord et totalement en accord) pour l'avant-projet *Lean*, puis pour l'après-projet *Lean*. L'avantage d'une échelle à cinq niveaux est qu'elle donne une latitude aux participantes et ne les oblige pas à se positionner soit pour ou soit contre, car elles peuvent répondre « neutre ». L'inconvénient est que le niveau « neutre » peut servir de réponse facile pour une participante qui ne saurait pas quoi répondre pour un ou plusieurs éléments. Tel que mentionné plus haut, à la suite de certaines de ces questions suivent deux sous questions. La première a pour but de savoir si la participante a été consultée ou non en lien avec les éléments en question, lors du déploiement *Lean* et la deuxième de savoir si l'aspect en question favorise ou non la motivation et l'implication de la participante au travail. Les participantes répondaient à ces deux questions selon une modalité binaire (oui ou non).

La cinquième section comprend deux questions qui explorent l'opinion de la participante face à l'utilité du *Lean* et la questionne sur son intérêt à participer à d'autres projets *Lean*. La participante devait encrer un chiffre sur une échelle de type Likert à cinq niveaux (pas du tout, légèrement, moyennement, beaucoup et énormément).

Finalement, la dernière section donne les renseignements sociodémographiques des répondantes. En effet, elle vise à identifier, en quatre questions, la région et le département où la participante travaille, le nombre d'années travaillées comme

infirmière et le dernier niveau de scolarité complété, selon une modalité ordinale (énumération des choix de réponses tels que noms de régions, types de départements, niveau de scolarité, etc.). Le Tableau 3 présente les sections du questionnaire, les variables mesurées ainsi que leurs modalités d'évaluation respectives.

**Tableau 3 : Variables du questionnaire**

<b>Section du questionnaire</b>	<b>Variable de mesures</b>	<b>Modalité</b>
Projet <i>Lean</i>	Formation reçue	Binaire (oui ou non)
	Durée de la formation	Échelle ordinale
	Participation à un <i>Kaizen</i>	Binaire
	Sujet du <i>Kaizen</i>	Descriptive
	Durée du <i>Kaizen</i>	Échelle ordinale
Optimisation des processus de travail	Indicateurs	Échelle de Likert (1 à 5)
	Aménagement du poste	Échelle de Likert (1 à 5)
	Aménagement des salles	Échelle de Likert (1 à 5)
	Aménagement de l'utilité propre	Échelle de Likert (1 à 5)
	Trajectoire du patient	Échelle de Likert (1 à 5)
	Planification des rendez-vous	Échelle de Likert (1 à 5)
	Médicaments ou matériel	Échelle de Likert (1 à 5)
	Consultation	Binaire
Motivation et implication	Binaire	
Optimisation des ressources humaines	Responsabilité et tâches	Échelle de Likert (1 à 5)
	Charge de travail	Échelle de Likert (1 à 5)
	Ordonnances collectives	Échelle de Likert (1 à 5)
	Latitude et champs d'exercice	Échelle de Likert (1 à 5)
	Latitude dans la séquence des soins	Échelle de Likert (1 à 5)
	Tâches à valeur ajoutée	Échelle de Likert (1 à 5)
	Planification des pauses	Échelle de Likert (1 à 5)
	Planification des horaires	Échelle de Likert (1 à 5)
	Développement de nouvelles compétences	Échelle de Likert (1 à 5)
	Consultation	Binaire
Motivation et implication	Binaire	



**Tableau 3 : Variables du questionnaire (suite)**

Section du questionnaire	Variable de mesure	Modalité
Optimisation de l'environnement psychosocial du travail	Satisfaction des patients	Échelle de Likert (1 à 5)
	Soutien et collaboration	Échelle de Likert (1 à 5)
	Communication des irritants et idées d'amélioration	Échelle de Likert (1 à 5)
	Moyen d'information à l'équipe	Échelle de Likert (1 à 5)
	Suivi des commentaires, irritants et idées	Échelle de Likert (1 à 5)
	Reconnaissance	Échelle de Likert (1 à 5)
	Consultation	Binaire
	Motivation et implication	Binaire
Avis sur le <i>Lean</i>	Utilité du <i>Lean</i>	Échelle ordinale
	Intérêt à participer à d'autres projets <i>Lean</i>	Échelle ordinale
Informations générales	Région	Échelle ordinale
	Département	Échelle ordinale
	Ancienneté dans la profession	Échelle ordinale
	Niveau de scolarité	Échelle ordinale

#### 4.5 Déroulement des activités, collecte des données et considérations éthiques

La présente étude s'est déroulée de décembre 2015 à mars 2016 et plusieurs étapes ont été effectuées afin d'obtenir les questionnaires complétés. Suite au développement du questionnaire, la demande d'un certificat d'éthique au Comité d'éthique et de recherche [CER] de l'UQTR a été faite (voir Annexe E). Par la suite, la chercheuse est entrée en communication avec les milieux de soins. Une fois que la

chercheuse a eu l'approbation des milieux, elle a pu présenter le questionnaire aux gestionnaires de différents départements où l'approche *Lean* a été implantée.

Le Tableau 4 décrit les différentes étapes et leurs échéanciers pour les activités en lien avec la collecte des données faites lors de la présente étude.

**Tableau 4 : Déroulement des activités et échéanciers.**

<b>Activités</b>	<b>Échéanciers</b>
Développement du questionnaire	Août à octobre 2015
Dépôt de la demande d'éthique au CER	Novembre 2015
Communication avec les milieux	Janvier 2016
Approbation des milieux	Janvier 2016
Présentation du projet aux gestionnaires	Janvier 2016
Complétion du questionnaire par les infirmières participantes.	Février-mars 2016
Relance	Mars 2016
Réception des questionnaires	Fin mars 2016

Lors de la présentation du projet aux gestionnaires, plusieurs copies du questionnaire ont été remises, avec un document explicatif du projet (voir Annexe F) et mentionnant le but, le déroulement et les risques et bénéfices liés à la participation au projet d'étude. Suite à cette lecture, les infirmières qui acceptaient de répondre au questionnaire étaient considérées comme ayant donné un consentement tacite, libre et

éclairé. La participation était anonyme, puisqu'aucune donnée à caractère personnel n'était incluse dans le questionnaire. Les modalités pour la conservation et la destruction des documents se trouvent à l'annexe F. Aucun inconvénient ou avantage direct n'était lié à la participation à cette recherche pour les répondantes. Toutefois, en participant, les infirmières avaient l'opportunité de donner leur opinion par rapport à un projet d'amélioration de type *Lean* et à participer à l'avancement des connaissances en ce sens. Elles avaient le choix de répondre à la version papier du questionnaire ou d'en obtenir la version électronique. Elles pouvaient donc y répondre au moment et au lieu de leur choix. Au total, 120 questionnaires ont été distribués aux différents gestionnaires et 61 ont été complétés.

#### **4.6 Plan d'analyse des données**

Les données recueillies tout au long de ce projet de recherche ont été compilées par l'étudiante dans une base de données Excel et ont été traitées avec le logiciel Minitab 17. Les données ont fait l'objet de deux volets d'analyses statistiques afin de répondre aux objectifs initiaux de l'étude : deux statistiques descriptives (surtout la distribution de fréquences) et le test  $t$  pour échantillons appariés. La distribution de fréquence est utilisée pour présenter le nombre de fois où chaque valeur a été obtenue (p. ex., sous forme de pourcentages) et ainsi décrire et résumer des données en lien avec l'échantillon à l'étude (données démographiques, dernier niveau de scolarité complété, etc.) (Loiselle, 2007). Le test  $t$  est un test d'hypothèse pour la différence des moyennes entre les observations dépendantes. Pour cette étude, les moyennes d'un seul groupe de

personnes ont été mesurées avant et après une intervention (le déploiement d'une approche *Lean*) et le seuil de signification considéré est de 5 %. Au chapitre suivant, les résultats de l'étude seront exposés.

## **Chapitre 5 : Résultats**

Ce chapitre expose les résultats de l'étude. Il est divisée en six sections. La première section présente le profil des répondantes de l'étude. La deuxième partie explore les données en lien avec les projets *Lean* implantés sur les départements et elle présente les résultats en lien avec les objectifs/sujets des événements *Kaizen* auxquels les répondantes ont participé. La troisième section expose les résultats faisant état de l'opinion des répondantes en lien avec l'approche *Lean*. Finalement, la quatrième, la cinquième et la sixième section présentent les résultats faisant état de la vision des répondantes en lien avec les effets de l'approche *Lean* (avant/après projet) sur les différents éléments de l'organisation de leur travail : l'optimisation des processus de travail (quatrième section), l'optimisation des ressources humaines (cinquième section) et l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail (sixième section). Chacune de ces sections présente les résultats indiquant si les répondantes ont été consultées pour la mise en place de chaque élément et si ces éléments favorisent ou non la motivation et l'implication au travail des répondantes.

### 5.1 Profil des répondantes

Pour la présente étude, 88,5 % des infirmières de l'échantillon provenaient de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et 11,5 % de la Capitale-Nationale. Dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, plus de 60 projets *Lean* ont été déployés par la chaire IRISS de l'UQTR. La Capitale-Nationale a été ciblée comme région afin de diversifier les milieux de provenance des répondantes. Initialement, trois urgences avaient été approchées dans la Capitale-Nationale, mais une seule a accepté de participer. Ceci peut expliquer le bas pourcentage de répondantes provenant de la région de la Capitale-Nationale. Le Tableau 5 montre la répartition géographique du lieu de travail des répondantes de l'étude.

**Tableau 5: Répartition géographique du lieu de travail des répondantes.**

Région	Nombre de répondantes	Pourcentage de l'échantillon
Capitale-Nationale	7	11,5 %
Mauricie-et-Centre-du-Québec	54	88,5 %
Total	61	100 %

Plus de 70 % des infirmières de l'échantillon provenaient des urgences. Il faut noter qu'au Québec et ailleurs, beaucoup de projets *Lean* ont été déployés dans les urgences (Holden, Eriksson, Andreasson, Williamsson, & Dellve, 2015; Dickson, Singh, Cheung, Wyatt, & Nugent, 2009; Mazzocatto & al., 2014), probablement vu le fait que

le travail et les processus dans les urgences sont souvent séquencés et qu'il est plus facile d'y intégrer les principes de l'approche *Lean*. De plus, c'est en général dans les urgences que l'on retrouve le plus d'infirmières comparativement à d'autres types de départements. En effet, sur la majorité des autres types de départements, le travail se fait souvent en dyade infirmières/infirmières auxiliaires; on y retrouve donc moins d'infirmières qu'à l'urgence. Cette réalité peut expliquer pourquoi seulement 30 % des répondantes de l'étude proviennent de départements autres que l'urgence. Le Tableau 6 présente les différents départements approchés et la proportion des répondantes travaillant dans chacun de ceux-ci.

**Tableau 6 : Milieu de travail (département) des répondantes.**

<b>Département</b>	<b>Nombre de répondantes</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecine de jour/cliniques externes	1	1,6 %
Orthopédie (clinique externe)	1	1,6 %
Réadaptation	1	1,6 %
Hémato-oncologie (clinique externe)	3	4,9 %
Autre (non spécifié)	3	4,9 %
CHSLD	4	6,6 %
Psychiatrie	5	8,2 %
Urgence	43	71 %
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>



Les résultats du Tableau 7 qui suit démontrent que les répondantes détenant un permis de l'OIIQ depuis moins de 5 ans et 11 mois étaient les moins présentes dans l'échantillon de l'étude (6,6 %) comparativement à celles détenant un permis depuis 21 ans et plus, qui étaient les plus nombreuses (29,5 %). Les plus jeunes infirmières représentent également la tranche d'âge la moins nombreuse au Québec, selon les statistiques de l'OIIQ (Marleau, 2016).

**Tableau 7 : Ancienneté des répondantes au sein de la profession infirmière.**

<b>Ancienneté</b>	<b>Nombre de répondantes</b>	<b>Pourcentage</b>
0 à 5 ans et 11 mois	4	6,6 %
6 à 10 ans et 11 mois	13	21,3 %
11 à 15 ans et 11 mois	13	21,3 %
16 à 20 ans et 11 mois	13	21,3 %
21 ans et plus	18	29,5 %
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100 %</b>

Bien que les données de l'OIIQ présentent les pourcentages selon les tranches d'âge des infirmières plutôt que selon le nombre d'années au sein de la profession, il est intéressant de constater une certaine ressemblance entre les pourcentages du Tableau 7 et ceux de l'OIIQ. En effet, les infirmières les plus jeunes représentent 6,6 % des

répondantes de la présente étude, ce qui correspond exactement au pourcentage des infirmières québécoises les plus jeunes selon les données de l'OIIQ pour l'année 2015-2016. Le constat est sensiblement le même pour les autres tranches d'âge, sauf pour la classe 55 ans et plus, qui diffère de 12 %. L'échantillon de la présente étude peut être considéré comme représentatif de la profession infirmière au Québec. Le tableau 8 présente les données de l'OIIQ et permet une comparaison avec les données du tableau 7.

**Tableau 8 : Profil de l'âge des infirmières exerçant la profession au Québec en 2015-2016 selon les données de l'OIIQ (Marleau, 2016).**

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Nombre d'infirmières</b>	<b>Pourcentage</b>
24 ans ou moins	4587	6,6 %
25 à 34 ans	17 888	25,6 %
35 à 44 ans	17 639	25,3 %
45 à 54 ans	17 439	25 %
55 ans et plus	12 223	17,5 %
<b>Total</b>	<b>69 776</b>	<b>100 %</b>

En ce qui a trait à la scolarité, plus de la moitié (54,2 %) des infirmières de l'échantillon détiennent uniquement un DEC. Encore une fois, un comparatif peut être fait avec les données de l'OIIQ, ajoutés à la dernière colonne du tableau. Ce comparatif

permet de constater que l'échantillon de la présente étude est représentatif de la profession infirmière, notamment en ce qui a trait aux infirmières détenant un DEC (54,2 % pour les répondantes à l'étude comparativement à 51,7 % pour l'OIIQ) et celles ayant étudié au deuxième cycle (3,2 % pour les répondantes à l'étude comparativement à 3,8 % pour l'OIIQ). Le Tableau 9 fait état du dernier niveau de scolarité complété par les répondantes et permet une comparaison avec les données de l'OIIQ.

**Tableau 9 : Dernier niveau de scolarité complété par les répondantes.**

Niveau de scolarité	Nombre de répondantes	Pourcentage	OIIQ (2015-2016)
Maîtrise	1	1,6 %	3,8 % (cycles supérieurs tous confondus)
Programme court de deuxième cycle	1	1,6 %	
Certificat	7	11,5 %	8,2 %
DEC-BAC	8	13,1 %	36,3 % (DEC-BAC et Bacc. de perfectionnement confondus)
Baccalauréat (Bacc.) de perfectionnement	11	18 %	
Diplôme d'études collégiales (DEC)	33	54,2 %	51,7 %
Total	61	100 %	100 %

## 5.2 Information sur les projets *Lean*

Plus de la moitié (52,5 %) des infirmières de l'échantillon à l'étude n'ont pas reçu de formation en lien avec l'approche *Lean* lors du déploiement de l'approche sur leur département respectif. Pour celles qui ont reçu une formation (47,5 %), ces formations (89,7 %) étaient d'une journée ou moins. Ces résultats permettent d'émettre l'hypothèse que le réseau de santé québécois ne semble pas mettre l'emphase sur la formation en lien avec l'approche *Lean*, malgré le fait que beaucoup d'argent ait été investi dans ce type de projets. Le tableau 10 fait état du nombre de répondantes ayant reçu une formation en lien avec l'approche *Lean* et, le cas échéant, la durée.

**Tableau 10 : Formation en lien avec l'approche *Lean* et durée.**

		<b>Avez-vous reçu une formation en lien avec l'approche <i>Lean</i>?</b>		
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Total</b>
			32	32 (52,5 %)
	Une demi journée	18		18 (29,5 %)
<b>Si oui, quelle a été la durée de la formation?</b>	1 journée	8		8 (13,2 %)
	2 jours	1		1 (1,6 %)
	3 jours	1		1 (1,6 %)
	6 jours et plus	1		1 (1,6 %)
<b>Total</b>		<b>29 (47,5 %)</b>	<b>32 (52,5 %)</b>	<b>61 (100 %)</b>

En ce qui a trait aux événements *Kaizen*, plus de 60 % des infirmières de l'étude ont mentionné avoir assisté à au moins un. La majorité des *Kaizen* auxquels les répondantes ont assisté étaient d'une durée moyenne de deux à trois jours. Il est intéressant de remarquer que les événements *Kaizen* incluant des infirmières semblent plus fréquents que les formations en lien avec l'approche *Lean* destinées aux infirmières. De plus, les événements *Kaizen* semblent durer plus longtemps que les formations en lien avec le *Lean*. Cependant, près de 40 % des répondantes n'ont pas participé à un événement *Kaizen*. Ce constat s'explique par le fait que les employés ne participent pas tous aux *Kaizen*. L'équipe *Kaizen* est souvent formée de quelques employés d'un département selon les quarts de travail. Ce type d'événement vise, entre autres, à former des agents de changements sur le terrain. Puisque les infirmières sont sur les départements 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il est pertinent qu'elles participent le plus possible aux événements *Kaizen*. Le tableau 11 fait état du nombre de répondantes ayant participé à un événement *Kaizen* et, le cas échéant, la durée de l'événement.

**Tableau 11 : Participation à un *Kaizen* et durée.**

	Avez-vous participé à un <i>Kaizen</i> ?		Total
	Oui	Non	
		24	24 (39,3 %)
Si oui, quelle a été la durée du <i>Kaizen</i> ?	1 journée	3	3 (4,9 %)
	2 jours	15	15 (24,6 %)
	3 jours	13	13 (21,3 %)
	5 jours	1	1 (1,6 %)
	6 jours et plus	5	5 (8,3 %)
	Total	37 (60,6 %)	24 (39,3 %)

Pour les événements *Kaizen*, il semble que les infirmières plus expérimentées soient plus souvent sollicitées. En effet, 60 % des répondantes de 15 ans et 11 mois et plus au sein de la profession infirmière ont mentionné avoir assisté à un événement *Kaizen*. Vu leur ancienneté, elles sont souvent les premières à être libérées de leurs tâches. De plus, elles sont souvent celles qui sont à temps plein, comparativement aux plus jeunes qui travaillent plus à temps partiel ou qui sont parfois déjà libérées pour leurs études. En revanche, 40 % des répondantes de 15 ans et 11 mois et moins au sein de la profession infirmière ont répondu ne pas avoir assisté à un événement *Kaizen*. Le tableau 12 permet de constater depuis combien d'années au sein de la profession œuvraient les infirmières ayant participé aux événements *Kaizen* lors du déploiement de l'approche *Lean* sur leur département.

**Tableau 12 : Ancienneté au sein de la profession infirmière des répondantes comparativement au fait d'avoir participé à un événement *Kaizen* ou non.**

	Participation à un événement <i>Kaizen</i>		
	Oui	Non	Total
0 à 5 ans et 11 mois	2	2	4
<b>Nombre d'années au sein de la profession infirmière</b> 6 à 10 ans et 11 mois	4	9	13
11 à 15 ans et 11 mois	9	4	13
16 à 20 ans et 11 mois	9	4	13
21 ans et plus	13	5	18
Total	37	24	61

Les résultats de la présente étude laissent supposer que le fait d'avoir participé à un événement *Kaizen* améliore la perception des infirmières en lien avec l'utilité de l'approche. En effet, près de 90 % des infirmières de l'échantillon ayant participé à un événement *Kaizen* mentionnent trouver l'approche *Lean* très utile ou énormément utile comparativement à 10,8 %, qui la trouvent légèrement à modérément utile. Pour les répondantes n'ayant pas participé à un événement *Kaizen*, 66,7 % trouvent l'approche *Lean* très utile ou énormément utile comparativement à 33,3 % qui mentionnent la trouver légèrement à modérément utile. Le tableau 13 permet de constater l'avis des répondantes sur l'utilité de l'approche *Lean*, dépendamment du fait qu'elles aient

participé à un événement *Kaizen* ou non lors du déploiement du *Lean* sur leur département.

**Tableau 13 : Avis des répondantes sur l'utilité du *Lean* comparativement au fait d'avoir participé à un événement *Kaizen* ou non.**

		<b>Je trouve l'approche <i>Lean</i> utile</b>				Total
		Légèrement utile	Modérément utile	Très utile	Énormément utile	
<b>Participation à un événement <i>Kaizen</i></b>	Oui	0	4	18	15	37
	Non	1	7	4	12	24
	Total	1	11	22	27	61

Parmi l'échantillon, 37 infirmières ont participé à des événements *Kaizen* lors du déploiement de l'approche *Lean* sur leur département. Les résultats de la présente étude suggèrent que le fait d'avoir participé à un événement *Kaizen* augmente l'intérêt des infirmières à vouloir participer à d'autres projets *Lean*. En effet, 78,8 % des répondantes ayant participé à un événement *Kaizen* se disent très intéressées ou énormément intéressées à participer à d'autres projets *Lean* comparativement à 21,6 % qui se disent légèrement ou modérément intéressées. Pour les répondantes n'ayant pas assisté à un *Kaizen*, 54,2 % se disent très intéressées ou énormément intéressées à participer à d'autres projets *Lean* comparativement à 41,7 % qui se disent légèrement ou modérément intéressées et à 4,2 % qui ne se disent pas du tout intéressées. Le tableau 14 permet de comparer l'intérêt des répondantes à participer à d'autres projets *Lean*,



dépendamment du fait qu'elles aient ou non participé à un événement *Kaizen* lors du déploiement du *Lean* sur leur département.

**Tableau 14: Intérêt des répondantes à participer à d'autres projets *Lean* comparativement au fait d'avoir participé à un événement *Kaizen* ou non.**

		Je serais intéressée à participer à d'autres projets <i>Lean</i>					Total
		Pas du tout	Légèrement intéressée	Modérément intéressée	Très intéressée	Énormément intéressée	
<b>Participation à un événement <i>Kaizen</i></b>	Oui	0	2	6	21	8	37
	Non	1	3	7	5	8	24
	Total	1	5	13	26	16	61

Parfois, certains événements *Kaizen* présentaient plusieurs objectifs/sujets. Les résultats démontrent que les objectifs/sujets les plus traités dans les événements *Kaizen* concernaient la réorganisation du travail, la diminution du temps d'attente pour les patients et la réorganisation des salles/poste de travail. Parallèlement, les objectifs/sujets les moins traités touchaient la diminution des pertes de temps et l'augmentation du nombre de patients vus à l'urgence. Le tableau 15 présente les objectifs/sujets des *Kaizen* auxquels les infirmières de la présente étude ont assistés.

**Tableau 15: Objectifs/sujets des *Kaizen* auxquels les répondantes ont assisté.**

Ojectifs/sujets des <i>Kaizen</i>	Récurrence
Réorganisation du travail	19
Diminution du temps d'attente pour les patients	10
Réorganisation des salles/ poste de travail	8
Diminution du recours aux agences/temps supplémentaire obligatoire [TSO]	5
Révision de la trajectoire du patient	4
Clarification des rôles/utilisation optimale des compétences	4
Révision/optmisation des processus	4
Diminution des pertes de temps	3
Augmentation du nombre de patients vus à l'urgence	2

### **5.3 : Opinion des répondantes en lien avec l'approche *Lean*.**

Plus de 80 % des répondantes ont indiqué qu'elles trouvent l'approche *Lean* très utile ou énormément utile comparativement à moins de 20 % qui ont mentionné la trouver légèrement ou modérément utile. Ces résultats indiquent que les infirmières ont une perception positive de l'utilité de l'approche en général. Ces constats permettent de répondre à l'un des objectifs spécifiques de la présente étude qui était de connaître la perception des infirmières face à l'utilité de l'approche *Lean*. Le tableau 16 présente les résultats faisant état de l'avis des répondantes sur l'utilité de l'approche *Lean* en général.

**Tableau 16 : Avis des répondantes sur utilité de l'approche *Lean*.**

<b>Utilité</b>	<b>Nombre de répondantes</b>	<b>Pourcentage</b>
Légèrement utile	1	1,6 %
Modérément utile	11	18 %
Très utile	30	49,2 %
Énormément utile	19	31,2 %
Total	61	100 %

Il semble, selon les résultats de la présente étude, que plus les infirmières cumulent de l'expérience, plus elles trouvent l'approche *Lean* utile. En effet, 87,1 % des répondantes de 16 ans et plus de pratique mentionnent trouver l'approche utile comparativement à 13 % qui mentionnent la trouver légèrement à modérément utile. Pour ce qui est des répondantes de 15 ans et 11 mois de pratique et moins 73,3 % trouvent l'approche *Lean* très ou énormément utile comparativement à 26,7 % qui la trouvent légèrement à modérément utile. Il est intéressant de constater l'opinion favorable de ces infirmières face à l'approche, puisque ces dernières seront présentes encore longtemps dans le réseau et au sein de la profession. Le tableau 17 fait état de l'avis des répondantes sur l'utilité de l'approche *Lean* selon leur nombre d'années au sein de la profession infirmière.

**Tableau 17: Avis des répondantes sur l'utilité du *Lean* comparativement à l'ancienneté au sein de la profession infirmière.**

		Avis sur l'utilité du <i>Lean</i>				Total
		Légèrement utile	Modérément utile	Très utile	Énormément utile	
<b>Ancienneté au sein de la profession infirmière</b>	0 à 5 ans et 11 mois	0	1	3	0	4
	6 à 10 ans et 11 mois	0	2	6	5	13
	11 à 15 ans et 11 mois	1	4	6	2	13
	16 à 20 ans et 11 mois	0	1	7	5	13
	21 ans et plus	0	3	8	7	18
	Total	1	11	30	19	61

Les infirmières de l'échantillon démontrent un intérêt élevé à participer à d'autres projets *Lean*. C'est près de 70 % des répondantes qui ont indiqué être très ou énormément intéressées à participer à d'autres projets *Lean* dans le futur comparativement à moins de 10 % qui ont mentionné être légèrement ou pas du tout intéressées. Ces résultats sont encourageants et démontrent que les infirmières, s'il leur est proposé, voudront participer aux futurs projets. Ces constats permettent également de supposer que la pérennité des projets pourrait être plus facilement assurée, vu l'intérêt

des infirmières envers l'approche. Le tableau 18 fait état des résultats en lien avec l'intérêt des répondantes à participer à d'autres projets *Lean* dans le futur.

**Tableau 18: Intérêt des répondantes à participer à d'autres projets *Lean*.**

<b>Intérêt</b>	<b>Nombre de répondantes</b>	<b>Pourcentage</b>
Pas du tout intéressée	1	1,6 %
Légèrement intéressée	5	8,2 %
Modérément intéressée	13	21,3 %
Très intéressée	16	26,3 %
Énormément intéressée	26	42,6 %
Total	61	100 %

Les résultats démontrent qu'une formation *Lean* peut favoriser l'intérêt des infirmières à participer aux projets, puisque 73 % des infirmières de la présente étude ayant reçu une formation *Lean* se disent très à énormément intéressées à participer à d'autres projets *Lean*. En revanche, 66 % des infirmières n'ayant pas reçu de formation *Lean* se disent très à énormément intéressées à participer à de futurs projets. Le tableau 19 permet de comparer l'intérêt des répondantes à participer à d'autres projets *Lean*, dépendamment du fait qu'elles aient reçu une formation *Lean* ou non.

**Tableau 19: Intérêt des répondantes à participer à d'autres projets *Lean* comparativement au fait d'avoir reçu une formation *Lean* ou non.**

		Je serais intéressée à participer à d'autres projets <i>Lean</i>					Total
		Pas du tout	Légèrement intéressée	Modérément intéressée	Très intéressée	Énormément intéressée	
<b>Formation Lean</b>	Oui	0	1	7	12	9	29
	Non	1	4	6	14	7	32
	Total	1	5	13	26	16	61

#### **5.4. Résultats des effets de l'approche *Lean* (avant/après projet) sur les différents éléments de la section « optimisation des processus de travail ».**

Cette section présente les résultats pour les questions 1.1 à 1.10 du questionnaire en lien avec l'optimisation des processus de travail. Ces questions ont été répondues selon une échelle de Likert (1 à 5) par les répondantes. L'échelle de Likert contient cinq niveaux : totalement en désaccord (1), plutôt en désaccord (2), neutre (3), plutôt en accord (4) à totalement en accord (5). Les résultats ont été analysés selon un test *t* pour échantillons appariés. Les résultats ont permis de comparer la moyenne des réponses avant et après les projets *Lean* pour chacun des éléments du questionnaire et d'obtenir une valeur-*p*. La valeur-*p*, pour la présente étude, était fixé à 0,05. Une valeur-*p*

inférieure à 0,05 indiquait donc une différence de moyennes significative. Pour chacun des éléments de la section optimisation des processus de travail, la différence des moyennes avant/après s'avère significative puisque la valeur-*p* est inférieure à 5 %. Il est donc possible de conclure que le *Lean* a eu un effet favorable sur chacun des éléments en lien avec l'optimisation des processus de travail, selon la perception des répondantes de l'étude. Ce constat permet l'atteinte d'une partie du premier objectif spécifique de la présente étude, qui est de connaître les effets de l'approche *Lean* sur les différents angles de l'organisation du travail des infirmières.

Cette section présente les résultats sous forme de trois tableaux par éléments (tableaux 20 à 40). Le premier tableau présente la différence des moyennes avant/après projet *Lean* et la valeur-*p*. Lorsque les éléments n'étaient pas présents dans le projet, les répondantes répondaient N/A. Le deuxième tableau indique si les répondantes ont été consultées pour la mise en place des éléments traités dans la question. Si elles n'ont pas été consultées, il leur était également demandé si elles auraient aimé l'être. Il est important de préciser que, pour chacun des éléments, il est pris pour acquis que les répondantes qui ont été consultées démontraient un intérêt à l'être, sinon elles auraient refusées d'être consultées. Le troisième tableau indique si les éléments favorisent ou non la motivation et l'implication au travail des répondantes.

Les éléments touchant les indicateurs de performance étaient présents dans 86,8 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent.

Après le projet *Lean*, les infirmières sont plutôt d'accord pour dire qu'il existe des indicateurs de performance sur le département, que l'équipe de travail les connaît et qu'un suivi est effectué. Le projet *Lean* a donc eu un effet significatif et positif sur les indicateurs de performance selon les répondantes. Le tableau 20 présente la perception des répondantes en lien avec les indicateurs de performance avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 20 : Perception des répondantes en lien avec les indicateurs de performance avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section optimisation des processus de travail	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test-t (Valeur-p)
1.1-Il existe des indicateurs de performance sur le département (p. ex., temps d'attente, taux de satisfaction, nombre de chirurgies/semaine, etc.)	8	53	1,98	1,22	53	4,26	0,68	0,000
1.2 - L'équipe de travail connaît ces indicateurs	8	53	2,08	1,17	53	4,09	0,86	0,000
1.3 - Un suivi des indicateurs est effectué	8	53	1,87	1,02	53	4,21	0,74	0,000



En lien avec les indicateurs de performance, 37,7 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 63,9 % des infirmières démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe également le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées, mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 24,6 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Il est possible que ces infirmières manquent de connaissance quant à l'importance des indicateurs de performance comme instrument de mesure ou qu'elles ne soient simplement pas intéressées à se prononcer à ce sujet. Le tableau 21 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec les indicateurs de performance.

**Tableau 21 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec les indicateurs de performance.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	16	--	16
	Non	--	15	--	15
	Pas de réponse	23	--	7	30
<b>Total</b>		23	31	7	61

Les résultats du tableau 22 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec les indicateurs de performance. Ainsi, il est possible de constater que 62,3 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les éléments en lien avec les indicateurs de performance favorisent leur motivation et leur implication au travail.

**Tableau 22 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec les indicateurs de performance.**

Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail	Nombre de répondantes
Oui	38
Non	16
Pas de réponse	7
Total	61

En ce qui a trait aux éléments touchant l'aménagement du poste des infirmières, ces derniers étaient présents dans 82 % à 95,1 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Plus spécifiquement, les éléments visant à réduire les déplacements étaient présents dans 90,2 % des projets, ceux visant à clarifier l'emplacement du matériel dans 95,1 % des projets, ceux visant à rendre facilement accessible les documents dans 95,1 % des projets et ceux visant un poste ergonomique et sécuritaire dans 82 % des projets. Les résultats permettent de constater que la différence

entre les moyennes des réponses avant/après des répondantes pour ces éléments est significative, puisque les *valeurs-p* sont inférieurs à 5 %. Le projet *Lean* a donc optimisé l'aménagement du poste des infirmières. En ce sens, le tableau 23 présente la perception des répondantes en lien avec l'aménagement du poste des infirmières avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 23 : Perception des répondantes en lien avec l'aménagement du poste des infirmières avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	<i>Test-t</i> (Valeur- <i>p</i> )
<b>optimisation des processus de travail</b>								
1.4 - Le poste des infirmières est aménagé de façon :								
- À réduire mes déplacements	6	55	2,29	0,98	55	4,00	0,82	0,000
-À clarifier l'emplacement du matériel : Identification de ce qui se trouve dans les tiroirs avec des collants.	3	58	2,03	1,08	58	4,17	0,86	0,000
-À rendre facilement accessible les documents : méthodes de soins infirmiers, protocoles, etc.)	3	58	2,14	1,08	58	4,16	0,79	0,000
-Ergonomique et sécuritaire	11	50	2,76	1,12	50	3,86	0,83	0,000

Pour les éléments en lien avec l'aménagement du poste des infirmières, 47,5 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 78,7 % des infirmières démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées et qui auraient aimé l'être. Finalement, 16,4 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. C'est 8 % de moins que pour les indicateurs, ce qui fait ressortir que les infirmières sont plus intéressées à être consultées pour les changements concernant le poste des infirmières que pour les indicateurs de performance. En effet, le poste des infirmières est un élément qui peut sembler plus concret que des indicateurs de performance d'un point de vue infirmière. Cet aspect peut probablement expliquer, en partie, ces résultats. Le tableau 24 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'aménagement du poste des infirmières.

**Tableau 24 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'aménagement du poste des infirmières.**

		<b>A été consultée lors de la mise en place de ces éléments</b>			
		Oui	Non	Pas de réponse	Total
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	19	--	19
	Non	--	10	--	10
	Pas de réponse	29	--	3	32
<b>Total</b>		29	29	3	61

Les résultats du tableau 25 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec l'aménagement du poste des infirmières. Ainsi, il est possible de constater que 90,2 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les éléments en lien avec l'aménagement du poste des infirmières favorisent leur motivation et leur implication au travail. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats du tableau 24.

**Tableau 25 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'aménagement du poste des infirmières.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	55
Non	3
Pas de réponse	3
Total	61

Pour ce qui est des éléments touchant l'aménagement des salles de consultation, ces derniers étaient présents dans 77,1 % à 80,3 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Plus spécifiquement, les éléments visant à réduire les déplacements étaient présents dans 78,7 % des projets, ceux visant à clarifier l'emplacement du matériel dans 80,3 % des projets, ceux visant à rendre facilement accessible les documents dans 78,7 % des projets et ceux visant un poste ergonomique et sécuritaire dans 77,1 % des projets. Après le projet *Lean*, les infirmières semblent d'accord pour dire que le *Lean* a contribué à améliorer l'aménagement des salles de consultation en ce qui concerne les déplacements, l'emplacement du matériel, l'accessibilité des documents et l'ergonomie. Le projet *Lean* a donc eu un effet significatif et positif sur ces éléments selon les répondantes. Le tableau 26 fait état de la perception des répondantes en lien avec l'aménagement des salles de consultation avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 26 : Perception des répondantes en lien avec l'aménagement des salles de consultation avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section optimisation des processus de travail	Avant le projet				Après le projet			
	N/ A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	<i>Test-t</i> (Valeur- <i>p</i> )
1.5 - Les salles de consultation sont aménagées de façon :								
-À réduire mes déplacements	13	48	2,42	0,92	48	3,98	0,98	0,000
-À clarifier l'emplacement du matériel (p. ex., collants indiquant ce qui se trouve dans les tiroirs/tablettes)	12	49	2,20	1,08	49	4,29	0,84	0,000
-À rendre facilement accessible les documents (p. ex., méthodes de soins infirmiers, procédure, protocoles, etc.)	13	48	2,21	0,90	48	4,08	0,85	0,000
-Ergonomique et sécuritaire	14	47	2,87	0,95	47	3,92	0,88	0,000



Pour les éléments en lien avec l'aménagement des salles de consultation, 36,1 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 57,4 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ces derniers résultats englobent le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées et qui auraient aimé l'être. L'aménagement des salles de consultation revêt une importance particulière pour les infirmières, puisque que ce sont elles qui cherchent le plus souvent le matériel pour le médecin. Il est donc normal que les infirmières démontrent de l'intérêt à être consultées en ce sens. Le tableau 27 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'aménagement des salles de consultation.

**Tableau 27: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'aménagement des salles de consultation.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
Aurait aimé être consultée	Oui	--	13	--	13
	Non	--	14	--	14
	Pas de réponse	22	--	12	34
	Total	22	27	12	61

Les résultats du tableau 28 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec l'aménagement des salles de consultation. Ainsi, il est possible de constater que 65,6 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les éléments en lien avec l'aménagement des salles de consultation favorisent leur motivation et leur implication au travail.

**Tableau 28 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'aménagement des salles de consultation.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	40
Non	9
Pas de réponse	12
Total	61

En ce qui a trait aux éléments touchant l'aménagement de l'utilité propre, ces derniers étaient présents dans 62,3 % à 78,7 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Plus spécifiquement, les éléments visant à réduire les déplacements, à clarifier l'emplacement du matériel et à le rendre facilement accessible étaient présents dans 78,7 % des projets et les éléments visant un poste ergonomique et sécuritaire dans 62,3 % des projets. Après le projet *Lean*, les infirmières semblent neutres à plutôt d'accord pour dire que le *Lean* a contribué à améliorer

l'aménagement de l'utilité propre en ce qui concerne les déplacements, l'emplacement et l'accessibilité du matériel et l'ergonomie. Le tableau 29 présente la perception des répondantes en lien avec l'aménagement de l'utilité propre avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 29 : Perception des répondantes en lien avec l'aménagement de l'utilité propre avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test-t (Valeur- p)
<b>optimisation des processus de travail</b>								
1.6 - L'utilité propre est aménagée de façon :								
-À réduire mes déplacements	13	48	2,54	1,09	47	3,28	1,10	0,001
-À clarifier l'emplacement du matériel (p. ex., collants sur les tiroirs identifiant ce qui s'y trouve)	13	48	2,29	0,99	47	3,89	0,81	0,000
-À rendre facilement accessible le matériel	13	48	2,52	1,07	47	3,72	0,90	0,000
-Ergonomique et sécuritaire	23	38	2,79	0,94	38	3,55	1,01	0,001

Pour les éléments en lien avec l'aménagement de l'utilité propre, 36,1 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 60,7 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Le tableau 30 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'aménagement de l'utilité propre.

**Tableau 30 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'aménagement de l'utilité propre.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	15	--	15
	Non	--	12	--	12
	Pas de réponse	22	--	12	34
	Total	22	27	12	61

Les résultats du tableau 31 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec l'aménagement de l'utilité propre. Ainsi, il est possible de constater que 59 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les

éléments en lien avec l'aménagement de l'utilité propre favorisent leur motivation et leur implication au travail.

**Tableau 31 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'aménagement de l'utilité propre.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	36
Non	13
Pas de réponse	12
Total	61

Concernant les éléments touchant la trajectoire du patient, ces derniers étaient présents dans respectivement 68,9 % à 77 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Après le projet, les infirmières semblent plutôt d'accord pour dire que le *Lean* a contribué à améliorer la trajectoire du patient en ce qui concerne le temps d'attente et les déplacements de ce dernier. Le projet *Lean* a eu un effet significatif sur ces éléments du point de vue des répondantes. Il semble possible de penser que les retombées pour le patient sont positives. Le Tableau 32 démontre la perception des répondantes en lien avec la trajectoire des patients avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 32 : Perception des répondantes en lien avec la trajectoire des patients avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section optimisation des processus de travail	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
1.7 - La trajectoire du patient est conçue afin de réduire son temps d'attente et ses déplacements.	19	42	2,10	0,96	42	4,17	0,76	0,000
1.8 - Des indications guident le patient sur le département (p. ex., lignes pointillées au sol, chaises rouges au triage, etc.)	14	47	2,70	1,23	47	3,98	1,05	0,000

Le taux de consultation des répondantes en ce qui a trait aux éléments en lien avec la trajectoire des patients est de 27,9 %. De plus, 49,2 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées, incluant les répondantes qui n'ont pas été consultées, mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 31,1 % des répondantes ont

indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consulté, elles n'auraient pas voulu l'être. Ce pourcentage de non intérêt des infirmières à être consultée est l'un des plus élevé en ce qui a trait à la section « optimisation des processus de travail ». Cet élément touche directement le patient et son cheminement tout au long de l'épisode de soins. Les infirmières sont reconnues comme étant les représentantes de la voix des patients. Ce résultat est donc étonnant d'autant plus que la philosophie *Lean* place le patient au cœur de la démarche. Le Tableau 33 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la trajectoire des patients.

**Tableau 33 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la trajectoire des patients.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
Aurait aimé être consultée	Oui	--	13	--	13
	Non	--	19	--	19
	Pas de réponse	17	--	12	29
Total		17	32	12	61

Les résultats du tableau 34 renseignent la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la trajectoire des patients. Ainsi, il est possible de constater que 52,5 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les éléments en lien avec la trajectoire des patients favorisent leur motivation et leur implication au travail.

**Tableau 34 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la trajectoire des patients.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	32
Non	17
Pas de réponse	12
Total	61

En ce qui a trait aux éléments touchant la planification des rendez-vous, ces derniers étaient présents dans 57,4 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Après le projet, les infirmières semblent en moyenne plutôt d'accord pour dire que le *Lean* a contribué à améliorer la planification des rendez-vous et ainsi assurer la fluidité de la trajectoire du patient et équilibrer la charge de travail du personnel. Le projet *Lean* a donc eu un effet significatif sur ces éléments du point de vue des répondantes. Le tableau 35 expose la perception des répondantes en lien avec la planification des rendez-vous avant et après l'implantation du *Lean*.



**Tableau 35 : Perception des répondantes en lien avec la planification des rendez-vous avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
<b>optimisation des processus de travail</b>								
1.9 - La planification des rendez-vous assure la fluidité de la trajectoire du patient et équilibre la charge de travail du personnel.	26	35	2,31	0,83	35	3,51	0,89	0,000

Pour les éléments en lien avec la planification des rendez-vous, 29,5 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 41 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 21,3 % des répondantes n'ayant pas été consultées ont répondu qu'elles n'auraient pas voulu l'être. Il est possible de croire que le faible intérêt au niveau de la prise de rendez-vous s'explique par la division des rôles, des tâches et des responsabilités de l'équipe. Dans les équipes de travail, la gestion des rendez-vous est très rarement, pour ne pas dire jamais faite par les infirmières. Il s'agit bien souvent d'une tâche qui relève de l'agente administrative.

**Tableau 36 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la planification des rendez-vous.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	7	--	7
	Non	--	13	--	13
	Pas de réponse	18	--	23	41
Total		18	20	23	61

Les résultats du tableau 37 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la planification des rendez-vous. Ainsi, il est possible de constater que 39,3 % des répondantes ont indiqué que les éléments en lien avec la planification des rendez-vous favorisent leur motivation et leur implication au travail. Cette motivation s'explique peut-être en raison de l'intérêt du patient pour son suivi de soins, qui sera alors assuré, en partie, par l'infirmière.

**Tableau 37 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la planification des rendez-vous.**

Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail	Nombre de répondantes
Oui	24
Non	14
Pas de réponse	23
Total	61

Les éléments touchant la préparation à l'avance des médicaments ou du matériel étaient présents dans 70,5 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Après le projet, les infirmières sont plutôt d'accord pour dire que les médicaments ou le matériel pouvant être préparés à l'avance le sont. Le projet *Lean* a donc eu un effet significatif sur ces éléments du point de vue des répondantes, ce qui va dans le même sens que les buts de l'approche qui visent, entre autres, l'harmonisation et la standardisation des pratiques. Le tableau 38 présente la perception des répondantes en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 38 : Perception des répondantes en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test-t (Valeur-p)
<b>optimisation des processus de travail</b>								
1.10 - Les médicaments ou le matériel qui peuvent être préparés à l'avance le sont.	18	43	2,77	1,15	43	3,77	0,95	0,0000

En lien avec la préparation à l'avance des médicaments ou du matériel, 24,6 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 36,1 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées, mais qui auraient aimé l'être. De plus, 32,8 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. La préparation à l'avance des médicaments ou du matériel est l'élément pour lequel le moins de répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées, pour la section « optimisation des processus de travail ». Le fait que le matériel et les médicaments soient préparés à l'avance s'avère pourtant être intéressant pour elles, puisqu'elles n'ont pas à le faire et elles sauvent du temps pour effectuer d'autres tâches reliées à leur rôle. Ces résultats sont donc surprenants et ils sont présentés au Tableau 39.

**Tableau 39 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la préparation à l'avance des médicaments ou du matériel.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	1	7	--	8
	Non	--	20	--	20
	Pas de réponse	15	--	18	33
	Total	16	27	18	61

Les résultats du Tableau 40 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel. Ainsi, il est possible de constater que 34,4 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les éléments en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel favorisent leur motivation et leur implication au travail. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats des Tableaux 38 et 39.

**Tableau 40 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou matériel.**

Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail	Nombre de répondantes
Oui	21
Non	22
Pas de réponse	18
Total	61

**5.5. Résultats des effets de l'approche *Lean* (avant/après projet) sur les différents éléments de la section « optimisation des ressources humaines ».**

Les résultats de cette section (Tableaux 41 à 65) sont présentés de la même manière que ceux de la section 5.4. Pour chacun des éléments, la différence des moyennes avant/après s'avère significative, puisque la Valeur-*p* est inférieure à 5 %. Il est possible de conclure que le *Lean* a eu un effet favorable sur chacun des éléments en lien avec l'optimisation des ressources humaines selon la perception des répondantes de l'étude.

Les éléments touchant la définition claire des responsabilités et tâches quotidiennes étaient présents dans 96,7 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Après le projet, les répondantes sont plutôt d'accord pour dire que les responsabilités et les tâches des membres de l'équipe sont

clairement définies. Le projet Lean a donc eu un effet significatif sur ces éléments, du point de vue des répondantes, ce qui concorde avec la philosophie et favorise l'implication des employés. Le Tableau 41 présente la perception des répondantes en lien avec la définition des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 41 : Perception des répondantes en lien avec la définition des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe avant et après l'implantation du *Lean*.**

	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
2.1 - Les responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe sont clairement définies.	2	59	2,34	1,06	59	4,37	0,66	0,000

Pour les éléments en lien avec la définition des responsabilités et des tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe, 63,9 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 93,4 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 4,9 % des répondantes indiquent qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Ce dernier pourcentage est assez faible, car il serait inquiétant de savoir que les infirmières ne s'intéressent pas à cet aspect important de leur travail. Le Tableau 42 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la



définition des responsabilités et des tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe.

**Tableau 42 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la définition des responsabilités et des tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	18	--	18
	Non		3	--	3
	Pas de réponse	39	--	1	40
	Total	39	21	1	61

Les résultats du Tableau 43 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la définition responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe. Ainsi, il est possible de constater que 95,1 % des répondantes de la présente étude ont indiqué que les éléments en lien avec définition des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe favorisent leur motivation et leur implication au travail

**Tableau 43 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la définition des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	58
Non	2
Pas de réponse	1
<b>Total</b>	<b>61</b>

En ce qui a trait aux éléments touchant la charge de travail, ceux-ci étaient présents dans 83,6 % à 85,2 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Plus spécifiquement, les éléments permettant de répondre plus rapidement aux patients, de donner des soins sécuritaires, d'avoir le temps pour rédiger les dossiers et d'évaluer les patients étaient présents dans 85,2 % des projets et ceux permettant d'avoir le temps de faire de l'enseignement aux patients dans 83,6 % des projets. Aussi, il est possible de constater que la différence entre les moyennes des réponses avant/après des répondantes pour ces éléments est significative, puisque les valeurs-*p* sont toutes inférieures à 5 %. Le projet *Lean* a donc eu un effet significatif sur ces éléments selon les répondantes. Étant donné que la charge de travail est reconnue comme étant l'élément le plus important au niveau du stress et de l'absentéisme au travail (Cazabat, Barthe, & Cascino, 2008), tout projet ayant un effet positif sur cette charge de travail peut être vu comme étant très bénéfique. Le Tableau 44 présente la

perception des répondantes en lien avec la charge de travail avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 44 : Perception des répondantes en lien avec la charge de travail avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			
	N/A	N	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	Test-t (Valeur- p)
<b>optimisation des ressources humaines</b>								
2.2 - Ma charge de travail (p. ex., ratio infirmière/patient) me permet :								
-De répondre plus rapidement aux patients	9	52	2,35	0,84	52	3,92	0,74	0,000
-De donner des soins sécuritaires	9	52	3,06	0,98	52	3,90	0,69	0,000
-D'avoir le temps nécessaire pour rédiger mes dossiers	9	52	2,75	0,93	52	3,75	0,91	0,000
-D'avoir le temps de faire de l'enseignement aux patients	10	51	2,77	0,95	51	3,53	0,97	0,000
-D'évaluer mes patients	9	52	2,96	0,89	52	3,87	0,69	0,000

Pour les éléments en lien avec la charge de travail, 39,3 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 72,1 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées et qui auraient aimé l'être. Finalement, 13,1 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Il pourrait être intéressant que d'autres recherches tentent de connaître les raisons de ce manque d'intérêt de certaines infirmières à être consultées en lien avec ces éléments. Le Tableau 45 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la charge de travail.

**Tableau 45 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la charge de travail.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			
		Oui	Non	Pas de réponse	Total
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	20	--	20
	Non		8	--	8
	Pas de réponse	24	--	9	33
Total		24	28	9	61

Les résultats du Tableau 46 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la charge de travail. Ainsi, il est possible de constater que 75,4 % des répondantes ont indiqué que les éléments portant sur la charge de travail favorisent leur motivation et leur implication au travail.

**Tableau 46 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la charge de travail.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	46
Non	6
Pas de réponse	9
Total	61

Concernant les éléments touchant les ordonnances collectives, ces derniers étaient présents dans 75,4 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Il est possible de constater que la différence entre les moyennes des réponses avant/après des répondantes pour ces éléments est significative, puisque la valeur-p est inférieure à 5 %. Le projet *Lean* a eu un effet significatif sur ces éléments. De plus, il semble possible d'extrapoler ces effets au niveau des soins offerts aux patients, car les ordonnances collectives permettent aux infirmières d'exercer une plus grande autonomie, ce qui explique très souvent de meilleurs soins pour le patient et moins de délais d'attente. Le Tableau 47 illustre la perception des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 47 : Perception des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	N/A	Avant le projet		Après le projet		Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )		
		n	Moyenne	ÉT	n		Moyenne	ÉT
optimisation des ressources humaines								
2.3 - Des ordonnances collectives sont effectives sur le département	15	46	2,09	1,01	46	4,54	0,55	0,000

Les résultats du Tableau 48 révèlent que, pour les éléments en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département, 36,1 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 63,9 % des infirmières démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 14,7 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être.

**Tableau 48 : Consultation des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	--	17	--	17
	Non		9		9
	Pas de réponse	22	--	13	35
	Total	22	26	13	61

Les résultats du Tableau 49 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département. Ainsi, il est possible de constater que 65,6 % des répondantes ont indiqué que les éléments en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département favorisent leur motivation et leur implication au travail.

**Tableau 49 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la présence d'ordonnances collectives sur le département.**

Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail	Nombre de répondantes
Oui	40
Non	8
Pas de réponse	13
Total	61

En ce qui a trait aux éléments touchant la latitude dans le champ d'exercice professionnel et la séquence des soins, ceux-ci étaient présents dans respectivement 83,6 % et 95,1 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Aussi, il est possible de constater que le projet *Lean* a eu un effet significatif sur ces éléments du point de vue des répondantes, puisque les valeurs-*p* sont de 0,000. Ce constat est intéressant, puisque les infirmières prennent de plus en plus de décisions cliniques et des efforts sont faits actuellement afin qu'elles puissent de plus en plus occuper pleinement leur champ d'exercice (OIIQ, 2012a, 2016a et 2016b; Tremblay, & Rheault, 2014). Le Tableau 50 présente la perception des répondantes en lien avec leur latitude professionnelle avant et après l'implantation du *Lean*.

**Tableau 50 : Perception des répondantes en lien avec leur latitude professionnelle avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	
optimisation des ressources humaines								
2.4 - J'ai de la latitude dans mon champ d'exercice professionnel	10	51	3,02	0,86	51	3,90	0,86	0,000
2.5 - J'ai de la latitude dans la séquence de mes soins	3	58	3,57	0,78	58	4,14	0,58	0,000



Pour les éléments en lien avec la latitude professionnelle, 32,8 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 62,3 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées, mais qui auraient aimé l'être. Des répondantes ont (34 %) également indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Dans le contexte actuel de volonté à optimiser le champ d'exercice des infirmières (OIIQ, 2012a, 2016a et 2016b; Tremblay, & Rheault, 2014), il est dommage de constater le faible taux d'infirmières consultées en lien avec ces éléments lors des projets *Lean* et le taux élevé d'infirmières ayant indiqué ne pas vouloir être consultées. Les résultats laissent supposer un manque d'intérêt des infirmières à s'impliquer afin de tenter d'exercer un plus grand leadership et d'obtenir plus de latitude. Le Tableau 51 indique le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec les éléments touchant la latitude professionnelle.

**Tableau 51 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la latitude professionnelle.**

		<b>A été consultée lors de la mise en place de ces éléments</b>			<b>Total</b>
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas de réponse</b>	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	-	18	-	18
	Non	-	21	-	21
	Pas de réponse	20	-	2	22
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>61</b>

Il est possible de constater que 83,6 % des répondantes ont indiqué que les éléments en lien avec la latitude professionnelle favorisent leur motivation et leur implication au travail. Ainsi, les infirmières sont plus ou moins intéressées à être consultées en lien avec leur latitude professionnelle, mais elles affirment tout de même que cet élément les motive et favorise leur implication au travail. Il serait intéressant que ce constat soit exploré dans le cadre d'une autre étude. Le Tableau 52 présente les résultats portant sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la latitude professionnelle.

**Tableau 52 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la latitude professionnelle.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	51
Non	8
Pas de réponse	2
Total	61

Concernant les éléments touchant une organisation du travail permettant l'utilisation des compétences professionnelles, ils étaient présents dans 95,1 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Selon la perception des répondantes, le projet *Lean* a eu un effet significatif sur ces éléments, ce qui est intéressant et va dans le même sens que la latitude dans le champ d'exercice professionnel des infirmières. Il est important que l'organisation du travail permette aux infirmières d'utiliser leurs compétences professionnelles de façon optimale afin d'ajouter de la valeur du point de vue du patient (Liker, 2012) et d'assumer leur rôle de façon optimale (OIIQ 2012a, 2016a et 2016b; Tremblay, & Rheault, 2014). Le Tableau 53 présente la perception des répondantes en lien ces éléments.

**Tableau 53: Perception des répondantes en lien avec l'utilisation des compétences professionnelles avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	
optimisation des ressources humaines								
2.6- L'organisation du travail fait en sorte que j'utilise mes compétences professionnelles pour faire des tâches à valeur ajoutée.	3	58	2,53	1,03	58	3,97	0,77	0,000

Pour les éléments en lien avec une organisation du travail permettant l'utilisation des compétences professionnelles, 34,4 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 72,1 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. En plus de ne pas avoir été consultées, 23 % des répondantes ont indiqué qu'elles n'auraient pas voulu l'être. Encore une fois, il est dommage de constater que peu d'infirmières ont été consultées en lien avec cet élément important pour la profession infirmière. Le Tableau 54 présente le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec une organisation du travail permettant l'utilisation des compétences professionnelles.

**Tableau 54 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec l'utilisation des compétences professionnelles.**

		<b>A été consultée lors de la mise en place de ces éléments</b>			<b>Total</b>
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas de réponse</b>	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	1	23	-	24
	Non		14	-	14
	Pas de réponse	20	-	3	23
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>61</b>

Pour la motivation et l'implication des répondantes en lien avec une organisation du travail permettant l'utilisation des compétences professionnelles, les résultats permettent de constater que 83,6 % des répondantes ont indiqué que ces éléments favorisent leur motivation et leur implication au travail. Ce haut taux n'est pas étonnant puisque la possibilité d'utiliser leurs compétences professionnelles demeure un élément capital pour les infirmières (OIIQ, 2012a), il est donc important de les consulter en lien avec ces éléments. Le Tableau 55 présente les résultats concernant la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec une organisation du travail permettant l'utilisation des compétences professionnelles.

**Tableau 55 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'utilisation des compétences professionnelles.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	51
Non	7
Pas de réponse	3
Total	61

Les éléments touchant la planification des horaires et des pauses étaient respectivement présents dans 80,3 % et 67,2 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. La valeur-*p* de 0,000 pour chacun de ces éléments indique que le projet *Lean* a eu un effet significatif sur ces derniers. Le Tableau 56 présente les résultats en lien avec ces éléments touchant la planification des horaires de façon à répondre à l'achalandage.

**Tableau 56 : Perception des répondantes en lien avec la planification des horaires de façon à répondre à l'achalandage avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	Avant le projet				Après le projet			Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
	N/A	n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	
<b>optimisation des ressources humaines</b>								
2.7 - Les pauses et heures de repas sont planifiées de façon à répondre à l'achalandage	12	49	2,57	1,06	49	3,80	0,96	0,000
2.8 - Les horaires de travail sont planifiés de façon à répondre à l'achalandage	20	41	2,68	0,88	41	3,90	0,80	0,000

Pour les éléments en lien avec la planification des horaires selon l'achalandage, 37,7 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 65,6 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 13,1 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été

consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Peu de répondantes ont été consultées en lien avec ces éléments. Pourtant, les infirmières sont celles qui connaissent le mieux les moments critiques de leurs journées de travail, les processus de travail et la trajectoire des patients. De plus, la planification des horaires selon l'achalandage a un impact sur la charge de travail et sur la qualité des soins aux patients (Filion-Côté, 2014; Lois Berry, & Curry, 2012; Voyer et al., 2016). Le Tableau 57 présente les résultats en lien avec la planification des horaires selon l'achalandage.

**Tableau 57 : Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la planification des horaires selon l'achalandage.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			Total
		Oui	Non	Pas de réponse	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	1	17	-	18
	Non	-	8	-	8
	Pas de réponse	22	-	13	35
	Total	23	25	13	61

Les résultats du Tableau 58 donnent de l'information sur la motivation et l'implication des répondantes en lien avec la planification des horaires de façon à répondre à l'achalandage. Ainsi, il est possible de constater que seulement 63,9 % des répondantes ont indiqué que ces éléments favorisent leur motivation et leur implication au travail.



**Tableau 58 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la planification des horaires de façon à répondre à l'achalandage.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	39
Non	9
Pas de réponse	13
<b>Total</b>	<b>61</b>

Concernant les éléments touchant le fait que le chef de département encourage les infirmières à développer de nouvelles compétences, ceux-ci étaient présents dans 77,1 % des projets *Lean*. Le Tableau 59 démontre que le projet *Lean* a eu un effet sur ces éléments du point de vue des répondantes.

**Tableau 59 : Perception des répondantes en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section optimisation des ressources humaines	N/A	Avant le projet		Après le projet		Test-t (Valeur- p)		
		n	Moyenne	ÉT	n		Moyenne	ÉT
2.9 - Le chef de département m'encourage à développer de nouvelles compétences	14	47	2,94	1,15	47	3,60	1,08	0,005

Pour ces éléments en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences, 13,1 % des répondantes mentionnent avoir été consultées tandis que 67,2 % démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 26,2 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Ce très faible taux d'infirmières consultées pour ces éléments est surprenant, puisque le développement de nouvelles compétences pour le personnel représente un élément important et permet d'assurer le déploiement optimal des pratiques professionnelles (Duffield, Diers, O'Brien-Pallas, Aisbett, Roche, King, & Aisbett., 2011; Ouellet, & Mukamurera, 2015). Le Tableau 60 présente les

résultats en lien avec le nombre de répondantes ayant été consultées ou qui auraient aimé être consultées en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences.

**Tableau 60: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences.**

		A été consultée lors de la mise en place de ces éléments			
		Oui	Non	Pas de réponse	Total
<b>Aurait aimé être consultée</b>	Oui	1	23	-	24
	Non	-	16	-	16
	Pas de réponse	7	-	14	21
	Total	8	39	14	61

En ce qui a trait à la motivation et l'implication des répondantes en lien avec les éléments concernant la possibilité de développer de nouvelles compétences, 67,2 % des répondantes ont indiqué que ceux-ci favorisent leur motivation et leur implication au travail. Le Tableau 61 présente ces résultats.

**Tableau 61: Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec la possibilité de développer de nouvelles compétences.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	41
Non	6
Pas de réponse	14
Total	61

**5.6. Résultats faisant état des effets de l'approche Lean (avant/après projet) sur les différents éléments de la section « optimisation de l'environnement psychosocial du travail ».**

Les résultats de cette section (tableau 62 à 65) sont présentés de la même manière que ceux des sections 5.4 et 5.5. Pour chacun des éléments, la différence des moyennes avant/après s'avère significative, puisque la valeur-*p* est inférieure à 5 %. Il est donc possible de conclure que le Lean a eu un effet notable sur chacun des éléments en lien avec l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail, selon la perception des répondantes de l'étude.

Les éléments touchant l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien, la collaboration et la communication dans l'équipe étaient présents dans respectivement 57,4 % à 83,6 % des projets *Lean* implantés sur les départements où les répondantes travaillent. Le Tableau 62 démontre que le projet *Lean* a eu un effet sur tous ces éléments du point de vue des répondantes.

**Tableau 62 : Perception des répondantes en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien et la collaboration dans l'équipe, et la communication avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	N/A	Avant le projet			Après le projet			Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )
		n	Moyenne	ÉT	n	Moyenne	ÉT	
optimisation de l'environnement psychosocial								
3.1- La satisfaction des patients est évaluée, au moins une fois par trimestre	26	35	1,94	1,24	35	3,54	1,31	0,000
3.2 - Il y a du soutien et de la collaboration dans mon équipe	1	60	3,05	1,02	60	4,17	0,72	0,000
3.3 - Un système de communication existe pour les irritants/idées d'amélioration au chef	9	52	2,15	0,96	52	4,25	0,62	0,000
3.4 - Le chef a un moyen d'informer l'équipe des changements ou nouveautés	10	51	2,67	1,11	51	4,31	0,68	0,000

Pour les éléments en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien/collaboration dans l'équipe et la communication avec le chef, 41 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. De plus, 75,4 % des répondantes démontrent de l'intérêt à être consultées. Ce dernier résultat englobe le pourcentage des répondantes qui n'ont pas été consultées mais qui auraient aimé l'être. Finalement, 24,6 % des répondantes ont indiqué qu'en plus de ne pas avoir été consultées, elles n'auraient pas voulu l'être. Le Tableau 63 présente les résultats en lien avec le nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées en lien avec ces éléments.

**Tableau 63: Nombre de répondantes qui ont été consultées/aurait aimé être consultées, en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien/collaboration dans l'équipe et la communication avec le chef.**

		<b>A été consultée lors de la mise en place de ces éléments</b>			<b>Total</b>
		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Pas de réponse</b>	
<b>Aurait aimé être consultée</b>	<b>Oui</b>	2	21	-	23
	<b>Non</b>	-	15	-	15
	<b>Pas de réponse</b>	21	1	1	23
	<b>Total</b>	23	37	1	61

De l'échantillon, 88,5 % des répondantes ont mentionné que l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien/collaboration dans l'équipe et la communication avec

le chef sont des éléments qui favorisent leur motivation et leur implication au travail. Ce constat est intéressant puisque la satisfaction des patients est un élément capital de l'approche *Lean* (Liker, 2012). De plus, il n'est pas surprenant que le soutien/collaboration dans l'équipe motivent les infirmières, puisque ce sont des éléments qui favorisent le bien-être au travail (Dagenais-Desmarais, & Privé, 2010). La possibilité de communiquer les irritants/idées d'amélioration au chef motive également les infirmières, car cet élément représente une forme de reconnaissance (Brun, & Dugas, 2005; Rhéaume, LeBel, & Gautreau, 2008). Le Tableau 64 présente les résultats concernant la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec ces éléments.

**Tableau 64 : Information sur la motivation et l'implication au travail des répondantes en lien avec l'évaluation de la satisfaction des patients, le soutien et la collaboration dans l'équipe et la communication.**

<b>Ces éléments favorisent ma motivation et implication au travail</b>	<b>Nombre de répondantes</b>
Oui	54
Non	6
Pas de réponse	1
Total	61

Les éléments touchant le suivi des irritants et idées, la reconnaissance par le chef et la présence d'une culture d'amélioration continue sur le département étaient présents



dans 85,2 % à 96,7 % des projets. Les résultats présentés au Tableau 65 permettent de constater que le projet Lean a eu un effet notable sur chacun de ces éléments du point de vue des répondantes. Le taux de consultation et de motivation/implication au travail des infirmières n'a pas été évalué pour ces trois dernières questions dans le cadre de l'étude.

**Tableau 65 : Perception des répondantes en lien avec le suivi par le chef de département, la reconnaissance et la culture d'amélioration continue sur le département avant et après l'implantation du *Lean*.**

Section	N/A	Avant le projet		Après le projet		Test- <i>t</i> (Valeur- <i>p</i> )		
		n	Moyenne	ÉT	n		Moyenne	ÉT
<b>optimisation de l'environnement psychosocial</b>								
3.5 - Le chef effectue un suivi des commentaires, irritants et idées d'amélioration des employés	9	52	2,62	1,03	52	4,25	0,84	0,000
3.6 – Le chef manifeste de la reconnaissance envers les membres de l'équipe	2	59	2,97	1,11	59	3,98	0,88	0,000
3.7 Il y a une culture d'amélioration continue sur le département	9	52	2,42	1,05	52	4,06	0,61	0,000

Ce chapitre présentait les résultats de l'étude. La discussion en lien avec ces résultats sera présentée au prochain chapitre. Celle-ci fera le lien entre ces résultats et les objectifs de l'étude.

## **Chapitre 6 : Discussion**

Ce dernier chapitre présente la discussion des résultats. Il est divisé en quatre sections. La première section porte sur les résultats globaux en lien avec les objectifs spécifiques de l'étude et présente un résumé des résultats sous forme de tableaux. La deuxième section traite des avantages et des limites de l'étude. La troisième section fait état des retombées attendues. La dernière section propose des recommandations et des suggestions afin de mieux intégrer les infirmières dans les projets de réorganisation de type *Lean*.

### **6.1 Présentation globale des résultats et lien avec les objectifs spécifiques de l'étude.**

Cette section présente un tableau résumé des résultats obtenus pour chacun des angles de l'organisation du travail (optimisation des processus de travail, optimisation des ressources humaines, et optimisation de l'environnement psychosocial du travail). Elle présente également une discussion en lien avec les constats globaux. À travers cette discussion, l'atteinte des différents objectifs initiaux de l'étude est démontrée.

Le Tableau 66 consiste en une représentation globale des résultats des Tableaux 20 à 40, pour les éléments de la section « optimisation des processus de travail » du questionnaire. La colonne A représente le pourcentage d'infirmières ayant répondu que l'élément a été traité dans le projet *Lean*. La colonne B représente le pourcentage de répondantes ayant été consultées lors de la mise en place de l'élément. La colonne C représente le pourcentage de répondantes ayant été consultées lors de la mise en place des éléments et/ou qui auraient aimé l'être. La colonne D représente le pourcentage de

répondantes n'ayant pas été consultées lors de la mise en place de l'élément et qui n'auraient pas aimé l'être. La colonne E représente le pourcentage de répondantes ayant répondu que l'élément favorise leur motivation et leur implication au travail. Les cases grisées dans le tableau font ressortir les pourcentages les plus élevés et les plus bas.

**Tableau 66: Résumé des résultats pour la section « optimisation des processus de travail ».**

<b>Éléments de la section optimisation des processus de travail.</b>	<b>A (%)</b>	<b>B (%)</b>	<b>C (%)</b>	<b>D (%)</b>	<b>E (%)</b>
<b>Indicateurs</b>					
Présence d'indicateurs de performance	86,9	37,7	63,9	24,6	62,3
Connaissance des indicateurs	86,9	37,7	63,9	24,6	62,3
Suivi des indicateurs	86,9	37,7	63,9	24,6	62,3
<b>Aménagement du poste des infirmières</b>					
Déplacements	90,2	47,5	78,7	16,4	90,2
Emplacement du matériel	95,1	47,5	78,7	16,4	90,2
Accessibles les documents.	95,1	47,5	78,7	16,4	90,2
Ergonomique et sécuritaire.	82	47,5	78,7	16,4	90,2
<b>Aménagement des salles de consultations</b>					
Réduction des déplacements.	78,7	36,1	57,4	23	65,6
Emplacement du matériel.	80,3	36,1	57,4	23	65,6
Accessibilité des documents.	78,7	36,1	57,4	23	65,6
Ergonomique et sécuritaire.	77,1	36,1	57,4	23	65,6
<b>Aménagement de l'utilité propre</b>					
Déplacements.	78,7	36,1	60,7	19,7	59
Emplacement du matériel.	78,7	36,1	60,7	19,7	59
Accessibilité du matériel	78,7	36,1	60,7	19,7	59
Ergonomique et sécuritaire.	62,3	36,1	60,7	19,7	59
<b>Autres éléments</b>					
Trajectoire du patient conçue pour réduire les attentes et déplacements	68,9	27,9	49,2	31,1	52,5
Indications pour le patient	77	27,9	49,2	31,1	52,5
Planification des rendez-vous	57,4	29,5	41	21,3	39,3
Médicaments/matériel préparés à l'avance	70,5	24,6	36,1	32,8	34,4

Le Tableau 67 consiste en une représentation globale des résultats des tableaux 41 à 61, pour les éléments de la section « optimisation des ressources humaines » du questionnaire. Les résultats sont présentés de la même manière que ceux du Tableau 66.

**Tableau 67 : Résumé des résultats pour la section « optimisation des ressources humaines ».**

<b>Éléments de la section optimisation des ressources humaines</b>	<b>A (%)</b>	<b>B (%)</b>	<b>C (%)</b>	<b>D (%)</b>	<b>E (%)</b>
<b>Organisation du travail</b>					
Responsabilités et tâches clairement définies	96,7	63,9	93,4	4,9	95,1
Utilisation des compétences professionnelles	95,1	34,4	72,1	23	83,6
Pauses planifiées pour répondre à l'achalandage	80,3	37,7	65,6	13,1	63,9
Horaires planifiés pour répondre à l'achalandage	67,2	37,7	65,6	13,1	63,9
<b>Charge de travail permettant</b>					
Réponse rapide aux patients	85,2	39,3	72,1	13,1	75,4
Soins sécuritaires	85,2	39,3	72,1	13,1	75,4
Temps pour rédiger dossiers	85,2	39,3	72,1	13,1	75,4
Enseignement aux patients	83,6	39,3	72,1	13,1	75,4
Évaluation des patients	85,2	39,3	72,1	13,1	75,4
<b>Champ d'exercice professionnel</b>					
Ordonnances collectives effectives	75,4	36,1	63,9	14,7	65,6
Latitude du champ d'exercice professionnel	83,6	32,8	62,3	34,4	83,6
Latitude dans la séquence des soins	95,1	32,8	62,3	34,4	83,6
Développement de nouvelles compétences	77,1	13,1	67,2	26,2	67,2

Le Tableau 68 consiste en une représentation globale des résultats des tableaux 62 à 65 pour les éléments de la section « optimisation de l'environnement psychosocial du travail » (éléments 3.1 à 3.7) du questionnaire. Les résultats sont présentés de la même manière que ceux des Tableaux 66 et 67.

**Tableau 68 : Résumé des résultats pour la section « optimisation de l'environnement psychosocial du travail ».**

<b>Éléments de la section optimisation de l'environnement psychosociale du travail.</b>	<b>A (%)</b>	<b>B (%)</b>	<b>C (%)</b>	<b>D (%)</b>	<b>E (%)</b>
<b>Satisfaction des patients</b>					
Évaluation au moins une fois par trimestre	57,4	41	75,4	24,6	88,5
<b>Équipe</b>					
Soutien et de la collaboration	98,4	41	75,4	24,6	88,5
<b>Chef</b>					
Mécanisme de communication équipe/chef	85,2	41	75,4	24,6	88,5
Moyen concret pour informer l'équipe	83,6	41	75,4	24,6	88,5
Effectue suivi des commentaires des employés	85,2				
Manifeste de la reconnaissance envers l'équipe	96,7				
<b>Culture d'amélioration continue</b>					
Culture d'amélioration continue présente sur le département	85,2				

En plus de répondre aux 5 objectifs principaux de l'étude, les résultats obtenus permettent de voir, dans la colonne A des Tableaux 66, 67 et 68, quels éléments de l'organisation du travail sont les plus présents dans les projets *Lean* implantés sur les départements. Ainsi, les éléments les plus présents dans les projets (à plus de 95 %) concernent :

- le soutien et la collaboration dans l'équipe (98,4 %) (environnement psychosocial du travail);
- la manifestation de reconnaissance envers les membres de l'équipe par le chef de département (96,7 %) (environnement psychosocial du travail);



- la définition claire des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe (96,7 %) (optimisation des ressources humaines);
- la latitude dans la séquence des soins (95,1 %) (optimisation des ressources humaines);
- l'organisation du travail faisant en sorte que les infirmières utilisent leurs compétences professionnelles pour faire des tâches à valeur ajoutée (95,1 %) (optimisation des ressources humaines);
- l'aménagement du poste des infirmières de façon à clarifier l'emplacement du matériel et à rendre facilement accessibles les documents (95,1 %) (optimisation des processus).

Les éléments les plus traités dans les projet *Lean* semblent être assez dispersés parmi les trois angles de l'organisation du travail, ce qui démontre que les projets sont assez variés. Ce constat est une bonne chose, puisqu'il démontre que, bien que l'approche *Lean* tienne ses racines du milieu manufacturier, les projets n'axent pas seulement sur les processus, mais ils s'intéressent également aux ressources humaines et à l'environnement psychosocial du travail. Ils s'adaptent bien à la réalité des services hospitaliers.

Les éléments du *Lean* les moins présents dans les projets sont en gris dans la colonne A des Tableaux 66, 67 et 68 et concernent l'évaluation de la satisfaction des patients par un questionnaire (57,4 %) et la planification des rendez-vous dans le but d'assurer la fluidité de la trajectoire du patient et d'équilibrer la charge de travail (57,4 %).

Ces résultats sont surprenants, puisque le patient devrait être au cœur de l'approche *Lean* et la création de valeur pour celui-ci est considérée comme capitale (Liker, 2012).

Le deuxième objectif spécifique de la présente étude est de connaître le taux d'infirmières consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans l'approche *Lean*. Les résultats de la colonne B des Tableaux 66, 67 et 68 permettent l'atteinte de cet objectif et font ressortir que les infirmières sont peu consultées lors de l'implantation des projets *Lean*. En effet, même les éléments pour lesquels le plus de répondantes ont été consultées lors du déploiement de l'approche *Lean* sur leur département présentent un pourcentage bas :

- la définition claire des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe ( 63,9 %);
- l'aménagement du poste des infirmières de façon ergonomique et sécuritaire, de façon à réduire les déplacements, à clarifier l'emplacement du matériel et à rendre facilement accessibles les documents (47,5 %).

Ces résultats démontrent qu'outre la définition claire des responsabilités et tâches quotidiennes et l'aménagement du poste des infirmières, moins de 41 % des répondantes ont été consultées pour tous les autres éléments en lien avec l'organisation du travail, lors du déploiement de l'approche *Lean*. Cela va dans le même sens que les constats faits lors des changements dans le système de santé québécois, du fait que les infirmières

sont souvent les plus concernées mais les moins consultées (Castonguay, 2012; Lois Berry & Curry, 2012).

Les éléments pour lesquels les répondantes ont été le moins consultées (en gris dans la colonne B des tableaux 66, 67 et 68) sont ceux en lien avec le développement de nouvelles compétences pour les infirmières (13,1 %) et la préparation à l'avance de médicaments ou de matériel (24,6 %).

Or, le développement de nouvelles compétences et les pratiques professionnelles sont des principes de base de l'approche *Lean* (Liker, 2012), tel le fait de former des responsables qui maîtrisent parfaitement le travail (Tableau 1). Le développement de nouvelles compétences est également un des éléments capitaux de la profession infirmière (Duffield et al., 2011; Ouellet, Durand, & Maillé, 2011; Ouellet, 2012; Ouellet & Mukamurera, 2015). Il serait donc important que les infirmières soient davantage consultées en lien avec ces éléments. De plus, en ce qui a trait aux éléments en lien avec la préparation à l'avance de médicaments ou de matériel, bien qu'à première vue, le département de la pharmacie ou du magasin semblent les plus ciblés pour ces éléments, les infirmières sont celles qui administrent les médicaments et utilisent le matériel, il est donc étonnant qu'elles ne soient pas consultées en lien avec ces éléments.

Le troisième objectif spécifique de la présente étude est de connaître l'intérêt des infirmières à être consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans

l'approche *Lean*. Les résultats de la colonne C des Tableaux 66, 67 et 68 permettent de démontrer l'atteinte de cet objectif. Bien que les répondantes aient été peu consultées en lien avec les éléments de l'organisation de leur travail lors des projets, les résultats de cette étude démontrent l'intérêt des répondantes à être consultées en ce sens pour plusieurs éléments. Les éléments pour lesquels le plus de répondantes veulent être consultées concernent :

- la définition claire des responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe (93,4 %);
- l'aménagement du poste des infirmières de façon à réduire les déplacements, à clarifier l'emplacement du matériel, à rendre facilement accessibles les documents et de façon ergonomique et sécuritaire (78,7 %);
- l'évaluation de la satisfaction de la clientèle, le soutien et la collaboration dans l'équipe, l'instauration d'un mécanisme de communication équipe/chef et le moyen que prend le chef de département afin d'informer l'équipe des changements à venir (75,4 %).

Globalement, les éléments pour lesquels le plus de répondantes ont indiqué vouloir être consultées sont dispersées dans les différentes sections. Ces résultats démontrent que les infirmières, lorsqu'elles sont impliquées, sont intéressées à participer et à donner leur opinion en ce qui a trait aux différents éléments de l'organisation du travail abordés lors du déploiement des projets *Lean*.

En contrepartie, il y a certains éléments pour lesquels certaines répondantes ne désirent pas être consultées (en gris dans la colonne D des Tableaux 66, 67 et 68). Ces éléments sont en lien avec :

- la latitude dans le champs d'exercice professionnel et celle dans la séquence des soins (34,4 %);
- les médicaments ou le matériel qui peuvent être préparés à l'avance (32,8 %);
- la conception de la trajectoire du patient et la présence d'indications guidant ce dernier sur le département (31,1 %).

Le quatrième objectif de cette étude est de connaître les éléments de l'approche Lean qui favorisent la motivation et l'implication des infirmières dans leur travail. Les résultats de la colonne E des Tableaux 66, 67 et 68 permettent l'atteinte de cet objectif. Globalement, ce sont surtout les éléments des sections « optimisation des ressources humaines » et « optimisation de l'environnement psychosocial du travail » qui favorisent le plus la motivation et l'implication au travail des infirmières. Finalement, plusieurs éléments favorisent la motivation et l'implication au travail des répondantes. Ces éléments sont en gris dans la colonne E des tableaux 66,67 et 68 et touchent :

- la clarification des responsabilités et des tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe (95,1%);

- l'aménagement du poste des infirmières de façon ergonomique/sécuritaire, de façon à réduire les déplacements, à clarifier l'emplacement du matériel et à rendre facilement accessibles les documents (90,2 %);
- l'évaluation de la satisfaction de la clientèle par un questionnaire, le soutien/collaboration dans l'équipe, l'instauration d'un mécanisme de communication équipe/chef et le moyen que prend le chef de département afin d'informer l'équipe des changements à venir (88,5 %);
- l'organisation du travail faisant en sorte que les infirmières utilisent leurs compétences professionnelles pour faire des tâches à valeur ajoutée (83,6 %).

Bien que les répondantes aient indiqué ne pas vouloir être consultées en lien avec le fait d'avoir de la latitude dans le champs d'exercice professionnel et dans la séquence des soins, les résultats démontrent que ces éléments favorisent la motivation et l'implication au travail de 83,6 % des répondantes. En effet, tel que vu au chapitre trois, malgré le fait que les infirmières disposent d'outils et de lois définissant leur champ d'expertise, il est encore possible de remarquer, dans de nombreux milieux de soins, l'utilisation sous-optimale des compétences infirmières et une disparité notoire dans le déploiement et l'application de la loi 90 (FIQ, 2013, 2016). L'optimisation de l'utilisation des connaissances et des compétences infirmières est d'ailleurs un des objectifs actuels de l'OIIQ (Cavalière, 2014; OIIQ, 2012a, 2016b; Tremblay, 2013). Pour toutes ces raisons, il se peut que les infirmières

préfèrent ne pas être consultées ou se prononcer en lien avec ces éléments pour l'instant.

Le cinquième objectif spécifique de l'étude est de connaître la perception des infirmières face à l'utilité de l'approche Lean. Cet objectif a été atteint avec les résultats présentés aux Tableaux 13 à 19. Ces résultats révèlent que la perception des répondantes face à l'utilité de l'approche *Lean* est favorable (80 % des répondantes ont indiqué trouver l'approche très à énormément utile). D'ailleurs, près de 70 % des répondantes ont indiqué être très ou même énormément intéressées à participer à d'autres projets *Lean*. Tel que mentionné au chapitre précédent, ces résultats sont encourageants car ils permettent de supposer que la pérennité des projets pourrait être plus facilement assurée, vu l'intérêt des infirmières envers l'approche.

Finalement, les résultats de cette étude ont permis l'atteinte des cinq objectifs spécifiques de l'étude, qui étaient de connaître :

- les effets de l'approche *Lean* sur les processus de travail, sur les ressources humaines et sur l'environnement psychosocial du travail des infirmières;
- le taux d'infirmières consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans l'approche *Lean*;
- l'intérêt des infirmières à être consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans l'approche *Lean*;
- les éléments de l'approche *Lean* qui favorisent la motivation et l'implication des infirmières dans leur travail;

- la perception des infirmières face à l'utilité de l'approche *Lean*.

Cette étude a permis de démontrer que le *Lean* a un effet positif sur l'organisation du travail des infirmières. Ces dernières considèrent l'approche utile et désirent donner leur opinion en lien avec plusieurs éléments des ressources humaines, des processus de travail et de l'environnement psychologique du travail. De plus, les résultats obtenus par l'atteinte de ces objectifs pourront servir à mieux intégrer les infirmières dans les projets et à mieux adapter les projets à la réalité de ces dernières. L'atteinte de ces objectifs démontre que les infirmières sont peu consultées en lien avec les différents éléments des projets, malgré qu'elles soient les plus concernées par ceux-ci. Ce fait pourrait servir de levier afin que les infirmières prennent plus leur place dans les projets et demandent d'être davantage consultées en lien avec les éléments de l'organisation du travail. Ultiment, cela pourrait possiblement les emmener à faire avancer la profession infirmière et à prendre davantage leur place en lien avec d'autres enjeux plus politiques les concernant, tels le financement et l'accessibilité au système de santé (OIIQ 2012a, 2016a et 2016b; Tremblay, & Rheault, 2014).

## **6.2 Recommandations et suggestions afin de faciliter l'intégration des infirmières dans les projets de réorganisation de type *Lean***

Certaines recommandations peuvent être faites afin de faciliter l'intégration des infirmières dans les projets de réorganisation de type *Lean*.



### **6.2.1 Première recommandation : donner une formation en lien avec**

#### **l'approche *Lean* à toutes les infirmières.**

La présente étude a permis de constater que plus de 50 % des répondantes à l'étude n'ont pas eu de formation en lien avec l'approche *Lean*. Aussi, cette étude démontre que 73 % des répondantes ayant reçu une formation en lien avec le *Lean* se disent intéressées à participer à d'autres projets *Lean*, ce qui laisse croire que la formation a un impact sur l'intérêt des infirmières aux projets *Lean*. Les infirmières connaissent bien la réalité du travail et elles ont une influence sur le succès et la pérennité des projets. Pour ces raisons, une formation en lien avec l'approche *Lean* et la philosophie sous-jacente devient primordiale pour les infirmières et toutes les nouvelles infirmières formées sur le département, même après que le projet soit implanté. En effet, avec ces connaissances, elles seront plus à même de s'impliquer et comprendront mieux l'importance de l'amélioration continue. De plus, afin d'assurer la pérennité des projets au fil du temps, le transfert des connaissances par le biais de la formation doit être assuré, toujours dans une optique d'amélioration continue. Une façon d'assurer le transfert de connaissances serait de faire en sorte que ce soit une infirmière qui donne la formation. De cette façon, des exemples concrets pourraient être donnés, afin de faciliter la compréhension des infirmières et leur démontrer l'applicabilité des principes de l'approche *Lean* à leur réalité. De plus, puisque le *Lean* semble être l'approche d'amélioration préconisée par le ministère, il faudra nécessairement donner plus de formation aux infirmières.

### **6.2.2 Deuxième recommandation : Consulter davantage les infirmières en**

**lien avec les éléments des projets *Lean*.** Globalement, les infirmières sont tout particulièrement intéressées à être consultées pour les éléments concernant :

- la clarification des tâches quotidiennes et responsabilités des membres de l'équipe;
- l'aménagement du poste de infirmières;
- le travail d'équipe;
- les mécanismes de communication;
- les éléments en lien avec la charge de travail;
- l'utilisation adéquate des compétences.

Or, seulement 63,9 % des répondantes mentionnent avoir été consultées en lien avec les tâches et responsabilités. Pour tous les autres éléments de l'organisation du travail, moins de 50 % des répondantes mentionnent avoir été consultées. Tous ces éléments touchent directement le travail des infirmières, il est donc surprenant que ces dernières soient peu consultées en lien avec ceux-ci lors du déploiement des projets. Une façon de les consulter pourrait être, par exemple, par le biais d'un sondage ou d'une réunion afin qu'elles puissent donner leur opinion ouvertement si elles le désirent.

### **6.2.3 Troisième recommandation : Impliquer davantage les jeunes**

**infirmières dans les projets *Lean*.** La présente étude révèle que 73,3 % (voir Tableau 17) des répondantes de 15 ans et 11 mois et moins de pratique trouvent l'approche *Lean* très ou énormément utile. Or, les jeunes infirmières semblent peu impliquées dans les projets. En effet, plus de 62 % (Tableau 12) des répondantes de 15 ans et 11 mois et moins au sein de la profession infirmière ont répondu ne pas avoir participé à un événement *Kaizen*. Ces jeunes infirmières seront présentes dans le réseau pendant de nombreuses années, il serait avantageux de les intégrer dans les projets afin de les sensibiliser à l'approche pour qu'elles puissent s'impliquer dans les projets à venir et ainsi contribuer à leur pérennité. De plus, certaines de ces infirmières, puisqu'elles sont depuis peu de temps dans la profession, peuvent emmener de nouvelles idées ou façons de voir les choses. Finalement, le fait d'être plus impliquées dans les projets pourrait leur permettre de mieux comprendre leur rôle et le leadership qu'elles doivent exercer dans l'équipe de soins.

#### **6.2.4 Quatrième recommandation : Faire participer davantage les**

**infirmières aux événements *Kaizen*.** Les infirmières connaissent la réalité des milieux et savent ce qui doit être amélioré ou optimisé. En ce sens, elles devraient être emmenées à participer aux événements *Kaizen*. Pourtant, près de 40 % des répondantes n'ont pas participé à un événement *Kaizen*, ce qui est dommage, car ce type d'événement forme les employés à devenir des agents de changements. De plus, de participer à un événement *Kaizen* peut améliorer la vision que les infirmières ont de l'approche *Lean*. En effet, pour la présente étude, près de 90 % des répondantes ayant participé à un événement *Kaizen* trouvent l'approche *Lean* très utile ou énormément utile comparativement à 66% pour les répondantes n'ayant pas participé à un tel événement.

Près de 80 % des répondantes ayant participé à un événement *Kaizen* mentionnent être intéressées à participer à d'autres projets *Lean* dans le futur, comparativement à 54 % pour celles n'ayant pas participé à un *Kaizen*. Le fait d'avoir participé à un événement *Kaizen* semble augmenter l'intérêt des infirmières à vouloir participer à d'autres projets *Lean*. Ce type d'événements rend les participants proactifs et les transforme en agents de changements, il importe d'y faire participer un maximum d'infirmière.

**6.2.5 Cinquième recommandation : Promouvoir la transparence et la communication de l'information auprès des infirmières et de l'équipe de soins et mentionner les bons coups.** Une communication ouverte entre tous les membres d'une

organisation est considérée comme une forme de reconnaissance et une source d'information (Brun, 2003; Brun et Dugas, 2005; Dagenais-Desmarais et Privé, 2010). La communication renseigne les employés sur les orientations et le fonctionnement général de l'organisation. Lors de changements tel que l'instauration d'une nouvelle approche telle que le *Lean*, la communication est primordiale afin de faire le suivi des changements instaurés et d'assurer leur pérennité. Les employés auront d'ailleurs plus tendance à s'impliquer et se sentir concernés s'ils sont informés régulièrement. La communication peut se faire sous forme de réunions quotidiennes et/ou hebdomadaires, ce qui permet aux employés d'exprimer leurs sentiments, leurs insatisfactions (irritants) et leurs questionnements. Il est d'ailleurs prouvé que des employés qui ont l'occasion de s'exprimer auprès de leurs supérieurs ou de leurs collègues ont plus de chance d'être satisfaits et de ressentir du bien-être au travail (Dagenais-Desmarais, & Privé, 2010).

### **6.3 Limites de l'étude**

Cette étude a permis de mieux comprendre la perception des infirmières à l'égard de l'approche Lean et de ses effets sur l'organisation de leur travail. Les gestionnaires approchés ont fait preuve d'ouverture d'esprit et ils ont démontré de l'intérêt face à ce projet, ce qui a permis de rejoindre les infirmières répondant aux critères de l'inclusion, et de mener à terme l'étape de la collecte des données permettant d'atteindre les objectifs de l'étude. Le plus grand défi a été de trouver des infirmières répondant à tous

les critères d'inclusion, notamment en ce qui a trait au fait qu'elles devaient avoir travaillé sur le département avant et après qu'un projet *Lean* ait été déployé, pour pouvoir comparer adéquatement les éléments de l'organisation du travail avant et après celui-ci. Cet aspect a fait en sorte que le nombre de questionnaires répondus a été moins élevé que celui attendu (120 questionnaires ont été distribués, mais seulement 61 ont été complétés). Un élément aidant était le fait que la chercheuse fasse partie de la chaire IRISS, et puisse alors obtenir une liste de départements ayant implanté un projet *Lean*. Par contre, cela a également créé une limite à l'étude, en causant un haut taux de participation dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec comparativement à la région de la Capitale-Nationale. En effet, le fait que la chaire IRISS soit située dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec peut expliquer le nombre élevé de départements rejoints dans cette région. Bien que cette étude soit exploratoire, ses résultats pourraient être utilisés pour préciser la réflexion sur la perception des infirmières en lien avec l'approche *Lean*. Par exemple, il pourrait être intéressant de tenter de comprendre pourquoi les infirmières ne désirent pas être consultées en lien avec certains éléments de l'approche. De plus, une autre étude pourrait porter sur les effets du *Lean* sur le sentiment de leadership des infirmières. Aussi, une autre étude pourrait considérer les cinq facteurs d'influence du modèle : le contexte, la structure, la culture, le leadership et la complexité. Ces facteurs, qui n'ont pas été considérés dans la présente étude, aident à choisir les stratégies pouvant aider à la réussite des projets et à leur durée dans le temps (pérennité). Finalement, il pourrait être pertinent d'évaluer la pérennité/succès des projets *Lean* dans lequel les infirmières ont été impliquées selon les

recommandation de la présente étude comparativement à la pérennité de projets dans lesquelles ces recommandations n'ont pas été considérées.

#### **6.4 Retombées attendues.**

Les résultats de la présente étude permettront aux gestionnaires des milieux de soins de santé québécois de mieux comprendre la perception des infirmières à l'égard de l'approche *Lean* et d'être en mesure de favoriser la participation des infirmières dans les futurs projets. Elle permettra aussi à certains gestionnaires d'appuyer et de justifier l'importance d'impliquer les infirmières dans les décisions en lien avec certains éléments de l'approche *Lean* dans l'organisation de leur travail. À plus grande échelle, le fait de favoriser la participation des infirmières pourrait contribuer à la pérennité des projets *Lean* déployés dans le réseau, puisque les infirmières sont présentes dans tous les milieux de soins de santé et elles sont souvent une ressource centrale 24 heures sur 24, 365 jours par année. En effet, elles sont impliquées du début à la fin de l'épisode de soins, assurant ainsi la performance des services, de par leur impact, entre autres, sur la qualité et la sécurité des soins et services, la collaboration dans l'équipe et la satisfaction des patients, qui sont tous des indicateurs de performance (Dubois et al., 2015).

Par ailleurs, d'autres chercheurs pourront se baser sur les résultats de cette étude afin de mieux comprendre la perception des infirmières face à l'approche et explorer d'autres facettes de l'approche *Lean* en lien avec les infirmières.

Ultimement, ces résultats ouvrent la porte sur l'importance de considérer l'opinion des infirmières et leur permettre de prendre ainsi un peu plus la place qui leur revient. En effet, les infirmières sont les leaders tout indiquées pour les équipes de soins et les projets de réorganisation du travail (Johnson et al., 2012) de par leur vision globale du système, leur présence dans tous les milieux de soins et leur connaissance du patient. Le *Lean* est donc une occasion pour ces dernières de prendre leur place et de montrer l'impact significatif qu'elles peuvent avoir sur le fonctionnement des milieux de soins et, à plus grande échelle, du système de santé.



## **Conclusion**

La présente étude dresse un portrait de la perception des infirmières face aux effets de l'approche *Lean* sur l'organisation de leur travail. Au cours de ce projet, cinq objectifs ont été atteints et ont permis de connaître les effets de l'approche *Lean* sur les processus de travail, sur les ressources humaines et sur l'environnement psychosocial du travail des infirmières. De plus, il a été possible de connaître le taux d'infirmières consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans l'approche *Lean*, l'intérêt des infirmières à être consultées pour la mise en place de chacun des éléments traités dans l'approche *Lean*, les éléments de l'approche *Lean* qui favorisent la motivation et l'implication des infirmières dans leur travail et la perception des infirmières face à l'utilité de l'approche *Lean*. A travers l'atteinte de ces objectifs, il ressort que l'approche *Lean* a un effet favorable sur tous les éléments de l'organisation du travail d'un point de vue infirmière, que ce soit au niveau des processus de travail, des ressources humaines ou de l'environnement psychosocial du travail. De plus, il ressort aussi que les infirmières démontrent un plus grand intérêt à être impliquées dans les décisions en lien avec les éléments visant l'optimisation des ressources humaines. D'autre part, elles se démontrent moins intéressées à être impliquées dans les décisions en lien avec les éléments visant l'optimisation des processus de travail. En effet, les éléments liés aux ressources humaines touchent beaucoup plus la clarification des rôles, la communication dans l'équipe, l'utilisation optimale des compétences, la charge de travail et le champ d'exercice professionnel tandis que l'optimisation des processus touche plus les trajectoires de patients, les pertes de temps, les indicateurs de performance et l'aménagement des lieux physiques. En lien avec ces constats,

différentes recommandations ont été émises afin de favoriser l'implication des infirmières dans les projets *Lean*. Ces recommandations incluent le fait de donner une formation en lien avec l'approche *Lean* à toutes les infirmières avant de débiter un projet *Lean*, de consulter davantage les infirmières en lien avec les éléments pour lesquels elles aimeraient être consultées (selon les résultats de la présente étude), d'impliquer davantage les plus jeunes infirmières dans les projets *Lean*, de faire participer davantage d'infirmières aux événements *Kaizen*, de miser sur des objectifs/sujets de *Kaizen* plus en lien avec ce qui motive et favorise l'implication des infirmières au travail (selon les résultats de la présente étude) et les sensibiliser face à l'importance des objectifs touchant les processus de travail.

En plus de permettre de comprendre la perception des infirmières en lien avec l'approche *Lean*, la présente étude donne des recommandations et des suggestions afin de faciliter l'intégration des infirmières dans les projets. L'implication de celles-ci dans les projets doit devenir une priorité pour les milieux de soins du réseau, puisqu'elles connaissent la réalité des milieux et la vision du patient. Il est possible de croire qu'en les impliquant dans les projets, la pérennité de ces derniers sera mieux assurée et le déploiement d'une culture d'amélioration continue dans le réseau sera possible. Pour ce faire, l'organisation du travail et le déploiement de l'approche *Lean* dans le domaine de la santé doivent continuer à s'adapter aux réalités des différents milieux de soins. Ainsi, la recherche en sciences infirmières doit continuer à se pencher sur l'organisation du travail, afin de mettre de l'avant des pratiques de gestion basées sur des résultats probants, impliquant les infirmières et ayant pour objectif l'amélioration continue dans

les milieux de soins. En ce sens, l'approche *Lean* s'avère une philosophie inspirante pour le monde infirmier et le réseau de la santé.

## Références

- Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal. (2011). *Guide pour la promotion de milieux de travail sains dans les établissements de santé*. Montréal: Gouvernement du Québec.
- Aherne, J. et Whelton, J. (2010). *Applying lean in healthcare: a collection of international case studies*: New-York. CRC Press.
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). (2001). *Rapport technique. Évaluation de la performance des CSSS*. Université de Montréal.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D., Ten Asbroek, A., & Custers, T. (2003). *Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement*. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Barton, A. (2009). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. *Aorn Journal*, 90(4), 601-602. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.09.014>
- Baxter, S. K., & Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *Journal of interprofessional care*, 22(3), 239-251.
- Beaulieu, M. et Landry, S. (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien*. Montréal :Éditions JFD.
- Bédard, B., Benoît, D., & Viens, C. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Association des hôpitaux du Québec; 2005 :112.
- Benfield, C. B., Brummond, P., Lucarotti, A., Villarreal, M., Goodwin, A., Wonnacott, R., ... Heung, M. (2015). Applying lean principles to continuous renal replacement therapy processes. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 72(3), 218-223. <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp140257>
- Birk, S. (2012). Doing more with less: making the most of resources in a lean world. *Healthcare executive*, 27(3), 18-26.
- Blais, M.-C., Lagacé, D. & St-Pierre, L. (2009). *Le Lean au Centre Parents-Enfant du CHRTR : un début prometteur*. Communication présentée au 8<sup>e</sup> congrès international de génie industriel, Bagnères de Bigorre, France.
- Bougie, P. M., Cara, C., & Golden, I. H. (2008). Temps supplémentaire obligatoire. *Perspective infirmière*, 5 (8), 32-40.

- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., & Lower, A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental health in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 326-334.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Laliberté, D., Malenfant, R., Brisson, C., & Vézina, M. (1998). *La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*. Québec. Direction de la santé publique de Québec.
- Brackett, T., Comer, L., & Whichello, R. (2013). Do lean practices lead to more time at the bedside? *Journal For Healthcare Quality: Official Publication Of The National Association For Healthcare Quality*, 35(2), 7-14. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00169.x>
- Brown, J., Lewis, L., Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R., & Kasperski, M. J. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams—can it be resolved? *Journal of interprofessional care*, 25(1), 4-10. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2010.497750?journalCode=ijic20>
- Brun, J.P., Biron, C., Martel, J. & Ivers, H. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines (Rapport No. R-342)*. Montréal, Québec : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Brun, J.-P., & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail: analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, 30(2), 79-88.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., DesRoches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care: comparative perspectives. *Health Affairs*, 26(3), 853-862.
- Burke, T. A., McKee, J. R., Wilson, H. C., Donahue, R. M., Batenhorst, A. S., & Pathak, D. S. (2000). A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement. *Journal of nursing administration*, 30(3), 118-125.
- Castonguay, C. (2012). *Santé: l'heure des choix*. Montréal : Boréal.
- Castonguay, J., & Montmarquette, C. (2012). La santé au Québec, insuffisance de ressources ou organisation déficiente? Dans L. Godbout, M. Joanis et N. de Marcellis-Warin (dir.). *Le Québec économique 2011*, (p. 97-124). Récupéré du site Le Québec économique : <http://qe.cirano.qc.ca/>

- Cavalière, R. (2014). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts (1<sup>ère</sup> éd.)* (mémoire, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal). Récupéré du site de l'OIIQ : <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/optimiser-la-contribution-des-infirmieres-et-infirmiers-pour-ameliorer-lacce>
- Cazabat, S., Barthe, B., & Cascino, N. (2008). Charge de travail et stress professionnel: deux facettes d'une même réalité?. Étude exploratoire dans un service de gérontologie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (PISTES)*, 10 (1). <http://pistes.revues.org/2159>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle EGIPSS, Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé: rapport technique*: Montréal: GRIS, Université de Montréal : <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N05-02.pdf>
- Charron-Latour, J. (2014). *Facteurs clés d'une démarche d'amélioration continue durable dans les établissements de santé du Québec* (Mémoire de maîtrise, École Polytechnique de Montréal). <https://publications.polymtl.ca/1552/>
- Comptois, J., Paris, Y., Poder, T., & Chaussé, S. (2013). L'approche Kaizen au Centre Universitaire de Sherbrooke (CHUS): Un avantage organisationnel significatif. *Santé Publique*, 25 (2), 169-177.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199.
- Centre de Santé et de services sociaux de Trois-Rivières, (2010). *Succès de l'optimisation de l'urgence au CSSS de Trois-Rivières*. [en ligne] Repéré à: [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1165/F571224510\\_Optimisation\\_urgence\\_communique\\_.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1165/F571224510_Optimisation_urgence_communique_.pdf)
- CvPAC. (2016). Portail eformation-santé. Page consultée à <http://liferay.cess-labs.com/web/cvp-amelioration-continue/accueil>
- Dagenais-Desmarais, V., & Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail? *Gestion*, 35(3), 69-77.
- Dagenais, M. (2012). *Analyse exploratoire des impacts et des facteurs de succès de l'implantation de l'approche Lean dans deux centres hospitaliers universitaires québécois* (Mémoire de maîtrise, École Polytechnique de Montréal). <https://publications.polymtl.ca/803/>



- De Souza, L. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in health services*, 22(2), 121-139.
- De Souza, L., et Pidd, M. (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management*, 31(1), 59-66.
- Deblois, S., & Lepanto, L. (2013). Implantation et effets du lean et du six sigma en milieu de soins aigus. *Montréal: Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (DETMIS)*. Centre hospitalier de l'Université de Montréal.
- DelliFraine, J. L., Langabeer, J. R., & Nembhard, I. M. (2010). Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry. *Quality Management in Healthcare*, 19(3), 211-225.
- Desrosiers, G., Langlois, P.-É., & Salette, H. (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients: une priorité mondiale* (Mémoire, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)). <https://www.sidiief.org/actions/qualite-des-soins-et-securite-des-patients/>
- Dickson, E. W., Singh, S., Cheung, D. S., Wyatt, C. C., & Nugent, A. S. (2009). Application of lean manufacturing techniques in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*, 37(2), 177-182.
- Dionne, S., & Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 199-223.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., Mathieu, L. (2015). Indicateurs prioritaires pour évaluer la contribution infirmière à la qualité des soins : revue systématique des écrits. Montréal: : SIDIIEF
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Pomey, M.-P., Girard, F., & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC nursing*, 12(7). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-7>
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244-255.
- Durand, S., Thibault, C., Brodeur, J., Laflamme, F., & D'Anjou, H. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal: OIIQ.

- El-Jardali, F., Dimassi, H., Dumit, N., Jamal, D., & Mouro, G. (2009). A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. *BMC nursing*, 8(3). <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-8-3>
- Estryn-Behar, M., Négri, J.-F., & Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, Déontologie & Soins*, 7(3), 308-327.
- Filion-Côté, M. (2014). *Les conceptions et préférences des infirmières quant aux modalités de l'organisation de leur travail* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11263>
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in health services*, 20(4), 231-241.
- Fine, B. A., Golden, B., Hannam, R., & Morra, D. (2009). Leading lean: a Canadian healthcare leader's guide. *Healthcare Quarterly*, 12(3), 32-41.
- FIQ. (2011). *Des modèles de gestion à connaître: Lean, Six Sigma et Lean Six Sigma*. Organisation du travail. Montréal. <http://ancien.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2013-fascicule-tot-6-lean-fr.pdf>
- FIQ. (2013). *Miser davantage sur l'expertise des professionnelles en soins. Le blogue de la présidente*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contents/blogue/miser-davantage-sur-lexpertise-des-professionnelles-en-soins.html>
- FIQ. (2014). *Projet de loi 10 : prélude d'un démantèlement annoncé*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contents/communiqués/projet-de-loi-n-10-prelude-a-un-demantelement-annonce.html>
- FIQ. (2016). *Loi 90 et collaboration: Les fondements de la pratique professionnelle*. *FIQ en action*, 29(3), 6.
- FIQ (2016). Une étude confirme le ras-le-bol des infirmières. *FIQ en action*, 29(2), 1-3.
- Fried, B., & Fottler, M. D. (2011). *Fundamentals of human resources in healthcare*. Chicago: Health Administration Press.
- Gascon, V., Baril, C., Bélanger M., Hébert K., Lagacé D. et St-Pierre L. (2009) *Analyse du processus de prélèvement dans un centre hospitalier*. Actes de la 5e conférence francophone du GISEH 2010 (Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers), septembre, Clermont-Ferrand, France.

- Gosselin, É. & St-Pierre, L. (2014). *Optimisation du travail infirmier en centre de réadaptation en toxicomanie*, Actes de la 7<sup>e</sup> conférence francophone du GISEH 2014 (Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers), Liège, Belgique.
- Grove, S. K., Sutherland, S., & Gray, J. (2014). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (7<sup>e</sup> éd.)*. St-Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Hawthorne, H. C., 3<sup>rd</sup>, & Masterson, D. J. (2013). Lean health care. *North Carolina Medical Journal*, 74(2), 133-136.
- Holden, R. J., Eriksson, A., Andreasson, J., Williamsson, A., & Dellve, L. (2015). Healthcare workers' perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. *Applied ergonomics*, 47, 181-192.
- Huggins, E. (2010). Lean Methodology: Supporting Battlefield Medical Fitness by Cutting Process Waste. *Journal for Healthcare Quality*, 32(4), 39-49.
- IOM. (2011). *Institute of Medicine . The future of nursing: Leading change, advancing health*: National Academies Press, Washington, DC.
- Johnson, J. E., Smith, A. L., & Mastro, K. A. (2012). From Toyota to the bedside: nurses can lead the lean way in health care reform. *Nursing administration quarterly*, 36(3), 234-242.
- Kaplan, G. S. (2013). Pursuing the perfect patient experience. *Frontiers of health services management*, 29(3), 16-27.
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., & Billi, J. E. (2009). Creating value in health care: the case for lean thinking. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(12), 557-562.
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world- class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199.
- Kramer, M., Maguire, P., & Brewer, B. B. (2011). Clinical nurses in Magnet hospitals confirm productive, healthy unit work environments. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 5-17.
- Kurtzman, E. T., & Jennings, B. M. (2008). Trends in transparency: nursing performance measurement and reporting. *Journal of nursing administration*, 38(7/8), 349-354.

- Kutney-Lee, A., Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Quinn, L. W., & Aiken, L. H. (2015). Changes in patient and nurse outcomes associated with Magnet hospital recognition. *Medical care*, 53(6), 550.
- L'heureux, F. (2010). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers: le rôle des valeurs d'autonomie . *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 312-325.
- Labonne, R. (2008). Des représentants japonais de Fujitsu viennent constater les résultats de l'optimisation du bloc opératoire. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de [http://www.csssvo.qc.ca/documents/visitejaponaishopitaldevaldor\\_000.pdf](http://www.csssvo.qc.ca/documents/visitejaponaishopitaldevaldor_000.pdf)
- Lacoursière, A. (2009). Urgences: Montréal sur la bonne voie, *La Presse*. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/200901/07/01-815645-urgences-montreal-sur-la-bonne-voie.php>
- Lagacé, d., & Desmeules, S. (2014). *les facteurs influençant la pérennisation des résultats obtenus lors de projets lean dans le domaine de la santé*, Québec.
- Laganière, J. (2012). La méthode Toyota fait ses preuves, une fois de plus, *TVA nouvelles*. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de <http://www.tvanouvelles.ca/2012/02/10/la-methode-toyota-fait-ses-preuves-une-fois-de-plus>
- Lamarche, P. (2011). Comment va le système de santé québécois. *Revue Vie Économique*, 3 (1). <http://www.eve.coop/?a=115>
- Lavelle, J., Schast, A., & Keren, R. (2015). Standardizing Care Processes and Improving Quality Using Pathways and Continuous Quality Improvement. *Current Treatment Options in Pediatrics*, 1(4), 347-358.
- Lavoie- Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vézina, M., Durand, P. J., & Rochette, L. (2005). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 655-664.
- Lavoie- Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New- Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Le Beau, G. (2005). Organisation des soins, des services et du travail: une avancée remarquable. *Objectif prévention*, 28(2), 10-11.

- Leprohon, J., Lessard, L.-M., & Lévesque-Barbès, H. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière: compétences initiales*, 2<sup>e</sup> éd., Montréal: OIIQ.
- Les Affaires, (2013). La méthode Lean gagne les hôpitaux. [en ligne] Repéré à: <http://www.lesaffaires.com/archives/generale/la-methode-lean-gagne-les-hopitaux/555318>.
- Les Affaires, (2017). Les hôpitaux québécois découvrent les vertus de la production allégée. [en ligne] Repéré à: <http://www.lesaffaires.com/strategie-d-entreprise/management/les-hopitaux-quebecois-decouvrent-les-vertus-de-la-production-allee/508689>
- Les Affaires, (2010 a). L'hôpital de Hull diminue ses erreurs de stérilisation de 87 %. [en ligne] Repéré à: <http://www.lesaffaires.com/strategie-d-entreprise/management/l-hopital-de-hull-diminue-ses-erreurs-de-sterilisation-de-87-/509998>
- Lessard, S. (2010). 1<sup>ere</sup> urgence vraiment Lean. *Le Nouvelliste*. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de <http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/actualites/201004/30/01-4275727-1ere-urgence-du-quebec-vraiment-lean.php>
- Liker, J. (2012). *Le modèle Toyota: 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Paris: Pearson Education France.
- Lingarajam, S., Murray, D., Carle, A., Kirsa, S. W., Paterson, R., & Rischin, D. (2013). Developing a performance data suite to facilitate lean improvement in a chemotherapy day unit. *Journal Of Oncology Practice / American Society Of Clinical Oncology*, 9(4), 115-121. <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2012.000755>
- Lois Berry, I., & Curry, P. (2012). Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Ottawa, Ont. : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2012.
- Loiselle, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*: Montréal : ERPI.
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International journal of nursing studies*, 42(2), 211-227.
- Maldoff, J. (2014). *La gestion des processus d'affaires pour l'industrie des soins de santé*. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de <http://intellera.com/blog/fr/la-gestion-des-processus-daffaires-pour-lindustrie-des-soins-de-sante/>

- Marleau, D. (2016). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2015-2016*. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), Montréal.
- Martin, P. (2015). Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier: une étude exploratoire auprès d'infirmières québécoises politiquement engagées. *FIQ : En action*, 29 (2), 1. <http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2016/03/fiq-en-action-mars-2016-fr.pdf?download=1>
- Mazzocato, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M., & Thor, J. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12, 28-28. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-28>
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality & Safety In Health Care*, 19(5), 376-382.
- Mazzocato, P., Thor, J., Bäckman, U., Brommels, M., Carlsson, J., Jonsson, F., Hagmar, M & Savage, C. (2014). Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *Journal of health organization and management*, 28(2), 266-288.
- Morin, E. M., & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail: donner un sens au travail. *Gestion*, 32(2), 31-36.
- MSSS. (2010). *Plan stratégique: 2010-2015. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001240/>.
- MSSS. (2015a). *Rapport annuel de gestion 2014-2015. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Consulté le 10 juillet 2016, tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-102-01W.pdf>
- MSSS. (2015b). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2010-2015*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000295/>
- MSSS. (2015c). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2015: résultats et analyse*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/publications/type/rapports-dappreciation-de-la-performance.html>

- MSSS. (2016). *Lean santé*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/lean-sante/>
- Nelson-Peterson, D. L., & Leppa, C. J. (2007). Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. *Journal of nursing administration*, 37(6), 287-294.
- Newell, T. L., Steinmetz-Malato, L. L., & Van Dyke, D. L. (2011). Applying Toyota production system techniques for medication delivery: improving hospital safety and efficiency. *Journal For Healthcare Quality: Official Publication Of The National Association For Healthcare Quality*, 33(2), 15-22.
- OIIQ. (2012a). *À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté?* (Mémoire, OIIQ). <https://www.oiiq.org/sites/default/files/memoire-aiic-370MA.pdf>
- OIIQ. (2012b). *Projets de réorganisation des soins de type "Lean santé": Position de l'OIIQ*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de [https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/lean\\_positionOIIQ-2012-12-19.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/lean_positionOIIQ-2012-12-19.pdf)
- OIIQ. (2015). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2014-2015*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/portrait-sommaire-de-l-effectif-infirmier-du-quebec-2014-2015>
- OIIQ. (2016a). *Champ d'exercice et activités réservées*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
- OIIQ. (2016b). *Le panier de services assurés: un défi d'équité* (Mémoire, OIIQ). <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/memoire-le-panier-de-services-assures-un-defi-dequite>
- Ouellet, J. (2012). *Le rapport à la formation infirmière continue chez des infirmières en soutien à domicile* (Mémoire de maîtrise inédit., Université de Sherbrooke). <http://www.crifpe.ca/publications/view/13630>
- Ouellet, J., Durand, S., Maillé, M. et Thibeault, C. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec*. Québec : OIIQ. <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/la-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-quebec>

- Ouellet, J., & Mukamurera, J. (2015). La formation continue d'infirmières de soins à domicile: retombées perçues au regard de l'amélioration de la qualité des soins aux aînés. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière*, 1(3), 6. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1051>
- Pelchat, P. (2011). Urgence de St-François d'Assise: «On ne gère plus de crise». *Le Soleil*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201110/06/01-4454994-urgence-de-st-francois-dassise-on-ne-gere-plus-de-crise.php>
- Phaneuf, M. (2017). L 'approche « Lean » entre louanges et questionnements. [Billet de blog] Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.prendresoin.org/?p=2804> le 23 février 2017.
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: literature review. *Quality Management In Health Care*, 19(4), 319-329. <http://dx.doi.org/10.1097/QMH.0b013e3181fa07bb>
- Porter, A., Bernard, P., Taylor, D., & Luallen, G. (2003). Straight talk--new approaches in healthcare. The performance improvement equation: quality care+ efficient care= profitable care. *Modern healthcare*, 33(5), 37-40.
- Priest, A. (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières: Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada: Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*. Récupéré sur le site de la fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : <http://www.cwhn.ca/fr/node/27749>
- Projet de loi n°10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. (2015).
- Quenneville, A., Clavet, M., & Dubé, F. (2008). L'évolution récente du système de santé et de services sociaux: étapes et enjeux. *Santé, Société et Solidarité*, 7(2), 53-60.
- Radnor, Z. (2011). Implementing Lean in Health Care: Making the link between the approach, readiness and sustainability. *International Journal of Industrial Engineering and Management (IJIEM)*, 2 (1), 1-12. <http://www.ftn.uns.ac.rs/ijiem/>
- Rapin, J., D'Amour, D., & Dubois, C.-A. (2015). Indicators for Evaluating the Performance and Quality of Care of Ambulatory Care Nurses. *Nursing Research And Practice*, 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/861239>



- Rhéaume, A., LeBel, N., & Gautreau, G. (2008). L'intention de demeurer en poste chez les nouvelles infirmières diplômées du Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 169-197.
- Richard, M.-C., Maltais, D., Bourque, D., Savard, S., & Tremblay, M. (2007). La fusion des établissements de santé et de services sociaux: Recension des écrits sur ses enjeux et ses impacts. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 151-164.
- Samson, C. (2009). La méthode Toyota est déjà dans nos hôpitaux. *Le Soleil*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/200901/25/01-820772-la-methode-toyota-est-deja-dans-nos-hopitaux.php>
- Sebai, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories? *Santé Publique*, 27(3), 395-403. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-3-page-395.htm>.
- Serembus, J. F., Meloy, F., & Posmontier, B. (2012). Learning from business: incorporating the Toyota Production System into nursing curricula. *The Nursing Clinics Of North America*, 47(4), 503-516. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2012.07.005>
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S., Bremond, M. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11(1), 24-41. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/095148489801100106>
- Spear, S. J. (2005). Fixing health care from the inside, today. *Harvard business review*(83), 78-91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16171213>
- St-Onge, S., Guerrero, S., Haines, V., & Brun, J. (2013). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines (4e ed)*. Québec, Canada.
- St-Pierre, L., Leblanc, M., Hébert, K., Bélanger, M., & Gauthier, C. (2009). *Étude portant sur la charge de travail, la satisfaction et le stress au travail des infirmières et travail d'équipe sur cinq unités Centre hospitalier régional de Trois-Rivières*, rapport présenté au CHRTR.
- St-Pierre, L., Lagacé, D., Leblanc, M. & Bélanger, M. (2010). *Optimisation de la trajectoire des patients en attente d'hébergement*. Actes de la 5ième conférence francophone du GISEH 2010 (Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers), septembre, Clermont-Ferrand, France.

- St-Pierre, L., & M. Leblanc, M. (2012). *Optimisation du travail infirmier en soutien à domicile au Québec*. Actes de la 6e conférence francophone du GISEH 2012 (Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers), septembre, Québec, Canada.
- St-Pierre, L., Mathon, H. & Leblanc, M. (2008). *Organisation, charge de travail et satisfaction au travail des infirmières dans un centre parents-enfant*. Actes de la 4ième conférence francophone du GISEH 2010 (Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers), septembre, Lausanne, Suisse
- St-Pierre, L., Leblanc, M. & Lagacé, D. (2007). *Relation entre la charge de travail des infirmières à l'urgence et la satisfaction et le stress au travail*. 7<sup>e</sup> Congrès international de génie industriel, 5-8 juin 2007, Trois-Rivières, Québec.
- St-Pierre, L., Leblanc, M. & Beaudet, J. (2012). *Optimisation de l'organisation du travail à l'unité de courte durée gériatrique du Centre de santé et de services sociaux Arthabaska Érable (CSSSAE)*. Rapport présenté au CSSSAE.
- St-Pierre, L. & M. Leblanc (2011). *Réorganisation du travail à l'unité de psychiatrie en utilisant la méthode lean, au Centre de santé et de services sociaux Arthabaska et de l'Érable (CASSAE)*. Rapport présenté au CASSAE.
- Toussaint, J. (2009). Writing the new playbook for US health care: lessons from Wisconsin. *Health Affairs*, 28(5), 1343-1350. <http://content.healthaffairs.org/content/28/5/1343>
- Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013). The promise of Lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(1), 74-82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
- Tremblay, D. (2012). *Méthode Lean à l'hôpital: Des résultats concluants*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.journaldequebec.com/2012/12/20/des-resultats-concluants>
- Tremblay, L. (2013). Une profession infirmière forte pour une première ligne en santé. *Infoiiq : votre portail d'actualité*. <http://www.infoiiq.org/editorial-de-la-presidente/une-profession-infirmiere-forte-pour-une-premiere-ligne-en-sante>
- Tremblay, L., & Rheault, A. (2014). Plaidoyer Pour Une amélioration du système de santé québécois. *Healthcare Management Forum*, 27 (4), 152-155. <https://doi.org/10.1016/j.hcmf.2014.08.010>
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A. P., & Hopkinson, S. (2010). A comparison of working conditions among nurses in Magnet® and non-Magnet® hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 309-315.

- Tucker, A. L., & Spear, S. J. (2006). Operational failures and interruptions in hospital nursing. *Health services research, 41*(3), 643-662.
- Viens, C., Leclerc, M. M., & Lavoie-Tremblay, M. (2002). *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*: Cap-Rouge, Québec: Presses inter universitaires.
- Villeneuve, J. (2012). Une avancée dans le secteur de la santé et des services sociaux. *Objectif prévention, 35*(3), 16-17.
- Voyer, P. (2015). *Conférence de Philippe Voyer : Prendre sa place pour prendre soin ensemble*. [Vidéo] Récupéré de <http://www.infoiiq.org/audio-video/evenements/video-conference-de-philippe-voyer-prendre-sa-place-pour-prendre-soin>
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M., Bérubé, L., Côté, S., A, C., Tremblay, S. (2016). Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières. *Perspectives infirmières, 13*(3), 45-50.
- Wolf, L., Costantinou, E., Limbaugh, C., Rensing, K., Gabbart, P., & Matt, P. (2013). Fall prevention for inpatient oncology using lean and rapid improvement event techniques. *Health Environments Research & Design Journal (HERD), 7*(1), 85-101. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/193758671300700108>
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2010). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New-York: Simon and Schuster.
- Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1990). *Machine that changed the world*. New-York: Simon and Schuster.
- Woodbury, P., & Mercier, J. (2011). Méthode Toyota » au bloc opératoire. *Le droit*. Consulté le 11 juillet 2016, tiré de <http://www.lapresse.ca/le-droit/actualites/ville-de-gatineau/201104/04/01-4386454-methode-toyota-au-bloc-operatoire.php>
- Wright, S., & McSherry, W. (2014). Evaluating the Productive Ward at an acute NHS trust: experiences and implications of releasing time to care. *Journal Of Clinical Nursing, 23*(13-14), 1866-1876. <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12435>

## **Annexes**

### Annexe A : Diminutions possibles suite à l'implantation de l'approche Lean

Réductions	Références dans le monde	Références au Québec
Coûts	(Aherne & Whelton, 2010; Comptois et al., 2013; De Souza & Pidd, 2011; DelliFraine, Langabeer, & Nembhard, 2010; Fillingham, 2007; Fine et al., 2009; Hawthorne & Masterson, 2013; Huggins, 2010; Kaplan, 2013; Kim et al., 2006; Lingaratnam et al., 2013; Mazzocato et al., 2012; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Radnor, 2011; Spear, 2005; Toussaint, 2009; Toussaint & Berry, 2013; Villeneuve, 2012; Wolf et al., 2013; Woodbury & Mercier, 2011)	(Les affaires, 2013; Comptois et al., 2013; Villeneuve, 2012; Woodbury & Mercier, 2011)
Temps d'attente pour les patients	(CSSSTR, 2010; De Souza & Pidd, 2011; DelliFraine et al., 2010; Fillingham, 2007; Fine et al., 2009; Hawthorne & Masterson, 2013; Kaplan, 2013; Lingaratnam et al., 2013; Mazzocato et al., 2012; Poksinska, 2010; Radnor, 2011; Woodbury & Mercier, 2011)	(Les affaires, 2010a; Labonne, 2008; Lacoursière, 2009; Laganière, 2012; Lessard, 2010; Pelchat, 2011; Tremblay, 2012; Woodbury & Mercier, 2011)
Temps d'attente pour le personnel	(Newell et al., 2011)	
Erreurs et accidents	(Comptois et al., 2013; DelliFraine et al., 2010; Kim et al., 2006; Mazzocato et al., 2012; Poksinska, 2010; Radnor, 2011)	(Comptois et al., 2013; Les affaires, 2010a)
Inventaires	(Comptois et al., 2013; Poksinska, 2010; Wright & McSherry, 2014)	(Comptois et al., 2013)
Infections	(Kim et al., 2006; Radnor, 2011)	
Déplacements et nombre de pas effectués par les employés	(Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Poksinska, 2010; Villeneuve, 2012)	(Les affaires, 2010b; Villeneuve, 2012)
Heures supplémentaires	(Kaplan, 2013; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Poksinska, 2010)	(Les affaires, 2013; Comptois et al., 2013; Pelchat, 2011)
Absentéisme des employés		(Villeneuve, 2012)
Plaintes de patients		(Samson, 2009)

### Annexe B : Améliorations possibles suite à l'implantation de l'approche Lean

Améliorations	Références	Références au Québec
Processus et flux	(Benfield et al., 2015; Birk, 2012; De Souza, 2009; De Souza & Pidd, 2011; DelliFraine et al., 2010; Huggins, 2010; Kim et al., 2009; Kim et al., 2006; Mazzocato et al., 2012; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Spear, 2005; Toussaint, 2009; Toussaint & Berry, 2013; Tremblay, 2012; Wright & McSherry, 2014)	(Les affaires, 2010a, 2010b; Labonne, 2008; Lacoursière, 2009; Laganière, 2012; Pelchat, 2011; Samson, 2009; Tremblay, 2012; Woodbury & Mercier, 2011)
Satisfactions des patients	(Aherne & Whelton, 2010; Lingaratnam et al., 2013; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Newell et al., 2011; Poksinska, 2010; Toussaint, 2009; Villeneuve, 2012; Wright & McSherry, 2014)	(Lessard, 2010)
Qualité des soins	(Aherne & Whelton, 2010; Fine et al., 2009; Hawthorne & Masterson, 2013; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Spear, 2005; Toussaint, 2009)	(Les affaires, 2013; Labonne, 2008)
Sécurité des soins	(Fine et al., 2009; Kim et al., 2006; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Newell et al., 2011; Spear, 2005; Wolf et al., 2013)	
Satisfaction du personnel	(Aherne & Whelton, 2010; CSSSTR, 2010; Benfield et al., 2015; Birk, 2012; Fillingham, 2007; Nelson-Peterson & Leppa, 2007; Newell et al., 2011; Poksinska, 2010)	(Les affaires, 2010a; Lessard, 2010)
Productivité	(CSSSTR, 2010; Fillingham, 2007; Kaplan, 2013; Kim et al., 2006; Spear, 2005; Tremblay, 2012; Woodbury & Mercier, 2011)	(Les affaires, 2013; Les affaires, 2010a; Laganière, 2012; Lessard, 2010; Tremblay, 2012; Woodbury & Mercier, 2011)
Quantité de patients traités	(Fine et al., 2009; Poksinska, 2010)	(Laganière, 2012; Lessard, 2010; Tremblay, 2012; Woodbury & Mercier, 2011)
Ambiance de travail	(CSSSTR, 2010; Comptois et al., 2013; Poksinska, 2010; Villeneuve, 2012)	(Lessard, 2010; Tremblay, 2012)
Motivation du personnel au travail	(Aherne & Whelton, 2010; Fillingham, 2007; Hawthorne & Masterson, 2013; Radnor, 2011; Wright & McSherry, 2014)	(Les affaires, 2010b)

Coopération des patients	(Hawthorne & Masterson, 2013)	
Travail multidisciplinaire	(Fillingham, 2007)	(Laganière, 2012; Tremblay, 2012)
Temps au chevet du patient	(Brackett, Comer, & Whichello, 2013; Johnson et al., 2012; Wright & McSherry, 2014)	(Labonne, 2008)

**Annexe C: Résumé d'études traitant des infirmières et du *Lean* dans la littérature**

Référence	Sujet abordés	Conclusions de l'étude
<p><u>From Toyota to the bedside : Nurses can lean the Lean way in healthcare reform</u> (Johnson et al., 2012)</p>	<p>-Leadership des infirmières dans 2 projets <i>Lean</i>.</p> <p>-Possibilité pour les infirmières de rehausser leur image et de prendre leur place avec le <i>Lean</i></p> <p>-Formation infirmière</p>	<p>-Pour une infirmière, le rôle de leader dans la transformation <i>Lean</i> est naturel, car elles sont habituées de gérer des équipes, ont une vision globale, sont celles qui connaissent le mieux les patients, et ont la capacité de voir le système selon la vision du patient.</p> <p>-Le <i>Lean</i> est une occasion pour les infirmières de prendre leur place et montrer qu'elles n'ont pas qu'un rôle d'exécutantes, qu'elles peuvent avoir un impact significatif sur le fonctionnement du système de santé. Le <i>Lean</i> aide l'infirmière à retrouver son rôle de leader.</p> <p>-La formation infirmière doit changer afin de donner aux infirmières des connaissances sur le développement des organisations, sur l'amélioration de la qualité, sur la gestion des inventaires, sur la chaîne de valeur, la complexité, l'innovation et la négociation, afin d'être en mesure d'encore mieux chapeauter des projets <i>Lean</i>.</p>
<p><u>Learning from business : incorporating the Toyota Production System into nursing curricula</u> (Serembus, Meloy, &amp; Posmontier, 2012)</p>	<p>-Formation infirmière</p>	<p>-Drexel University est la première institution académique à incorporer les principes de la méthode Toyota à la formation infirmière. L'article décrit ce phénomène.</p> <p>-Les principes et la philosophie inhérente à la méthode Toyota peuvent facilement être adaptés et donner une base afin d'aborder les défis actuels de la formation infirmière et de réduire l'écart entre la théorie et la pratique.</p>
<p><u>Creating an Environment for Caring Using Lean Principles of the</u></p>	<p>-Résistance aux changements/inquiétudes.</p>	<p>-Peur initiale d'une méthode provenant du secteur manufacturier, puis feedback très positif après adaptation des infirmières.</p> <p>-Moins de fatigue à la fin du quart de travail, satisfaction augmentée face à la pratique</p>



<p><u>Virginia Mason Production System.</u> (Nelson-Peterson &amp; Leppa, 2007)</p>	<p>-Satisfaction au travail des infirmières</p> <p>-Qualité des soins.</p> <p>-Satisfaction des patients.</p>	<p>et l'organisation des soins.</p> <p>-Plus de temps au chevet des patients, diminution du nombre de chutes et de plaies de pression, diminution significative du nombre de patients utilisant la cloche d'appel.</p> <p>-Amélioration globale de la satisfaction des patients.</p>
<p><u>How does lean work in emergency care?</u> <u>A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden</u> (Mazzocato et al., 2012)</p>	<p>-Rôles et responsabilités</p> <p>-Communication et coordination entre professionnels</p> <p>-Frustrations et vitesse des changements</p>	<p>-Le <i>Lean</i> a aidé à clarifier les rôles et responsabilités des professionnels et à réduire l'ambiguïté et les variations dans les façons de faire. Chaque personne sait ce qu'elle a à faire et le travail ne se fait pas en double.</p> <p>-Les médecins savent exactement à quelle infirmière ils doivent s'adresser. Et les infirmières savent où retrouver le médecin avec qui elles travaillent.</p> <p>-Certaines personnes trouvaient qu'elles n'avaient pas beaucoup leur mot à dire et qu'il y avait beaucoup de changements trop rapidement, sans que tout le monde ait le temps d'en être avisé.</p>
<p><u>Evaluating the Productive Ward at an acute NHS trust: experiences</u> (Wright &amp; McSherry, 2014)</p>	<p>-Estime personnelle</p> <p>-Présence au chevet du patient</p>	<p>-Fierté de pouvoir faire une différence dans l'environnement de travail comme infirmière.</p> <p>-Le fait que tout soit mieux organisé et planifié permet de répondre plus rapidement au patient.</p>

## Annexe D : Questionnaire distribué aux répondantes



### Analyse exploratoire des facteurs influençant l'implication des infirmières dans les projets d'amélioration de types « Lean » au Québec.

Ce sondage est réalisé dans le cadre du projet de maîtrise en sciences infirmières de Joannie Leblanc. Nous vous remercions de vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Les informations recueillies grâce à ce dernier sont anonymes et seront traitées de façon confidentielle. Certaines données pourraient être utilisées pour des publications scientifiques ou professionnelles.

**Condition préalable pour remplir ce questionnaire : vous devez avoir travaillé sur un département avant et après l'implantation d'un projet Lean.**

#### Informations sur le projet Lean

Avez-vous reçu une formation sur le Lean?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON					
Si oui, quelle en a été la durée (en heures)?	<input type="checkbox"/> 1/2 journée	<input type="checkbox"/> 1 jour	<input type="checkbox"/> 2 jours	<input type="checkbox"/> 3 jours	<input type="checkbox"/> 4 jours	<input type="checkbox"/> 5 jours	<input type="checkbox"/> 6 jours et plus



• À réduire mes déplacements	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• À clarifier l'emplacement du matériel (ex : collants sur les tiroirs et tablettes identifiant ce qui s'y trouve)	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• À rendre facilement accessible les documents (méthodes de soins infirmiers, procédure, protocoles, etc.)	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ergonomique et sécuritaire	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de ces éléments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
Ces aspects favorisent ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>1.6 - L'utilité propre est aménagée de façon</b>													
• À réduire mes déplacements	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• À clarifier l'emplacement du matériel (ex : collants sur les tiroirs et tablettes identifiant ce qui s'y trouve)	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• À rendre facilement accessible le matériel (ex: cathéters, TNG, etc.)	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ergonomique et sécuritaire	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de ces éléments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
Ces aspects favorisent ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>1.7 - La trajectoire du patient est conçue afin de réduire son attente et ses déplacements</b>	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1.8 - Des indications guident le patient sur le département (ex: lignes pointillées au sol, chaises rouges triage, etc.)</b>	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de ces éléments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
Ces aspects favorisent ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>1.9 - La planification des rendez-vous assure la fluidité de la trajectoire du patient et équilibre la charge de travail du personnel</b>	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>1.10 - Les médicaments ou le matériel qui peuvent être préparés à l'avance le sont (ex : antibiotiques, traitements de chimio, etc.)</b>	N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													

VERSO → →

### Section optimisation des ressources humaines

*\*Veuillez encercler le chiffre et cocher la case qui correspond le mieux à votre évaluation\**

Aspect non abordé dans le projet	Avant le projet Lean					Après le projet Lean					
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Totalement en accord	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Totalement en accord	
2.1 - Les responsabilités et tâches quotidiennes de chacun des membres de l'équipe sont clairement définies.	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
2.2 - Ma charge de travail (ratio infirmière/ patient) me permet :											
• De répondre plus rapidement aux patients	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
• De donner des soins sécuritaires	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
• D'avoir le temps nécessaire pour rédiger mes dossiers	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
• D'avoir le temps de faire de l'enseignement aux patients	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
• D'évaluer mes patients	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de ces éléments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Ces aspects favorisent ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
2.3 - Des ordonnances collectives sont effectives sur le département	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
2.4 - J'ai de la latitude dans mon champ d'exercice professionnel (décision de référer à travailleuse sociale ou physiothérapeute, droit de déléguer des actes, soins de plaie,...)	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2.5 - J'ai de la latitude dans la séquence de mes soins (ex : je peux établir mes priorités	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

par moi-même et changer l'ordre de mes interventions selon mon jugement)													
J'ai été consultée pour la mise en place de ces éléments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Ces aspects favorisent ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>2.6 - L'organisation du travail fait en sorte que j'utilise mes compétences professionnelles pour faire des tâches à valeur ajoutée telles que l'évaluation, l'enseignement, la thérapie intraveineuse, etc.</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
J'ai été consultée pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>2.7 - Les pauses et heures de repas sont planifiées de façon à répondre à l'achalandage</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
<b>2.8 - Les horaires de travail sont planifiés de façon à répondre à l'achalandage</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
J'ai été consultée pour la mise en place de ces éléments : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Ces aspects favorisent ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													
<b>2.9 - Le chef de département m'encourage à développer de nouvelles compétences (possibilité d'être libérée de mon poste, formations continues, congés pour études)</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
J'ai été consulté pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si non, j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON												
Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON													

## Section optimisation de l'environnement psychosocial du travail

*\*Veuillez encercler le chiffre et cocher la case qui correspond le mieux à votre évaluation\**

Aspect non abordé dans le projet	Avant le projet Lean					Après le projet Lean							
	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Totalement en accord	Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Totalement en accord			
<b>3.1 - La satisfaction des patients est évaluée par un questionnaire, au moins une fois par trimestre</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
<b>3.2 - Il y a du soutien et de la collaboration dans mon équipe (ex : les gens s'entraident et vont où le travail est, et ce même s'ils ont terminé leurs propres tâches)</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
<b>3.3 - Un système de communication est instauré afin que l'équipe puisse faire part des irritants et idées d'amélioration au chef de département</b>	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		

3.4 - Le chef du département a un moyen concret d'informer l'équipe des changements ou nouveautés à venir (ex : rencontres hebdomadaires de 5 à 10 minutes entre les quarts de travail)	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
J'ai été consultée pour la mise en place de cet élément : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <u>Si non</u> , j'aurais aimé être consultée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
Cet aspect favorise ma motivation et mon implication au travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON											
3.5 - Le chef de département effectue un suivi des commentaires, irritants et idées d'améliorations des employés (ex : via les rencontres hebdomadaires ou en rencontres individuelles, etc.)	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.6 - Le chef de département manifeste de la reconnaissance envers les membres de l'équipe (remerciements, encouragements, etc.)	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3.7 - Il y a une culture d'amélioration continue (démarche structurée visant l'amélioration, par le personnel, de la qualité des services, de la satisfaction du client pour assurer la performance à long terme de l'organisation) sur le département	N/A <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### Votre avis sur la méthode Lean

*\*Veuillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre évaluation\**

	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Énormément
4.1 - Je trouve la méthode Lean utile	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4.2 - Je serais intéressée à participer à d'autres projets Lean	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

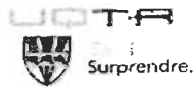
### Informations générales

<b>Dans quelle région travaillez-vous?</b>	<input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> Estrie <input type="checkbox"/> Laurentides	<input type="checkbox"/> Outaouais <input type="checkbox"/> Mauricie <input type="checkbox"/> Côte-Nord <input type="checkbox"/> Laval	<input type="checkbox"/> Montréal <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec <input type="checkbox"/> Lanaudière <input type="checkbox"/> Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches <input type="checkbox"/> Saguenay-Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/> Gaspésie-îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue
<b>Dans quel département travaillez-vous?</b>	<input type="checkbox"/> urgence orthopédie <input type="checkbox"/> CHSLD cardiologie <input type="checkbox"/> médecine de jour/cliniques externes <input type="checkbox"/> médecine générale	<input type="checkbox"/> médecine spécialisée <input type="checkbox"/> soins intensifs <input type="checkbox"/> hémato-oncologie	<input type="checkbox"/> psychiatrie <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> réadaptation <input type="checkbox"/> CLSC (SAD, soins courants)	<input type="checkbox"/> obstétrique <input type="checkbox"/> pédiatrie <input type="checkbox"/> autre

<b>Depuis combien de temps êtes-vous infirmière?</b>	<input type="checkbox"/> 0 à 5 ans et 11 mois <input type="checkbox"/> 6 à 10 ans et 11 mois <input type="checkbox"/> 11 à 15 ans et 11 mois <input type="checkbox"/> 16 à 20 ans et 11 mois <input type="checkbox"/> 21 ans et plus
<b>Dernier niveau de scolarité complété?</b>	<input type="checkbox"/> DEC <input type="checkbox"/> Certificat <input type="checkbox"/> DEC Bac <input type="checkbox"/> Bac de perfectionnement <input type="checkbox"/> Bac initial <input type="checkbox"/> Programme court de 2eme cycle <input type="checkbox"/> Maîtrise



## Annexe E : Certificat d'éthique



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** Analyse exploratoire des facteurs influençant l'implication des infirmières dans les projets d'amélioration de types « Lean » au Québec

**Chercheurs :** Joannie Leblanc  
Département des sciences infirmières

**Organismes :**

**N° DU CERTIFICAT :** CER-15-219-07.01


**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 23 décembre 2015 au 23 décembre 2016

#### **En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :**

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

  
Maude Hébert

Présidente du comité

  
Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 23 décembre 2015

## Annexe F : Lettre d'information remise aux répondantes



### LETTRE D'INFORMATION

---

Invitation à participer au projet de recherche

Analyse exploratoire des facteurs influençant l'implication des infirmières dans les projets d'amélioration de type « Lean » au Québec.

- Chercheuse principale : Joannie Leblanc, étudiante à la maîtrise avec mémoire en sciences infirmières, UQTR
- Directrice : Liette St-Pierre, Professeure au département des sciences infirmières, UQTR
- Co-directrice : Chantal Baril, Professeure au département de génie industriel, UQTR
- Département : Sciences infirmières  
Université du Québec à Trois-Rivières

#### **Conditions préalables :**

Vous devez être infirmière

Vous devez avoir travaillé avant et après l'implantation du projet Lean sur le département.

#### **Objectifs**

L'objectif principal de cette recherche est d'identifier les facteurs influençant l'implication des infirmières dans des projets d'amélioration de type « Lean » au Québec. Les données qui seront recueillies grâce à votre participation permettront de poser un regard objectif sur les facteurs d'influence.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la

recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

**Tâche**

Si vous acceptez de participer à cette recherche, vous accepterez de répondre à un questionnaire portant sur plusieurs variables en lien avec l'organisation des soins et du travail. Le temps prévu pour répondre au questionnaire est d'environ 10 à 15 minutes. Le moment pour répondre au questionnaire sera décidé en fonction de votre horaire de travail ou de votre temps personnel.

**Risques, inconvénients, inconforts**

Aucun risque connu n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit la participation et le fait de prendre 10 à 15 minutes de votre temps pour répondre au questionnaire, demeurent le seul inconvénient.

**Bénéfices**

Le bénéfice prévu à votre participation est une possibilité d'exprimer votre opinion face à l'approche « Lean ». Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

**Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique (ex : infirmière 1, infirmière 2, etc.). Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles scientifiques, de mémoire de maîtrise ou de communication, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un endroit sécuritaire auquel seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès. Elles seront détruites au terme de la recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Tous vos commentaires seront traités de manière anonyme et confidentielle.

**Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

**Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

Joannie Leblanc, étudiante à la maîtrise avec mémoire en sciences infirmières  
Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières  
3351, boul. des Forges  
Trois-Rivières (Québec)  
G9A 5H7  
Tél : 819.376.5011  
Courriel : Joannie.LebLANC@uqtr.ca

**Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat a été émis le :

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique [CEREH@uqtr.ca](mailto:CEREH@uqtr.ca).