

Amélioration continue — S'évaluer pour savoir où on en est et là où l'on veut aller

Mélissa Duhaime-Potvin, Dt. P., M.A.P.

Volume 18, numéro 3, hiver 2021

La nutrition sous plus d'un angle : les inégalités en alimentation en temps de COVID-19, *International Dysphagia Diet Standard Initiative* (IDDSI), les produits aquatiques du Québec, une culture d'amélioration continue et la diversité corporelle

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1076358ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1076358ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Ordre professionnel des diététistes du Québec

ISSN

2561-620X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Duhaime-Potvin, M. (2021). Amélioration continue — S'évaluer pour savoir où on en est et là où l'on veut aller. *Nutrition Science en évolution*, 18(3), 34–42.
<https://doi.org/10.7202/1076358ar>

Résumé de l'article

Pour s'améliorer, il faut dresser le portrait de la situation actuelle en considérant diverses perspectives. La réalisation d'un projet d'amélioration continue permet une gestion de la performance, par la comparaison et le suivi de l'évolution de différents indicateurs sur une période déterminée, dans l'atteinte de l'objectif initialement proposé. L'examen des problématiques, notamment les gaspillages, permet de trouver des solutions et d'accorder la priorité à celles susceptibles d'engendrer des répercussions positives. Les diététistes/nutritionnistes gagnent à appliquer cette démarche d'amélioration continue dans leur pratique professionnelle. Le temps gagné lors de la résolution des problématiques leur permettra d'augmenter efficacité et efficacité, pour ainsi être en mesure de passer davantage de temps auprès des usagers à exercer les compétences pour lesquelles elles sont les seules spécialistes.

AMÉLIORATION CONTINUE

— S'ÉVALUER POUR SAVOIR OÙ ON EN EST ET LÀ OÙ L'ON VEUT ALLER



Mélissa Duhaime-Potvin, Dt. P., M.A.P., agente de planification, de programmation et de recherche, Direction du Programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, volet hébergement, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Introduction

Le vieillissement de la population, les contraintes budgétaires et économiques et la pénurie de la main-d'œuvre exercent des pressions considérables sur le système de santé québécois (1). Aussi, en 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a défini une nouvelle orientation stratégique pour renforcer

l'efficience et l'efficacité du système de santé. Cette orientation a pour but « [...] de mesurer et d'analyser la performance opérationnelle afin de favoriser la production de renseignement qui permet d'identifier des pistes et des leviers d'amélioration de la prestation de service » (2). Le suivi de la performance permet de suivre l'évolution des moyens mis en

place en comparant périodiquement les données. Il est alors possible de savoir si ces moyens contribuent à l'atteinte des résultats escomptés. Le modèle de salle de pilotage est un moyen efficace de communiquer ces résultats et d'en assurer le suivi (3).

Cet article démontre l'intérêt d'appliquer une démarche LEAN d'amélioration continue au moyen d'une étude de cas. Il illustre la pertinence des indicateurs de mesure dans la réalisation et l'évaluation de projets. Le cas sera présenté et décortiqué selon les différentes étapes de la méthode DMAIC, un outil de prédilection dans l'amélioration des processus et de la performance. Aussi, comme la démarche LEAN d'amélioration continue gagne à être transposée dans les divers champs de pratique de la nutrition, deux exemples concrets concernant l'amélioration de certaines problématiques cliniques des diététistes/nutritionnistes suivront l'étude de cas, afin de faire ressortir les bienfaits de l'utilisation d'une telle démarche.

L'étude de cas: «Revoir le processus de traitement des demandes au point de chute au soutien à domicile (SAD) du CLSC L afin d'en augmenter l'efficience» (Projet «point de chute»)

En mars 2019, une gestionnaire du SAD d'un arrondissement de la ville de Québec a fait appel à l'équipe d'amélioration continue de la direction du programme Soutien à l'autonomie

des personnes âgées (SAPA) pour régler une problématique persistante au point de chute (lieu où toutes les demandes de soins et de services de l'arrondissement arrivent). Une agente administrative y travaille, du lundi au vendredi de 10h00 à 18h00, pour traiter et acheminer à la bonne cellule de travail toutes les demandes de soins et de services. Une cellule de travail se compose toujours des mêmes intervenants dédiés aux usagers d'un même quartier de l'arrondissement. Toutes les demandes qui concernent l'aide à domicile, les soins infirmiers ainsi que les services professionnels ont été, au préalable, accueillies, analysées et transmises par courriel au bon arrondissement ou territoire par l'équipe de l'accès intégré (AI) du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Les demandes arrivent majoritairement de l'AI par courriel à l'exception des demandes de prélèvements provenant des cliniques médicales qui elles, arrivent encore par télécopies pour les usagers déjà connus. Se trouvent aussi quelques demandes qui arrivent par téléphones qui nécessitent d'être orientées soit à l'accès intégré (lorsque l'utilisateur n'est pas connu) ou à l'intervenant pivot qui est responsable du dossier de l'utilisateur pris en charge. Les « clients » de l'agente au point de chute sont donc les intervenants qui fourniront les soins ou services aux usagers.

Pour mieux saisir le projet, le tableau 1 présente les différents éléments entourant le processus : les fournisseurs (F), les intrants (I), le processus (P), les extrants (E) et les clients (C). Le travail de l'agente au point de chute a toujours présenté différents enjeux. Selon le point de vue de cette agente, les principaux problèmes concernent la surcharge de travail (volume de demandes quotidiennes à traiter), le temps supplémentaire, les erreurs d'orientation aux bons arrondissements et les demandes incomplètes. Pour les autres agentes administratives du SAD, les enjeux sont plutôt la couverture de l'agente au point de chute de 8h00 à 10h00, le temps de traitement des demandes élevé dû à un petit volume qui ne permet pas d'acquiescer une rapidité, ainsi que l'interruption constante dans l'exécution de leurs autres tâches due aux appels téléphoniques des usagers. Pour ce qui est des intervenants offrant des soins et des services, « les clients », il est plutôt question d'enjeux lorsque les demandes sont orientées au mauvais intervenant ou à la mauvaise cellule de travail, lorsqu'ils ont de la difficulté à savoir qui a traité la demande ou encore lorsque les demandes n'arrivent pas au moment opportun. La gestionnaire en place a tenté dans les dernières années d'instaurer différentes solutions, mais aucune n'a

permis de réellement régler les enjeux énumérés. Au début du projet, l'agente au point de chute impliquée dans le processus de traitement des demandes songeait même à quitter ses fonctions en raison de la charge de travail élevée et des pressions engendrées par la situation. En résumé, après avoir eu un aperçu de la problématique et des enjeux, la direction programme SAPA a décidé de réaliser un projet d'amélioration continue en lien avec le processus de traitement des demandes au point de chute du SAD du CLSC L.

Pour obtenir les données nécessaires à la réalisation du projet, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de toutes les agentes administratives du SAD au CLSC L. Des questionnaires ont également été administrés à certains intervenants et un étalonnage auprès d'autres agentes administratives au point de chute d'autres CLSC a été fait. Une fois la cueillette de donnée terminée, sept ateliers de travail de deux heures ont permis de regrouper les différentes problématiques et de trouver des solutions pour atténuer ou éliminer les enjeux. Finalement, les pistes de solutions ont été mises en œuvre et quelques mois plus tard, une évaluation des impacts a été effectuée. Au total, le projet aura duré 6 mois. Plus de détails sur les différentes parties du projet seront amenés plus loin.

Figure 1. Méthode DMAIC de résolution de problème et ses étapes

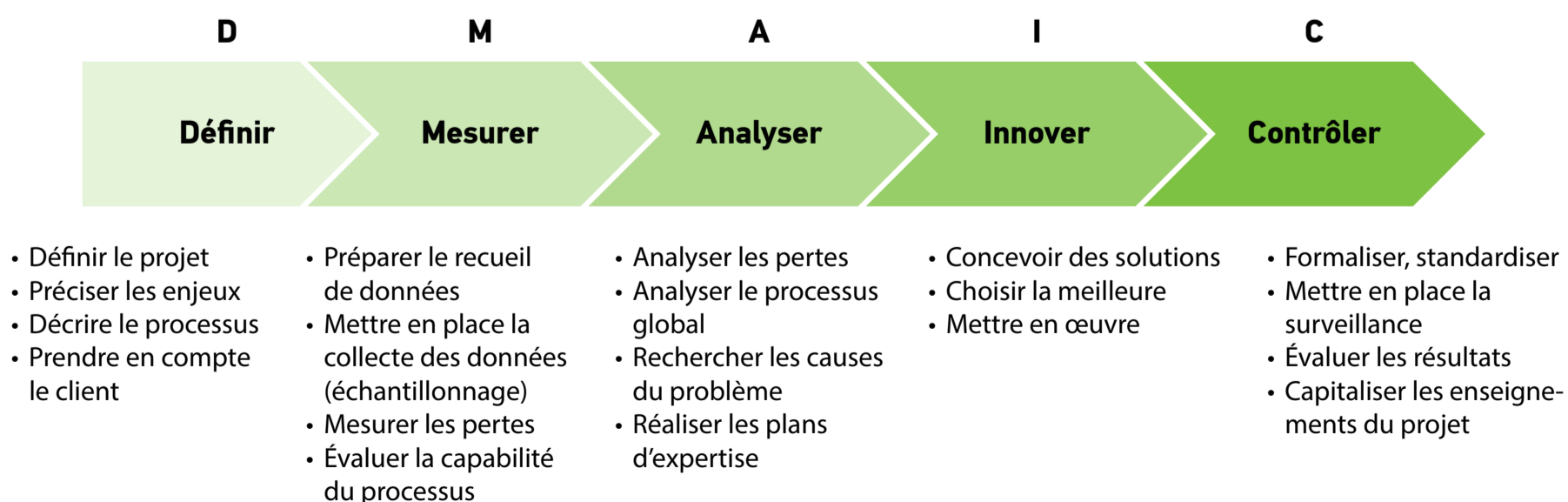


Tableau 1. Méthode DMAIC de résolution de problème et ses étapes

FOURNISSEUR	PROCESSUS	CLIENTS
<ul style="list-style-type: none"> • Accès intégré • Cliniques médicales 	Réception de la demande ↓ Complétion des informations dans les différents logiciels (SIC+/Horaire+) ↓ Impression de la demande et ses pièces jointes en x copies ↓ Complétion de la base de données Access ↓ Transmission de la demande au bon intervenant	<ul style="list-style-type: none"> • Leaders de cellules • Intervenants
INTRANTS		EXTRANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Demandes par courriels • Demandes par télécopies 		<ul style="list-style-type: none"> • Demandes traitées acheminées au bon intervenant au bon moment

Tableau 2. Moyens tentés en vain pour améliorer le processus de traitement des demandes au point de chute du CLSC L avant le début du projet

<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des demandes reçues par courriel par les autres agentes administratives de 8h00 à 10h00
<ul style="list-style-type: none"> • Aide d'une agente administrative à tour de rôle le vendredi de 16h00 à 18h00 pour le traitement des demandes
<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'une agente administrative les lundis et les vendredis de 8h00 à 16h00 au point de chute pour le traitement des demandes
<ul style="list-style-type: none"> • Traitement d'une partie des demandes par télécopie par une autre agente administrative
<ul style="list-style-type: none"> • Achat d'une nouvelle imprimante

La méthode DMAIC

La méthode DMAIC s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue à appliquer au quotidien en mode projet dans le but de résoudre durablement un problème. C'est une démarche d'investigation expérimentale, analytique et scientifique (4). Elle s'apparente au cycle PDCA : Plan, Do, Check, Act (Roue de Deming). La seule différence avec la méthode

PDCA est que le DMAIC est une composante même des projets LEAN Six Sigma (5,6).

Les cinq étapes de la méthode DMAIC sont illustrées à la figure 1 (5,7). Chacune des lettres composant le sigle D.M.A.I.C. est l'initiale d'une étape bien spécifique de la démarche ; Définir / Mesurer / Analyser / Innover (au sens Améliorer) et Contrôler (au sens Pérennité) (4,5,6).

Étape 1 — Définir

Définir le problème, c'est énoncer la problématique, identifier les parties prenantes, les indicateurs clés et les objectifs à atteindre. Il importe aussi de comprendre les enjeux, les avantages attendus et de déterminer l'équipe de projet (8). Dans l'étude de cas, une rencontre au début du projet avec la gestionnaire responsable a permis d'établir l'ensemble des éléments clés du projet (tableau 1) et de découvrir les moyens tentés en vain (tableau 2) pour soutenir l'agente au point de chute SAD. Puisque l'état de la situation n'avait pas été dressé au départ et qu'aucun mécanisme formel de suivi d'indicateurs n'avait été instauré, il était impossible de déterminer si les actions entreprises avaient eu un quelconque effet. C'est pourquoi il est important à cette étape d'établir les indicateurs qui serviront aux prochaines étapes. Dans le cadre du projet « point de chute », deux indicateurs ont été choisis afin de bien représenter le processus, soit la somme des minutes supplémentaires, par période, effectuées par l'agente au point de chute et la durée moyenne, en minutes, pour traiter une demande reçue par courriel au point de chute. Dans la littérature, une mauvaise définition d'un projet est l'une des principales causes d'échec. Entreprendre des actions sans avoir pris le temps de cerner le but et les causes du problème (même en ayant préalablement consulté les intervenants) et sans évaluer leurs effets est un problème courant dans bien des organisations (9). Ici, l'objectif du projet consistait à évaluer les éléments du processus de traitement des demandes empêchant l'agente au point de chute de s'acquitter de ses fonctions de façon efficiente.

Étape 2 — Mesurer

À l'étape de la mesure, il est crucial de bien représenter les « trois voix » de la problématique : celle du client,

celle des employés et finalement celle du processus, afin de dresser un portrait global de la situation.

La voix du client correspond à sa perception du processus en tant que personne qui reçoit le service. Le client peut être un usager, un résident d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou encore, un intervenant. Dans l'étude de cas, les clients sont les leaders de cellule ainsi que les intervenants. Les leaders de cellule sont non seulement des intervenants qui fournissent les soins et services, mais ils coordonnent également toutes les demandes adressées à leur cellule de travail d'appartenance en les relayant aux autres intervenants. Obtenir la voix du client permet de bien cerner ses attentes et ses problématiques en vue de les transformer en caractéristiques mesurables (8). Dans l'étude de cas, pour recueillir la voix du client, un sondage a été effectué auprès d'un groupe ciblé d'intervenants, les leaders de cellules.

La voix des employés correspond à la perception et à la satisfaction des acteurs directement impliqués dans le processus. Dans le cas présenté précédemment, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées pour « entendre la voix » de l'agente responsable du traitement des demandes au point de chute et celle de ses collègues au SAD. Ces entrevues ont permis de recueillir plusieurs informations : leur perception de la problématique, leurs opinions quant à leur rôle dans le processus, les effets des moyens mis en place avant le projet sur leur charge de travail et sur l'organisation de leurs tâches. L'étape intitulée « mesurer » sert aussi à introduire le changement à venir auprès des gens concernés, ce qui favorise leur participation, tout en préparant le terrain pour les prochaines étapes (10).

Finalement, pour connaître la voix du processus, il faut cartographier le processus pour savoir où l'améliorer. La cartographie sert à illustrer les tâches du processus à l'aide de sym-

Tableau 3. Volume de demandes quotidiennes reçues par courriel et par télécopie à traiter par l'agente administrative au point de chute du CLSC L au début du projet (situation actuelle)

	Minimum	Maximum	Moyenne
Nombre de demande – Courriel	19	28	22
Nombre de demande – Télécopie	55	75	65

boles universels. Elle souligne les gaspillages, les contraintes, les tâches sans valeur ajoutée pour l'usager et les problèmes. La cartographie favorise la résolution des problèmes (8,9). Dans le projet « point de chute », la cartographie a permis de faire ressortir qu'il y avait énormément de perte de temps lors des impressions des demandes et des pièces jointes, des déplacements inutiles ou sous-efficaces dans la journée, en plus de faire ressortir que la saisie dans une base de données de certaines informations était une activité sans valeur ajoutée. Par ailleurs, en portant attention à la voix du processus, deux faits ont été constatés dans l'étude de cas. Le volume de demandes était nettement plus élevé que ce que tous les acteurs impliqués avaient anticipé (tableau 3) ; de plus, les journées pour lesquelles une ressource additionnelle avait été assignée ne correspondaient pas toujours aux journées à volume plus élevé.

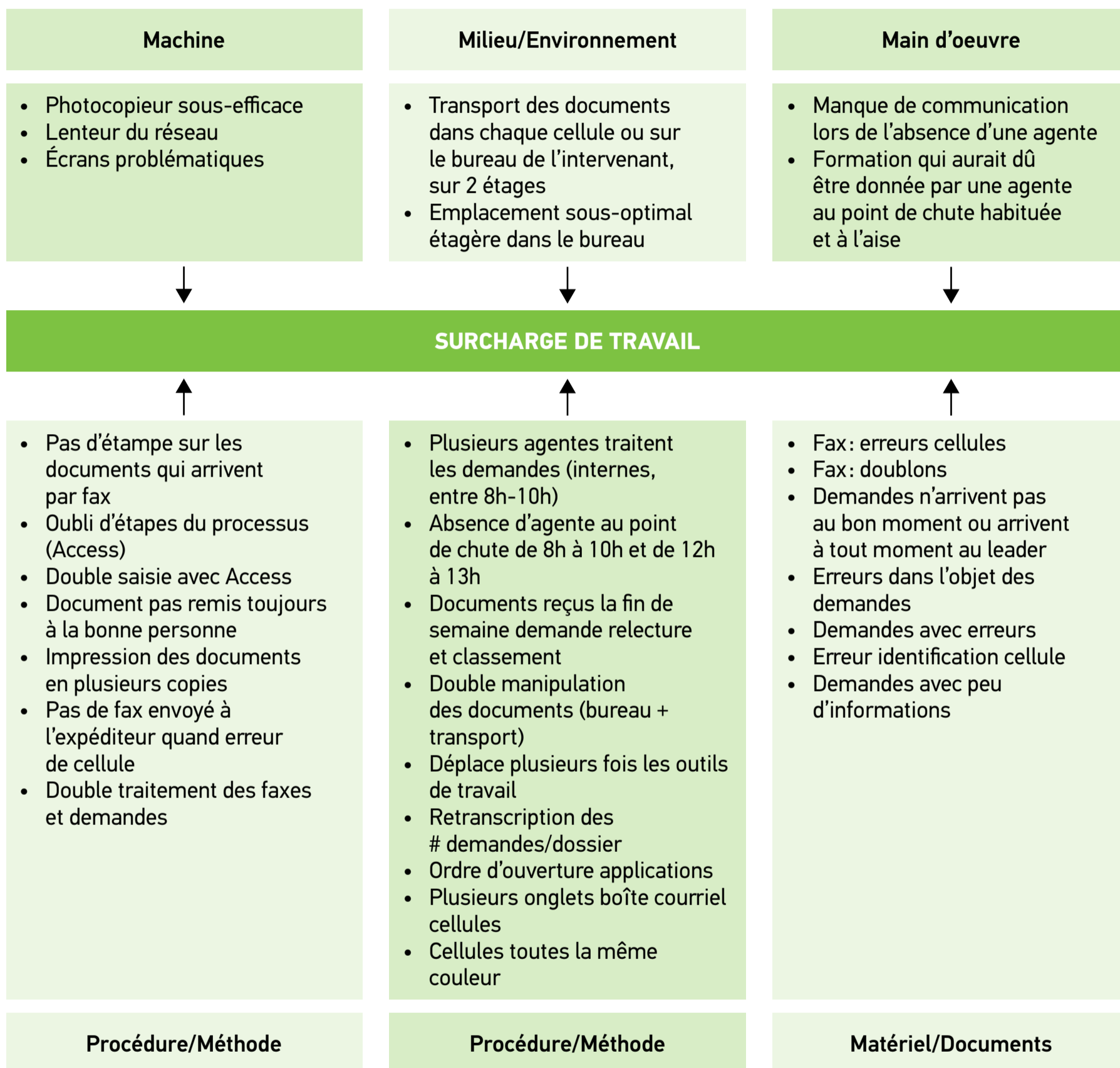
L'analyse comparative (benchmarking) est un excellent outil d'évaluation qui permet de comparer sa performance à celle d'autres organisations (ou équipes), ou même de trouver d'autres milieux qui vivent ou ont vécu des situations similaires (11). Dans le cas à l'étude, la comparaison avec quatre autres points de chute a permis de constater qu'en plus du point de chute du CLSC L, un autre point de chute vivait une problématique semblable. En effet, le volume de demandes à ces deux points de chute était presque le double que celui des autres milieux

étalonnés. Aussi, les méthodes efficaces recueillies dans ces milieux ont été d'emblée proposées aux équipes de travail du projet comme pistes de solutions pour la suite de la démarche, par exemple, l'utilisation de boîtes courriel virtuelles pour transmettre les demandes aux cellules de travail.

Étape 3 — Analyser

À ce stade, il faut analyser les écarts entre la situation dite actuelle et celle visée, qui font respectivement référence au début et à la fin du projet, afin de comprendre les problèmes qui empêchent l'atteinte de la situation souhaitée. La tenue d'un atelier Kaizen est une façon de faire participer tous les acteurs concernés dans la recherche de solutions. Cet exercice permet de faire ressortir les irritants du processus, d'en déterminer les causes fondamentales et de rechercher des solutions (10). Dans le projet « point de chute », la tenue d'une rencontre de plusieurs jours réunissant un grand nombre de membres du personnel n'était pas réalisable considérant la gestion des listes d'attente et les vacances estivales. Au lieu, l'ajout de questions aux entrevues semi-dirigées et au sondage a permis, tant aux agentes administratives qu'aux leaders de cellules, de s'exprimer sur les problématiques et les pistes de solutions envisageables qui sont normalement couverts dans un atelier Kaizen. (12). Une fois le recensement de l'ensemble des problèmes effectué, leur organisation dans un diagramme de cause à effet, ou un diagramme d'Ishikawa, per-

Figure 2. Diagramme Ishikawa regroupant les problématiques du processus de traitement des demandes au point de chute du CLSC L



met d'obtenir une représentation très visuelle des différentes causes qui ont une influence directe sur la situation problématique originale (13). Le diagramme d'Ishikawa présenté à la figure 2 regroupe les problèmes du projet « point de chute » recensés lors des entrevues semi-dirigées et des sondages.

Étape 4 — Innover-implanter

Une fois franchie cette étape, les solutions proposées sont analysées; seules celles susceptibles d'entraîner des répercussions positives seront sélectionnées, puis mises en œuvre. La démarche d'amélioration continue mise sur la participation active du personnel à la résolution des pro-

blèmes et à la recherche de solutions en usant de leur créativité et de leurs compétences (14). Les employé·e·s sont les experts du processus. Ne pas avoir recours au savoir-faire des personnes sur le terrain est donc considéré comme un gaspillage (15). Il est d'ailleurs reconnu que le personnel s'engage et participe plus activement

Tableau 4. Solutions apportées au processus de traitement des demandes au point de chute du CLSC L et catégorisation de leur répercussion en deux niveaux

Solutions	Impact niveau 1	Impact niveau 2
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'une boîte courriel pour chaque cellule de travail 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du temps d'impression, du papier et du délai d'attente ↑ de l'accessibilité des demandes au moment opportun pour tous les intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du temps de traitement des demandes ↓ des déplacements des intervenants pour obtenir les demandes
<ul style="list-style-type: none"> Arrêt de la saisie de données dans une base de données 	<ul style="list-style-type: none"> Évitement d'une double saisie 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du temps de traitement d'une demande
<ul style="list-style-type: none"> Agenda standard pour la transmission des demandes (originaux) et le courrier 	<ul style="list-style-type: none"> Arrivée opportune des demandes dans les cellules de travail, horaire fixe 	
<ul style="list-style-type: none"> Mise en fonction de l'imprimante plus efficace achetée avant le projet 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du temps d'impression 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du temps de traitement des demandes
<ul style="list-style-type: none"> Recensement des erreurs sur les demandes 	<ul style="list-style-type: none"> Remontée de la problématique au gestionnaire responsable de l'accès intégré 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ des erreurs relatives aux demandes
<ul style="list-style-type: none"> Télécopie à l'expéditeur lorsqu'il y a erreur dans le destinataire 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du nombre de télécopies qui arrivent au mauvais point de chute 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du temps de traitement des télécopies
<ul style="list-style-type: none"> Tenue d'un caucus d'amélioration continue hebdomadaire 	<ul style="list-style-type: none"> Discussion des irritants, des gaspillages, des problématiques favorisant la résolution des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> Engagement envers l'amélioration continue pour diminuer les frustrations en lien avec le travail
<ul style="list-style-type: none"> Rehaussement d'un poste à temps partiel pour ajouter une seconde agente au point de chute de 7 h à 15 h 	<ul style="list-style-type: none"> Traitement en continu des demandes de 7 h à 18 h Traitement des télécopies par une seule agente ↓ du nombre d'agente qui traitent les demandes Prise des appels des usagers en continu de 8 h à 16 h 	<ul style="list-style-type: none"> Les autres agentes ne traitent plus de demandes Évite le traitement de doublons (demandes reçues plus d'une fois par télécopie) Plus simple pour les intervenants de savoir qui a traité la demande
<ul style="list-style-type: none"> Centralisation des appels des usagers à un numéro de téléphone à la nouvelle agente au point de chute 	<ul style="list-style-type: none"> Facilité pour les usagers avec le numéro de téléphone unique 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ du nombre de sollicitations des agentes relevant des gestionnaires
<ul style="list-style-type: none"> Réorganisation des rôles et des tâches de toutes les agentes 	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure connaissance des rôles et responsabilités des agentes administratives par les intervenants Meilleure correspondance des tâches des agentes avec le titre d'emploi (classe 1 vs classe 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité accrue des agentes de classe 2 Agentes administratives classe 1 dédiées uniquement aux chefs de programme (×2)
<ul style="list-style-type: none"> Plan de réorganisation en l'absence d'une agente au point de chute 	<ul style="list-style-type: none"> Continuité du service au point de chute et optimisation du temps de réorganisation 	

Figure 3. Indicateur de performance du projet « point de chute » : Durée moyenne, en minutes, pour traiter une demande reçue par courriel au point de chute du CLSC L, comparaison avant et après l'amélioration du processus

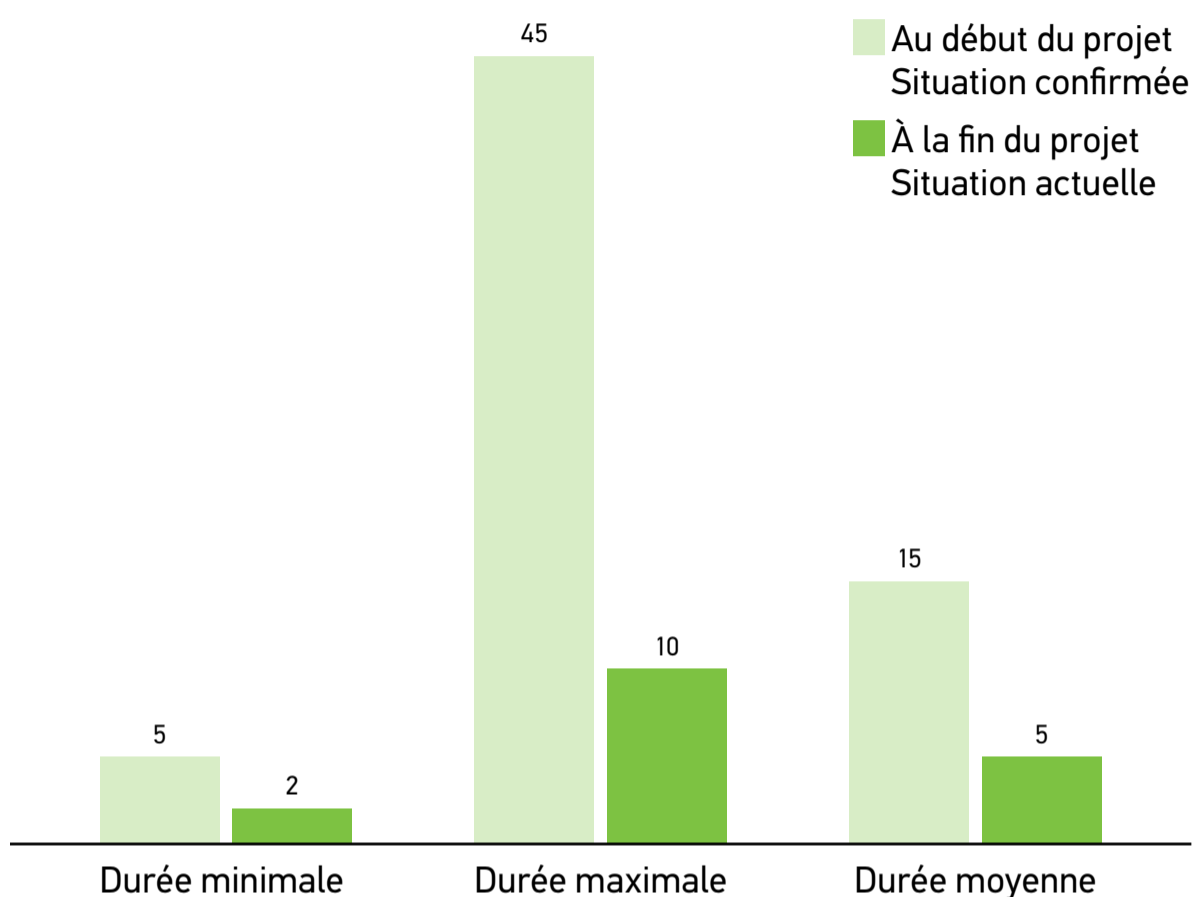
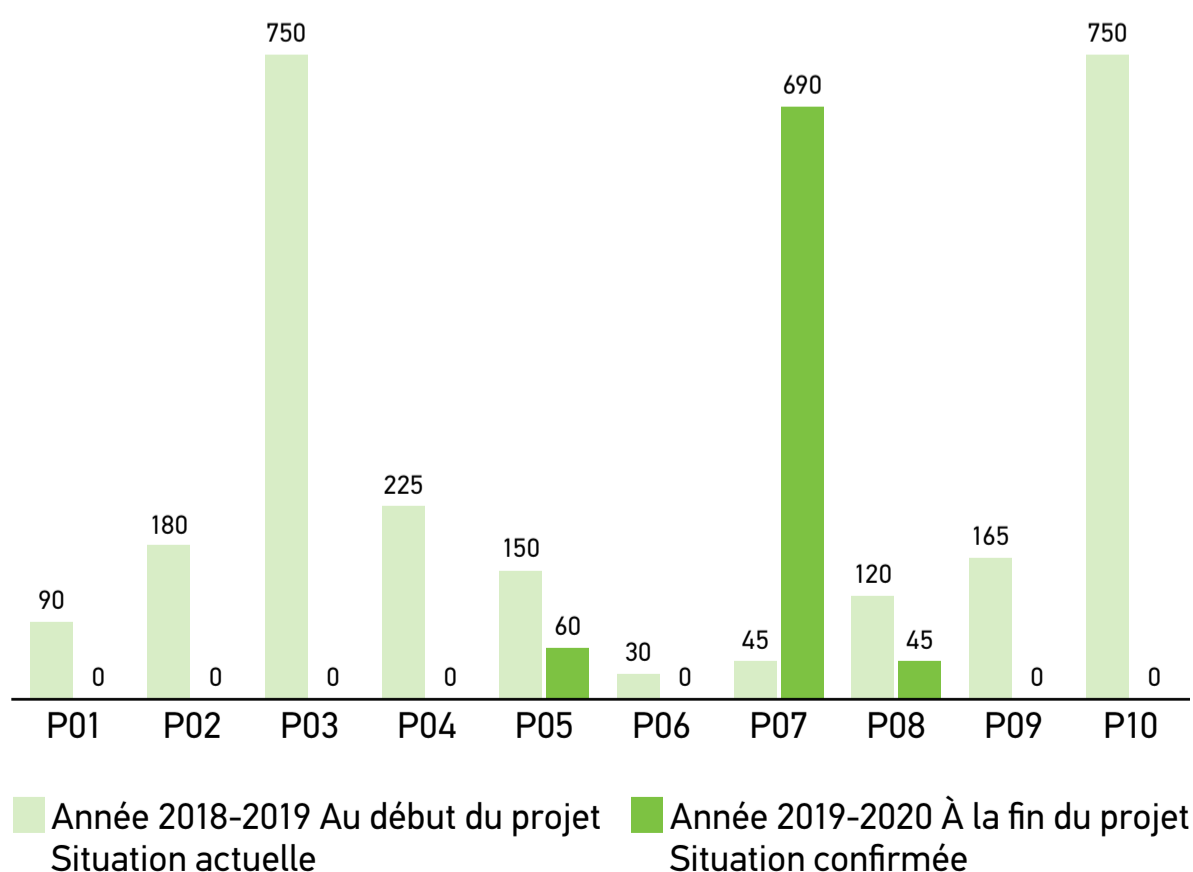


Figure 4. Indicateur de performance du projet « point de chute » : Somme des minutes supplémentaires, par période, réalisées par les agentes au point de chute, comparaison avant (année 2018-2019) et après (année 2019-2020) l'amélioration du processus



à la démarche d'amélioration continue, s'il la considère comme légitime et s'il se sent responsabilisé et reconnu pour les actions entreprises. Cet engagement influence positivement la pérennité des mesures prises (10-16). La conclusion de cette étape est la mise sur pied d'un plan d'action pour mettre en place le plus rapidement possible les solutions retenues.

Dans le projet à l'étude, de petits ateliers de travail ont été tenus avec les agentes administratives, les leaders de cellules et un professionnel de chaque discipline. Le diagramme d'Ishikawa a été présenté aux participants, permettant ainsi de bien comprendre l'analyse des solutions choisies, leur priorisation et l'effet potentiel de leur application, et ce, tant sur les différents enjeux que sur les indicateurs de performance. Toutes les actions mises en place ainsi que leur répercussion en deux niveaux sur le processus sont résumées au tableau 4.

Étape 5 — Contrôler

Cette étape permet de vérifier que la démarche a porté ses fruits. C'est ici que les mesures réalisées au début du projet prennent toutes leur sens puisqu'elles permettent la comparaison entre la situation actuelle et la situation post-implantation, ainsi que l'évaluation des actions adoptées. Pour assurer la pérennité du « nouveau processus », l'équipe doit documenter et piloter les indicateurs de performance en temps présent (4). C'est à cette étape que l'équipe projet se détache de celui-ci et que le pilotage du processus, les dernières recommandations et la gestion du changement sont transmis au gestionnaire détenteur du processus (6).

Dans le cas exposé, les changements apportés ont amélioré la fluidité et réduit la durée du processus. La figure 3 permet de constater que l'indicateur traitant de la durée de traitement d'une demande a considérablement diminué passant en moyenne

de quinze à cinq minutes. C'est principalement l'utilisation des boîtes courriel virtuelles et l'arrêt de l'impression papier en plusieurs copies des demandes et des pièces jointes qui justifient une telle amélioration, réduisant notamment les goulots d'étranglement causés par le temps de traitement plus long (17). Également, ces solutions permettent désormais que les demandes soient reçues au moment opportun par l'intervenant approprié. De plus, ce dernier gagne du temps puisqu'il n'a plus à cueillir la demande, rechercher les documents et se déplacer. La réorganisation des postes des agentes administratives, la répartition des tâches et le rehaussement d'un poste d'agente à temps plein a permis l'ajout d'une agente administrative au point de chute. Désormais, il y a au moins une ressource au point de chute de 7h00 à 18h00 pour le traitement des demandes. Les appels des usagers ont été centralisés au point de chute de 8h00 à 16h00, évitant ainsi aux autres agentes du SAD d'être interrompues dans leurs autres tâches courantes. Enfin, l'indicateur de performance aux minutes supplémentaires effectuées par les agentes au point de chute a rapidement diminué jusqu'à disparaître, sauf en quelques occasions lorsque la situation le justifiait (p. ex., orientation d'une nouvelle agente en P07) (figure 4).

Au terme du projet, un bilan a été réalisé avec le personnel impliqué dans les ateliers de travail qui ont contribué à la révision du processus. L'ensemble du personnel, notamment les agentes administratives, a ressenti une grande satisfaction de voir les retombées positives des solutions. Le succès du projet s'explique par la mobilisation des membres du personnel tout au long du projet et l'adoption de solutions concrètes, deux pratiques qui sont par ailleurs, toujours en vigueur. Il repose également sur l'engagement affectif très élevé des employés. En fait, plus les employés

sont persuadés que le changement est nécessaire, plus ils démontrent un engagement affectif élevé garant du succès du projet (18-19).

L'amélioration continue dans la profession de diététiste/nutritionniste : deux exemples significatifs

La démarche d'amélioration continue est transposable à la pratique professionnelle de toute diététiste/nutritionniste. Nul besoin de s'impliquer dans de gros projets d'évaluation telle l'étude de cas préalablement présentée. Il importe seulement de s'attaquer aux problèmes ou aux irritants qui sont à sa portée et sur lesquels il est possible d'agir à l'échelle individuelle. Ainsi, au service de SAD, la rédaction des notes de suivi occasionnait une grande perte de temps puisqu'il n'existait pas de formulaire permettant d'inscrire à la fois les éléments subjectifs et objectifs recueillis lors des entrevues. L'adoption d'un nouveau formulaire de notes de suivi a permis d'éliminer l'étape de retranscription (double saisie des informations), source de gaspillage du temps. Le même problème se posait avec la rédaction des notes au dossier. Au lieu de réécrire les diagnostics et d'énumérer tous les médicaments ou résultats de laboratoire, il a été suggéré d'indiquer uniquement les éléments pertinents à l'évaluation nutritionnelle et de référer aux documents sources qui contiennent ces informations. Cette pratique a réduit la perte de temps et le risque d'erreur associé au dédoublement des informations.

Également, les diététistes/nutritionnistes au SAD sont parfois appelées à gérer les inventaires des suppléments nutritionnels et à s'acquitter de toutes autres tâches connexes, comme par exemple, la prise des commandes. Or, certaines de ces activités gagneraient à être effectuées par une personne occupant un autre titre d'emploi, permettant ainsi aux diététistes/nutritionnistes

de se consacrer aux tâches permettant d'ajouter une réelle valeur pour les usagers. En effet, les compétences des diététistes/nutritionnistes telles l'évaluation nutritionnelle, la détermination du plan de traitement nutritionnel, le choix de la voie d'alimentation appropriée ainsi que la surveillance de l'état nutritionnel relèvent d'expertises réservées à la profession (20). Ainsi, la révision d'un processus peut vouloir dire accroître l'accessibilité aux soins et services offerts par les diététistes/nutritionnistes.

Conclusion

Il est vrai que certains milieux ont utilisé la démarche LEAN d'amélioration continue pour justifier des compressions budgétaires et abolir des postes (21). Il est aussi vrai que « la vente par une firme de consultants d'études de temps et d'un dispositif de gestion inspiré du management scientifique par une quinzaine de grands établissements publics de santé et de services sociaux du Québec entre 2010 et 2014 » (21) a laissé des séquelles, un goût amer et un dédain de la démarche LEAN. Toutefois, lorsque cette démarche d'amélioration continue est bien utilisée, comme dans le projet « point de chute », il est possible d'en tirer une expérience enrichissante.

La démarche d'amélioration continue consiste à rechercher les irritants, les problèmes qui empêchent un processus de bien fonctionner en vue de les éliminer. Ainsi, chaque intervenant maximise le temps passé auprès de l'utilisateur. Il n'est pas question d'imposer des solutions concoctées par un gestionnaire détaché de la situation et encore moins celles d'une firme qui ne tient pas compte de l'ensemble des facteurs. Les solutions doivent être trouvées auprès des intervenants directement concernés après avoir pris le soin de bien définir les problèmes et leurs racines. Aussi, une analyse rigoureuse des données et

42 des avis des employés s'impose. Bien qu'elle s'applique aux projets de plus grande envergure, cette philosophie peut être mise en application dans la résolution de problèmes au quotidien. La mesure des répercussions et la comparaison de la situation avant et après que des améliorations ont été apportées sont essentielles pour évaluer le succès d'un projet ou la résolution du problème. En somme, il est primordial de ne pas percevoir les ajustements comme un échec, mais davantage comme une occasion de s'améliorer. Pour bien s'adapter au changement, il faut avant tout poser un regard critique envers ses propres façons de faire.

Remerciements

L'auteure désire remercier tout particulièrement Christian Nadeau, ing., MGP, pour avoir contribué à la révision de l'article. Elle remercie également Lynda Ricard, chef de programme milieu de vie, Marguerite Lepage et Laurie Lévesque, agentes administratives au point de chute ainsi que les autres agentes et intervenants ayant participé au projet d'amélioration continue présenté ici. Leur accessibilité, leur créativité ainsi que leur ouverture au changement ont permis d'apporter des changements durables. ■

Références

1. Dannapfel P., Poksinska B., Thomas K. Dissemination strategy for Lean thinking in health care. *International journal of health care quality assurance*. 2014; 27 (5): 391-404.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Mesure et analyse de la performance. [En ligne]. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/mesure-et-analyse-de-la-performance/>. Page consultée le 4 octobre 2020.
3. Blais-Gingras L, Giguère M. Gérer la performance organisationnelle à l'aide des salles de pilotage. *Nutrition Science en évolution*. 2018; 16 (2) : 13-18 [En ligne]. <https://www.erudit.org/en/journals/nutrition/2018-v16-n2-nutrition04156/1054342ar/>. Page consultée le 25 mai 2020.
4. Lean Six Sigma France. 2. Le DMAIC : une méthode Six Sigma pour résoudre des problèmes complexes. 2018. [En ligne]. <https://leansixsigmafrance.com/blog/le-dmaics-une-methode-six-sigma-pour-mieux-gerer-vos-projets/> Page consultée le 21 décembre 2020
5. Humanperf software. Le lexique #cplusclair : DMAIC, la méthode de résolution de problèmes. 2018. [En ligne]. <https://www.humanperf.com/fr/blog/lexique-cplusclair/articles/methode-dmaic> Page consultée le 21 décembre 2020
6. Fernandez A. La méthode DMAIC. PILOTER. ORG Performance Management Décision. 2018. [En ligne]. <https://www.piloter.org/six-sigma/methode-six-sigma.htm> Page consultée le 21 décembre 2020.
7. Tavares De Melo N. Amélioration de la qualité des services après-vente avec la réduction du niveau d'OOFB, Stage professionnel de fin d'études. Université de Technologie de Compiègne, 2009-2010, réf no132. [En ligne]. http://www.utc.fr/master-qualite/public/publications/qualite_et_management/MQ_M2/2009-2010/stages/tavares/web/. Page consultée le 7 novembre 2020.
8. Notes de cours Chaire IRISS, Formation ceinture verte, UQTR, 2017.
9. F. Gray C, W.Larson E. Management de projet. Chenelière McGraw-Hill. Québec. 2007. 575 p.
10. Charron-Latour, J. Facteurs clés d'une démarche d'amélioration continue durable dans les établissements de santé du Québec, [En ligne]. <https://publications.polymtl.ca/1552/>. Page consultée le 7 novembre 2020.
11. Nevao Conseil Stratège en entreprise. Benchmarking, concept et méthodologie. 2005. [En ligne]. https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance-publique/files/files/documents/performance/controle_gestion/analyse_comparative/concepts_et_methodologie/Guide_methodologique_benchmarking_Nevaoconseil_2005.pdf. Page consultée le 4 octobre 2020.
12. Lemire N, Litvak E. L'amélioration en santé, diriger, réaliser, diffuser. Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 2011. [En ligne]. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/performance-innovation/legg/DIRIGER,%20R%C3%89ALISER,%20DIFFUSER.pdf>. Page consultée le 4 octobre 2020.
13. Project Management Institute. A guide to the Project management body of knowledge (PM-BOK Guide), 4ème éd., Global Standard, États-Unis d'Amérique, Atlanta; 2008. 467 p.
14. Rice, S. Learning to be Lean: One hospital's staff discovers improving efficiency isn't easy. *Modern Healthcare*. 2015, [En ligne] <https://www.modernhealthcare.com/article/20150926/MAGAZINE/309269987/learning-to-be-lean-one-hospital-s-staff-discovers-improving-efficiency-isn-t-easy>. Page consultée le 26 novembre 2020.
15. Liker J. Le modèle Toyota : 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise. Pearson France, Paris; 2012. 392 p.
16. Desmeule J. Étude des conditions critiques à la pérennisation des projets Lean dans les établissements de soins de santé et de services sociaux du Québec, Université du Québec à Trois-Rivières, 2015. [En ligne] Récupéré du site : <http://depot-e.uqtr.ca/7966/1/031515036.pdf>
17. Demetescoux R, La boîte à outils du Lean. 2e édition. Dunod; 2019. 189 p.
18. J. Glover W, A.Farris J, M Van Aken E, L. Doolen T, Critical success factors for the sustainability of Kaizen event human resource outcomes: An empirical study. *Internal journal of production economics*. 2011; 132 (2): 197-213.
19. Stelson P., Hille J., Chinweike E, Doolen T. What drives continuous improvement project success in healthcare? *International journal of health care quality assurance*. 2017; 30 (1): 43-57.
20. OPDQ. Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique. 2006. 48 p.
21. Dupuis, A. Le management scientifique dans les établissements de santé et de services sociaux, les arguments et les enjeux d'une controverse publique. Université TÉLUQ. 2018. [En ligne]. <https://r-libre.telug.ca/1382/>. Page consultée le 29 novembre 2020.