



Atelier 1A

Valeur du travail, *care* et justice sociale

The Value of Labour, Care and Social Justice

Jeudi 8 avril 2021, 9h30 à 10h30

Thursday, April 8, 2021, 9:30 to 10:30

Présidence : Isabelle Marchand, UQO

Des « anges gardiennes » au travail essentiel... mais pourtant invisible. Le cas des préposées aux bénéficiaires. Martin Chadoin, UQAM, Karen Messing, UQAM

Cette conférence se base sur un paradoxe majeur mis en lumière avec la pandémie de COVID-19 : le travail jusqu'alors invisible de certaines catégories de population fut alors considéré comme essentiel. Du moins, il l'a été pendant quelques semaines. Nous traiterons ici de celles et ceux que l'on a appelé affectueusement (pour ne pas dire cyniquement) nos « anges-gardiens », et qui sont parmi les professionnelles de santé les plus souvent infectées selon l'INESS : les préposées aux bénéficiaires.

Alors que pendant des années, les recherches scientifiques ont abordé de front les conditions de travail indécentes dans lesquelles ces personnes œuvrent, il a fallu une crise sanitaire majeure pour que l'on s'intéresse à elles. Alors, comment cela se fait-il ? Qu'est-ce qui explique que ce travail a été invisibilisé pendant des décennies (et le sera très probablement à nouveau) ?

Plusieurs avenues de réponse ont déjà été largement abordées dans la littérature féministe et les *critical race theories*. D'une part, le fonctionnement patriarcal et raciste n'offre que peu de valeur à ces emplois de soins (à part quand on s'intéresse à ceux qui les prescrivent!). C'est d'ailleurs pour cela que l'on y retrouve principalement des femmes, et que celles-ci sont bien souvent racisées. D'autre part, le fonctionnement néolibéral de notre économie ne peut que dévaluer fortement tout emploi qui ne participe pas à la production d'une richesse monétisable : à l'heure de la financiarisation et du management public, ce qui ne permet pas de faire dividende, ou de couper dans les dépenses, ne vaut rien.

Ces avenues (qui ne sont que certaines parmi d'autres) nous invitent à développer une vision systémique. Il faut s'inscrire dans une compréhension des mécanismes qui favorisent cette invisibilisation, afin de pouvoir les transformer. C'est l'objectif de cette conférence : à partir de l'analyse du travail de préposées aux bénéficiaires (PAB) en Ontario, nous montrerons en quoi le fonctionnement du système de gestion contribue à l'invisibilisation du travail. Le travail réel fait ici référence aux théories de l'activité de travail, propres à l'ergonomie francophone. Le travail y est vu comme une activité située de régulation permettant (ou non!) à la personne d'atteindre les objectifs de production, de faire un travail de qualité et de développer sa santé (St-Vincent et coll.,

2011 – *L'intervention en ergonomie*). Le but de l'analyse ergonomique est de mener directement à la transformation de l'activité L'ergonome doit suggérer des pistes de solutions permettant de respecter le corps et l'esprit des personnes au travail.

En 2013, nous avons mené des observations (54h) de PAB dans 6 foyers de soins de longue durée en Ontario. Dans ces foyers, un nouveau système de gestion venait d'être implanté, afin de rendre plus performant le processus d'allocation des budgets ministériels aux différentes unités. C'est aux PAB qu'il est revenu de faire cette tâche de documentation, en utilisant un système informatique. Nos observations ont fait ressortir différentes contraintes, liées à la conception des indicateurs et du système de gestion, qui obligeaient les PAB à omettre des données. En effet, parce que la tâche de documentation venait dégrader la qualité du soin donné aux résidentes, les PAB « trichaient » sur les indicateurs. Malheureusement, cela avait pour effet pervers de provoquer une représentation biaisée de la difficulté de l'unité, entraînant une baisse de l'allocation budgétaire de l'unité, et donc, une dégradation des conditions de travail et ainsi, la nécessité pour les PAB de « tricher » encore et toujours sur les indicateurs. Un cercle vicieux était en cours. C'est la conception même du système d'indicateur et de gestion qui est en tort dans ce phénomène d'invisibilisation du travail des PAB, pourtant si essentiel. Et c'est parce que leur travail de soin n'a jamais été pris en compte dans les étapes de conception que cette situation fut rendue possible.

Alors, que faire face à ce phénomène ? Les sciences de la gestion francophones ouvrent la porte à une innovation sociale intéressante : le management du travail. Cette forme renouvelée de management fait la place à la mise en discussion du travail-activité, au sein d'espaces pilotés et animés par le management. Mais ces espaces de discussion ne sont pas que des groupes de parole, ou d'expression : ils se doivent d'être politiques. En effet, le discours produit une visée transformative. Le travail réel, celui que l'on fait au quotidien au gré des aléas incontournables des situations de travail, peut servir de base aux décisions managériales, et favoriser la conception de situations de travail où performance, qualité et santé ne sont pas en opposition. Ainsi, l'analyse ergonomique permet d'apprendre des travailleurs et travailleuses comment améliorer leur situation de travail. L'équipe de recherche a pu faire plusieurs suggestions de transformation de cette situation.

Crise sanitaire et crise du travail dans la santé et les services sociaux au Québec: le cas des infirmières et des préposés aux bénéficiaires. Paul-André Lapointe, Université Laval

La crise sanitaire a sévi très fortement au Québec au cours de la dernière année, comme l'indique le lourd tribut que le Québec a payé à la pandémie, soit plus de 10 000 décès à ce jour. Elle a révélé au grand jour une importante crise du travail qui s'était développée depuis quelques années déjà dans le système de santé et des services sociaux au Québec. Cette crise du travail est attribuable aux modes de gestion du travail et de la production et plus spécifiquement au *lean management* qui, en conjugaison avec la Nouvelle gestion publique, s'est largement diffusé dans les hôpitaux et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec.

Ce texte se divise en cinq parties. La première partie présente brièvement la méthode de recherche et les enquêtes qui ont servi de base à ce texte. Dans la deuxième partie, je vous convie à un certain voyage dans le temps et l'espace pour retracer brièvement l'origine du *lean* et sa diffusion dans de nombreux secteurs d'activités un peu partout dans le monde et notamment dans les hôpitaux et les services sociaux au Québec. Pour mieux comprendre le *lean* et son impact sur le travail, qui constituera l'objet de la troisième partie, il faut présenter certains concepts de base concernant l'intensité et l'intensification du travail, tout en tenant compte la spécificité du travail de « prendre soin ». En quatrième lieu, il sera question de l'impact du *lean* sur les travailleurs et de la crise du travail qu'il engendre et que la pandémie a révélée. Le texte se terminera, dans une cinquième partie, par la présentation de quelques avenues de solution.

1. Méthode et enquêtes

La crise du travail, qui a cours présentement dans la santé et les services sociaux, nous l'avons identifiée et analysée dans les recherches que nous avons menées dans les hôpitaux, à Québec et dans la Mauricie, au début des années 2000 et qui se sont poursuivies pendant plus d'une décennie. Alliant des méthodes tant qualitatives que quantitatives, ces recherches ont porté principalement sur les infirmières avec lesquelles nous avons tenu divers groupes de discussions, réalisé des entrevues individuelles et auprès desquelles nous avons aussi distribué des questionnaires sur la santé psychologique et les facteurs qui y sont associés. Ces recherches ont été menées avec ma collègue Clémence Dallaire, professeure à la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval. Toutes ces recherches ont été réalisées en partenariat avec les directions des centres hospitaliers concernés et dans certains cas aussi avec les syndicats concernés. Nous avons dans chaque cas déposé un rapport et présenté nos résultats devant les personnes et les instances syndicales et patronales qui avaient participé à la recherche (Lapointe et al., 2011, 2009 et 2007 et Lapointe et Dallaire, 2005). C'est sur la base de ces recherches et sur la base d'une étude approfondie des modes d'organisation et de gestion du travail et de la production¹, que je vous présente ce texte sur le *lean* et la crise du travail. Il va sans dire que j'ai suivi de près toute l'actualité des derniers mois, voire des dernières années, où l'on parle abondamment des hôpitaux, des infirmières et des préposés aux bénéficiaires.

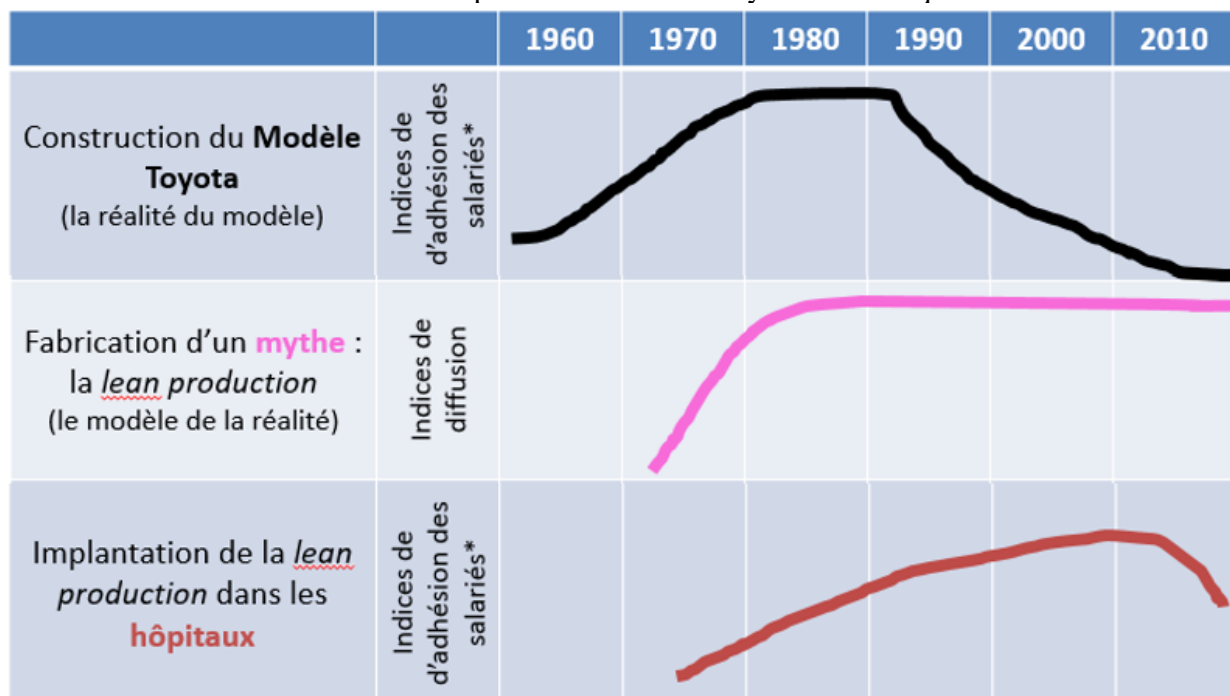
2. Introduction du *Lean* dans la santé et les services sociaux

Pour passer de l'automobile au Japon aux hôpitaux du Québec, il faut mettre en relation trois phénomènes qui se succèdent dans une relation de causalité (voir la figure 1). Le premier

¹ Les modes d'organisation et de gestion du travail et de la production constituent la thématique centrale d'un cours que j'enseigne depuis plus d'une dizaine d'années à des étudiants de premier cycle et qui s'intitule « Changements au travail et dans les organisations ».

phénomène est à l'origine des deux autres. Il représente l'émergence, le développement et la crise du Modèle Toyota au Japon. Apparue dans les années 1960 et 1970, il connaît son apogée dans les années 1980, sur le plan de l'adhésion des salariés (et sur le plan de sa diffusion), avant de connaître une importante crise du travail au début des années 1990, qui entraîne son déclin. Cette crise du travail constitue un rejet de cette forme d'organisation du travail qui s'accompagne d'une forte intensification du travail. Elle se traduit par des arrêts fréquents de la chaîne de montage, par une forte croissance de l'absentéisme et du taux de roulement et par des difficultés majeures de recrutement. Pour sortir de cette crise, les entreprises ont dû réduire l'intensité du travail et assouplir les formes organisationnelles en introduisant notamment des stocks tampons entre les mini-chaînes, issues de la rupture de la chaîne de montage. Elles ont aussi dû recourir à l'emploi temporaire. Au même moment, le Japon est entré dans une importante crise économique dans les années 1990, que l'on a surnommé la « lost decade ». Le chômage a connu une croissance considérable, incitant les travailleurs à conserver les emplois difficiles dans l'industrie automobile et incitant également les chômeurs à accepter ce type de travail, réduisant ainsi les difficultés de recrutement et atténuant les autres dimensions de la crise du travail. Le premier phénomène

Figure 1
De l'automobile à l'hôpital et du modèle Toyota à la *lean production*



* Mesurée notamment, et de manière négative par la crise du travail

Source: Auteur.

représente donc la « réalité du modèle », tel qu'il a émergé et s'est réellement déroulé. À trop intensifier le travail et à négliger les conditions de travail, il a engendré une importante crise du travail qui a compromis la pérennité du modèle et a exigé des modifications substantielles (Benders et Morita, 2004; Coffey, 2006; Keizer, 2011 et Shimi). Le deuxième phénomène, c'est la construction d'un mythe, la « lean production », qui représente le « modèle de la réalité ». Ce sont les « gurus » qui construisent ce mythe en ne retenant que les dimensions technico-

organisationnelles (flux tendu, flexibilité, qualité, participation des salariés à l'amélioration de la qualité) et qui omettent les aspects négatifs associés aux conditions de travail, notamment l'intensification du travail. Deux ouvrages majeurs contribuent à la construction du mythe (Womack et al, 1990 et Womack et Jones, 1996). L'ouvrage de Womack et Jones (1996) s'est vendu à 300 000 exemplaires et a été traduit en huit langues: allemand, français, italien, portugais, polonais, turc, coréen, japonais et chinois (XVIII). Ce qui est étonnant, c'est que le mythe est construit par les experts et qu'il se diffuse largement au moment même où le modèle Toyota connaît une importante crise du travail que l'on passe complètement sous silence. Le mythe est porteur de promesses qui ont tout pour plaire aux dirigeants d'entreprise et particulièrement aux gestionnaires et aux gouvernements obnubilés par l'austérité et la nouvelle gestion publique: une organisation deux fois plus productive; pour le même volume de travail, deux fois moins de main-d'œuvre requise, réduction majeure des coûts de production et de main-d'œuvre; amélioration substantielle de la qualité.

Le troisième phénomène, c'est la transposition du mythe dans les autres secteurs d'activités que l'industrie automobile et dans les autres pays que le Japon. Le mythe est également introduit dans le système de soins et de santé et dans les hôpitaux. Il s'y implante progressivement jusque dans les années 1990 et 2010 avant de connaître une importante crise du travail dans les années 2010. Comme dans les usines automobiles japonaises, cette crise du travail est attribuable à la trop forte intensification du travail qui engendre notamment des difficultés élevées de recrutement. En introduisant dans les hôpitaux un système technico-organisationnel conçu dans le secteur manufacturier, les gestionnaires et les ingénieurs industriels, qui les conseillent, négligent à peu près complètement les conditions spécifiques du travail professionnel dans les hôpitaux, sous prétexte qu'ils sont préoccupés non pas par la nature spécifique des activités, mais par les processus, qui sont les mêmes partout et pour lesquels un programme universel, la *lean production*, est applicable (Villeneuve, 2013 et Winckramasinghe, 2014). En faisant abstraction de la spécificité du travail de soin et en omettant la prise en compte des conditions de travail, l'introduction du *lean management* dans les hôpitaux conduit à une crise semblable à celle qui a sévi dans les usines japonaises d'assemblage automobile vingt ans plus tôt.

3. Impact sur le travail

Le *lean management* représente un renouvellement et un approfondissement de la logique de rationalisation industrielle. Il s'agit d'une dynamique de rationalisation qui s'inscrit dans le prolongement du taylorisme. Sur la base d'une décomposition du travail en ses tâches élémentaires, il prend la forme d'une mesure des temps et des mouvements. Il représente une standardisation du travail que certains auteurs qualifient de flux tendu à main-d'œuvre réduite (Durand, 2017). Son objectif principal est d'accroître l'intensité du travail sur laquelle on va s'attarder un instant. L'intensité du travail se définit par la combinaison d'un certain volume de travail, d'une qualité définie, accompli au cours d'une période de temps impartie. Cela se traduit dans une charge de travail donnée dont la réalisation exige des efforts physiques, intellectuels et émotionnels d'un degré variable. La charge de travail équivaut au travail prescrit et elle se compose de dimensions mesurables, explicites et déjà connues. Quant aux efforts au travail, qui correspondent au travail réel, ils concernent des dimensions le plus souvent invisibles et moins connues. Il s'agit de la résolution de problèmes imprévus, de la coordination avec les coéquipiers, des interactions avec les clients ou les usagers, dont la complexité est inconnue.

Il existe par ailleurs, deux formes d'intensité du travail. En premier lieu, il y a l'intensité-débit. Dans ce cas, la charge de travail est égale aux efforts au travail. Cela correspond assez bien au travail routinier. L'accroissement des charges de travail entraîne une intensité élevée. Cela peut

prendre la forme, entre autres, des cadences infernales de la chaîne de montage. Les gestionnaires sont alors principalement préoccupés par le nombre d'opérations par unité de temps. En deuxième lieu, il y a l'intensité-complexité. Dans ce cas, la charge de travail est inférieure aux efforts au travail. L'intensité anticipée est inférieure à l'intensité-réalisée. On est alors en présence d'un travail de nature davantage cognitive qui consiste en la résolution de problèmes ou de pannes complexes. Dans la plupart des situations, l'interaction avec le public, les clients et les usagers occupe une place considérable. L'intensité élevée est attribuable à l'absence de prise en compte du travail émotionnel et de la complexité du travail dans la définition des charges de travail (Bodier et Wolf, 2018 et Hurtienne et al. 2014).

Avec ces quelques précisions conceptuelles, on comprend aisément que le *lean management* se conjugue très bien avec l'intensité-débit et le travail routinier et grandement prévisible. Mais qu'en est-il avec le travail de soin et avec le travail sur l'être humain ? Ce travail suppose l'omniprésence de l'utilisateur et le recours intensif au langage. L'utilisateur est co-producteur du service. En conséquence, le travailleur ou la travailleuse doit tenir compte des comportements de l'utilisateur, de ses comportements de coopération, de résistance, de passivité ou d'attentisme; il ou elle doit susciter sa coopération et l'inciter à suivre les traitements requis. C'est un travail émotionnel dans lequel il faut gérer ses émotions: il faut afficher les émotions appropriées pour assurer la qualité de la relation avec l'utilisateur; il faut tenir compte des émotions et des craintes de l'utilisateur: il faut gagner sa confiance, le rassurer, l'écouter, l'informer, l'accompagner et le soutenir même dans les moments les plus difficiles.

En introduisant le *lean management* à l'hôpital et dans les CHSLD, on applique l'intensité-débit à un travail qui se caractérise par une intensité-complexité. Cette opération prend des formes différentes selon les professions. Dans le cas des préposées aux bénéficiaires, le travail est amputé de ses dimensions émotionnelles et interactives avec les résidents et les résidentes. Ces derniers ne sont plus considérés comme des personnes humaines ayant des besoins spécifiques, des émotions particulières et des capacités d'échange et de dialogue. Ils sont en quelque sorte objectivés et leur corps est transformés en objets, dont les besoins, strictement physiques, sont décomposés en tâches élémentaires comme servir des repas et donner des soins de base. Tout cela est mesuré, chronométré et transformé en heures et en minutes de travail requis. Il faut arrimer ce travail requis avec la force de travail disponible. Travail requis et travail disponible doivent correspondre le plus étroitement possible. Si le travail disponible est manquant, « on a besoin de bras », comme nous l'a rappelé le PM au sommet de la première vague de la pandémie au printemps dernier. S'il y a trop de travail disponible, on coupe les heures de travail des préposées et ces dernières doivent compléter leur semaine de travail dans un autre établissement. C'est la flexibilité absolue dans la gestion des horaires de travail. En conséquence, le travail a perdu tout son sens. C'est ainsi qu'une préposée aux bénéficiaires décrivait son travail: « on a perdu la compassion, l'émotion, l'empathie, le côté humain. On est des machines, on travaille de façon machinale ». Ici, c'est le principe de la chaîne de montage, invisible bien sûr, et le calcul du nombre d'opérations par unité de temps qui prédominent.

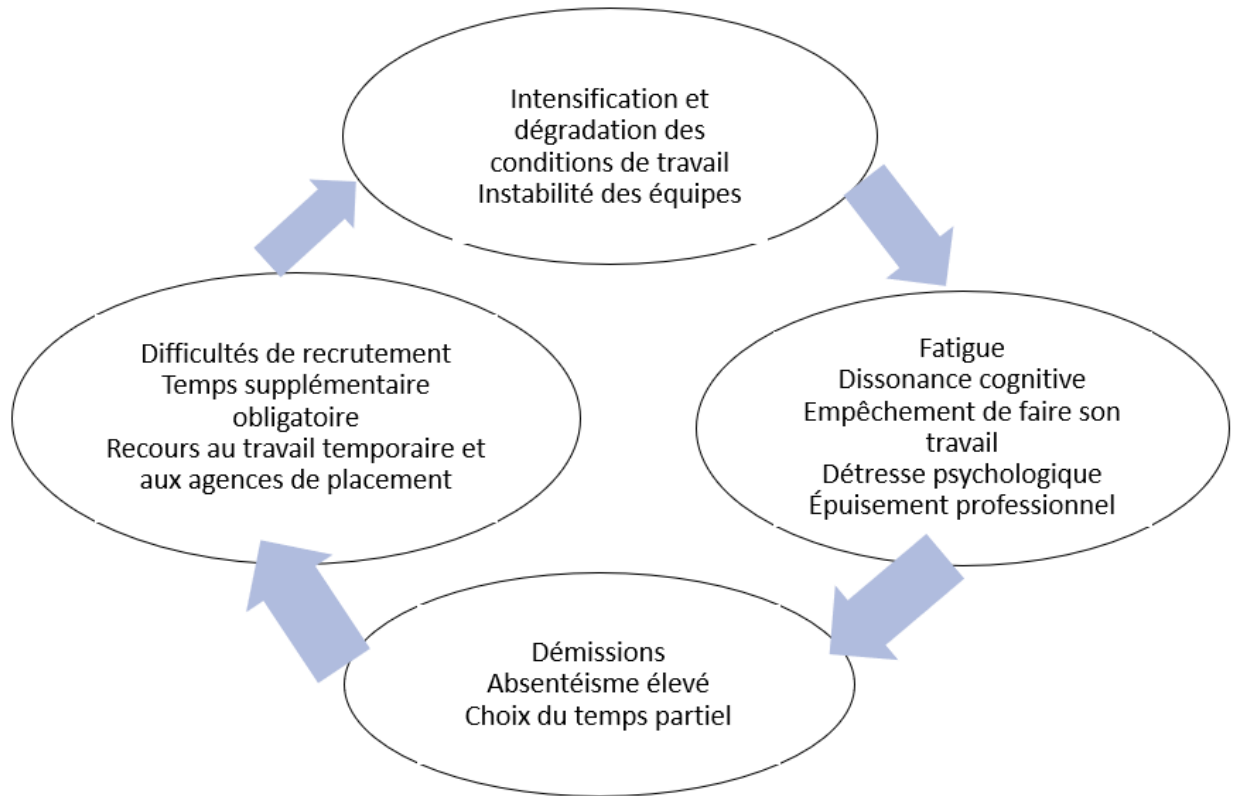
Quant travail des infirmières, il est affecté différemment par l'introduction du *lean*. Les dimensions réflexives et les moments de récupération qui rendent possibles les interventions concrètes auprès des patients sont détachées et séparées de ces dernières. Ils sont considérés comme des activités à non-valeur ajoutée, que les ingénieurs industriels, responsables de l'introduction du *lean* et chargés du chronométrage du travail, identifient avec un vocabulaire un peu naïf comme, « parler libre », « déplacement », « parti quelque part », « inactivité », « recherche », dont la proportion oscille entre 40 et 45% au cours d'un quart de travail. Ce sont des activités dont il faudrait réduire l'importance en vue de les éliminer complètement. Or, elles sont essentielles aux interventions concrètes auprès

des patients et elles en représentent les conditions de possibilité. Elles permettent aux infirmières de respirer entre deux interventions, de reprendre leur souffle et leurs émotions entre deux patients, de se ressaisir, de réfléchir aux soins à donner et de se préparer émotionnellement et mentalement pour des interventions complexes auprès de patients requérant une attention et des soins particuliers. Éliminer ces activités ou réduire le temps qui leur est consacré ne fait aucun sens dans le cadre du travail infirmier.

4. **Impact sur les travailleuses**

À trop intensifier le travail et à le purger de ses dimensions communicationnelles, réflexives et récupératrices, l'introduction du *lean management* dans les hôpitaux et dans les CHSLD entraîne une crise du travail qui se déroule en quatre moments (voir la figure 2). 1) Au point de départ, les conditions de travail sont très difficiles; elles se caractérisent par une forte intensification du travail, une dégradation marquée des conditions de travail et une grande instabilité dans les équipes de soin. 2) La détérioration des conditions entraîne un accroissement dans la souffrance au travail. Il y a certes la fatigue associée à l'intensité accrue du travail. Mais, il y a aussi des situations d'injonctions contradictoires et de dissonance cognitive qui affectent grandement les travailleuses: dans l'urgence et dans l'impératif de subvenir aux besoins d'un trop grand nombre de patients, les travailleuses ont conscience et, souvent même, se sentent responsables faire un travail de mauvaise qualité. Les infirmières et les autres personnels de la santé ont le sentiment de ne pouvoir accomplir leur travail conformément aux standards exigés par leur profession et aux exigences requises par un travail de soins de qualité. Elles ont l'impression d'être empêchées de faire leur travail. Cela engendre des problèmes de santé mentale comme la détresse psychologique et, ultimement, l'épuisement professionnel. 3) La souffrance au travail amènent les travailleuses à déployer des stratégies de protection comme la démission, l'absentéisme et le temps partiel choisi 4) En réaction à ces stratégies qui nécessitent de pourvoir de nombreux postes dans l'urgence afin d'éviter une rupture des services et, par surcroît, dans un contexte de difficultés énormes de recrutement, parce que le travail de soin dans les hôpitaux et les CHSLD est très peu attirant, la direction adopte des pratiques palliatives récurrentes comme le temps supplémentaire obligatoire et le recours à du personnel temporaire, en provenance très souvent des agences de placement. Tout cela se traduit par une détérioration accrue des conditions de travail et une grande instabilité des équipes de soins. On s'enferme ainsi dans un cercle vicieux, soit une dynamique négative auto-entretenu et auto-amplifiée.

Figure 2
Cercle vicieux de la crise du travail dans les hôpitaux et les CHSLD



Source: Auteur

5. Quelques avenues de solution

Pour rompre avec cette situation, il ne suffit pas de simplement intervenir sur la distribution, en augmentant la rémunération, en faisant appel à une logique étroite et utilitariste d'attraction/rétention, qui considère le travail comme une désutilité. Il faut aussi agir sur les autres composantes de la distribution, par la stabilisation de l'emploi, la diminution des ratios personnel/usagers et la réduction des postes à temps partiel. Force est d'intervenir également sur les autres dimensions de la justice sociale. Concernant la reconnaissance, il faut reconnaître les dimensions associées au travail de « prendre soin ». Il est également nécessaire de remettre en cause les hiérarchies professionnelles et les échelles de classification institutionnalisées dans les conventions collectives, qui comportent des disparités salariales énormes, afin de reconnaître la contribution essentielle des emplois dévalorisés, invisibles, que l'on rabaisse encore davantage en les associant au « sale boulot ». Ces emplois sont largement occupés par des femmes et des personnes en provenance des minorités ethnoculturelles. Quant à la représentation, il est nécessaire dans chaque milieu de travail d'associer, dans le cadre d'une réelle participation, les personnes concernées par la réorganisation du travail qui s'impose. Au niveau de la société, mais il faut tenir un débat public sur l'organisation des soins de santé et des services sociaux, associant non seulement les acteurs dominants, mais aussi les acteurs dominés et les mouvements sociaux qui les représentent.

Conclusion

En conclusion, il s'agirait en somme, pour tous les acteurs sociaux concernés, de prendre part à la conception et l'introduction d'**innovations sociales émancipatoires** qui se distingueraient fondamentalement des **innovations sociales régressives**, tel le *lean management*.

Bibliographie

- Benders, Jos et Masaya Morita. 2004. « Changes in Toyota Motors' operations management ». *International Journal of Production Research*, 42 (3), 37-41.
- Bodier, Marceline et Loup Wolf. 2018. *Les facteurs psychosociaux de risque au travail*. Paris: Octares.
- Coffey, Dan. 2006. *The Myth of Japanese Efficiency The Workd Car Industry in a Globalizing Age*. Cheltenham (UK) et Northampton MA (USA): Edward Elgar.
- Durand, Jean-Pierre. 2017. *La fabrique de l'homme nouveau*. Lormont: Le bord de l'eau.
- Hurtienne, Jörn, Ulrike Stilianow et Gisa Junghanns. 2014. « Time and Work Pressure in Today's Working World ». *The impact of ICT on Quality of Working Life*. C. Korunka et P. Hoonakker, eds. DOI 10.1007/978-94-017-8854-0-5
- Keizer, Arjan B. 2011. *Changes in Japanese Employment Practices Beyond the Japanese Model. Londres et New York: Routledge International Business*.
- Lapointe, Paul-André, Clémence Dallaire, François Bernard Malo, Olivier Bagilishya, Steven Ouellet, Bernardin Tapé. 2011. *Climat de travail et santé mentale au travail au Centre Hospitalier Affilié de Québec Résultats descriptifs du sondage effectué à l'été et automne 2009*. Rapport déposé le 28 février 2011. Québec: ARUC – *Innovations, travail et emploi*, 157 pages.
- Lapointe, Paul-André, Clémence Dallaire, MALO, François Bernard, Steven Ouellet, Olivier Bagilishya, Sébastien Nadeau-Gauthier et Mélanie Constant. 2009. *Climat de travail et santé mentale au travail au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières. Résultats descriptifs du sondage effectué à l'été 2008*. Rapport déposé le 2 avril 2009. Québec: ARUC – *Innovations, travail et emploi*, 92 pages.
- Lapointe, Paul-André, Clémence Dallaire, Steven Ouellet et Olivier Bagilishya. 2007. *Climat de travail et santé mentale au travail dans les unités de soins critiques du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. Résultats descriptifs du sondage effectué à l'été et l'automne 2007*. 21 décembre 2007, 60 pages.
- Lapointe, Paul-André et Clémence Dallaire. 2005. *Pénurie qualitative d'infirmières dans les unités de soins critiques Hôpital de l'Enfant Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*. Rapport synthèse, présenté à la direction des soins infirmiers, CHA, Québec. Avril 2005, 39 pages.
- Shimizu, Koïchi. 2000. « Un nouveau toyotisme ? ». *Quel modèle productif ? Trajectoires et modèles industriels des constructeurs automobiles mondiaux*. M. Freyssenet, A. Mair, K. Shimizu et G. Volpato, dir. Paris: La Découverte, 84-114.
- Shimizu, Koïchi. 1999. *Le toyotisme*. Paris: La Découverte.
- Villeneuve, Camil. 2013. *La surdose des systèmes de santé Le paradoxe de l'ajout de ressources pour réduire les délais d'attente, l'organisation du travail selon l'approche LEAN*. Québec: (sans mention d'édition).
- Winckramasinghe, Milmini, Latif Al-Hakin, Chris Gonzalez et Joseph Tan, eds. 2014. *Lean Thinking for Healthcare*. New York: Springer.
- Womack, James P., Daniel T. Jones et Daniel Ross. 1992 [1990]. *Le système qui va changer le monde*. Paris: Dunod.
- Womack, James P. et Daniel T. Jones. 2012 [1996 et 2003]. *Système Lean Penser l'entreprise au plus juste*. Pearson France.