

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DE LA PERFORMANCE : CATALYSEUR
D'INTÉGRATION HORIZONTALE ET DE GESTION DU CHANGEMENT AU
CISSS DE LA GASPÉSIE

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT EN ADMINISTRATION
OFFERT CONJOINTEMENT PAR
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES ET
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

PAR
LINE MOISAN

NOVEMBRE 2019

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.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

École de gestion

Systeme intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et
de gestion du changement au CISSS de la Gaspésie

Line Moisan

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Stéphanie Austin	Présidente du jury
Denis Lagacé	Directeur de recherche
Valérie Bélanger	Évaluatrice externe
Madeleine Audet	Représentante de l'Université de Sherbrooke
Martine Courtois	Représentante du milieu de pratique

SOMMAIRE

Cette thèse porte sur l'étude du déploiement d'un système intégré de gestion de la performance comme catalyseur d'intégration horizontale d'une trajectoire de soins et de services.

Depuis les dernières décennies, les systèmes de santé des pays industrialisés vivent au rythme de diverses réformes (Tchouaket *et al.*, 2012) intensifiant la pression liée à la performance des établissements de santé (Aghren, 2014). Pour mitiger ces difficultés, la plupart de ces pays (Schoen *et al.*, 2007) sont engagés dans des processus d'intégration. L'intégration est devenue, au cours des réformes successives, une réponse importante dans la gestion contemporaine des organisations de la santé et des services sociaux devenues des organisations multi vocationnelles (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002). La littérature démontre que l'intégration des soins et des services, sur la base des trajectoires, offre un énorme potentiel pour améliorer la performance par la collaboration entre les différents partenaires dans le sens où le partage d'information permet l'alignement de la trajectoire de l'utilisateur (Cao et Zhang, 2010 ; Toussaint, 2015).

Le Québec ne fait pas exception à ce courant d'idées. Une dernière réforme, apportée par la loi 10 et mise en force le 1^{er} avril 2015, fait passer le réseau de la santé et des services sociaux de 182 à 34 établissements regroupant ainsi, sur un même territoire, l'ensemble des soins et des services à la population. L'objectif de la loi est de favoriser et de simplifier l'accès aux services, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau. L'intégration est un élément central de cette réforme qui est axée sur la proximité et la continuité des soins et des services auprès de la population.

Une recension des écrits a permis de définir certains concepts utilisés dans cette thèse pouvant soutenir l'amélioration de la performance du réseau de la santé et des services sociaux. La performance apparaît comme un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent (Contandriopoulos, 2008 ; Sicotte *et al.*, 1999). Dans le but de soutenir la performance, les organisations doivent encadrer l'ensemble de leurs démarches à l'aide d'un système intégré de gestion de la performance. Cette étude définit ce système comme étant une philosophie de gestion basée sur l'amélioration continue visant à maximiser les processus centrés sur la valeur client. Il est composé par un ensemble cohérent de principes, pratiques, outils standardisés et coordonnés, contribuant par un leadership partagé à atteindre les objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes. Dans le cadre de cette recherche, les principaux outils utilisés sont les salles de pilotage et le rapport d'état et sont issus du système intégré de gestion de la performance. Les salles de pilotage sont des espaces dédiés où se rencontrent, selon un standard d'animation, les membres d'une organisation afin de statuer de façon dynamique sur la performance actuelle et engager la discussion pour soutenir la performance future (Lagacé et Landry, 2016). Le rapport d'état favorise, quant à lui, un dialogue standardisé entre l'employé et son supérieur hiérarchique permettant d'apprendre et de mieux comprendre l'état de situation des opérations qui se déroulent dans l'organisation.

Les styles de leadership transformationnel et transactionnel représentent des concepts probants pour améliorer la performance organisationnelle. Ils soutiennent l'émergence d'un leadership partagé ancré dans des processus collaboratifs au sein des équipes renforçant ainsi l'intégration horizontale d'une trajectoire axée sur les services à l'utilisateur. L'intégration, selon Kodner et Spreeuwenberg (2002), est considérée comme un ensemble de méthodes de financement, de gestion, d'organisation, de prestation de soins et de services créant un alignement cohérent et une collaboration entre les différentes parties prenantes dans le but d'améliorer l'état de santé de la population. La littérature démontre qu'il existe différentes formes d'intégration et Leutz (1999) les

transpose sur un continuum imbriquant trois modèles d'intégration notamment de liaison, de coordination et de pleine intégration.

Malgré un nombre important de publications sur les notions de performance, de systèmes de mesure de la performance, d'intégration et de leadership, il y a peu de recherches qui font le lien entre ces différents concepts pourtant intimement liés à la performance organisationnelle. La littérature démontre qu'il existe très peu de systèmes de gestion soutenant les processus d'intégration (Aghren, 2012). Néanmoins, la littérature a permis de constater qu'à l'instar de la performance, l'intégration et le leadership sont des artefacts multidimensionnels.

Cette recherche doctorale souhaite enrichir les dimensions relatives à l'étude de l'intégration horizontale soutenue par le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance révélant ainsi un phénomène contemporain peu exploré par la communauté scientifique. C'est pourquoi, l'étude de cas unique est retenue comme stratégie de recherche se situant dans un paradigme constructiviste où la réalité embrasse l'idée de réalités multiples. Les données ont été recueillies, au CISSS de la Gaspésie, sur une période de plus de deux ans et proviennent notamment de l'observation non participante de la chercheuse, des entretiens semi-dirigés, de groupes de discussion ainsi que par l'analyse documentaire institutionnelle pertinente à l'objet de l'étude. Le projet d'intégration des équipes dédiées à la jeunesse, encourageant une meilleure coordination des services, a été soutenu par des outils du système intégré de gestion de la performance et, plus particulièrement, par le rapport d'état et les salles de pilotage. Ce projet d'intégration a été nommé Jimmy.

Les stratégies d'analyse utilisées ont permis de procéder à une description détaillée à partir des différentes sources de données. Cette démarche s'est réalisée en trois grandes étapes permettant de retenir le vécu des différentes parties prenantes tout au long du déploiement du système intégré de gestion de la performance venant soutenir les processus d'intégration.

Les principaux résultats générés par cette étude de cas sont présentés sous la forme de trois articles. Le premier article de la thèse démontre que le leadership se transforme pour s'adapter au contexte d'intégration organisationnelle et n'est plus seulement l'apanage d'un seul gestionnaire. Le leadership transformationnel est important dans l'énoncé de la vision stratégique de l'intégration des services et encourage l'émergence d'un nouveau modèle de gestion. Le leadership transactionnel soutient le rapport d'état dans la conformité des résultats quant aux objectifs spécifiés. Ces deux types de leadership ouvrent la voie au leadership partagé. Ce type de leadership favorise des pratiques collaboratives associées à l'animation des salles de pilotage et au dialogue émanant du rapport d'état. Il améliore le partage d'informations en permettant l'identification des obstacles qui entravent la fluidité des soins et des services. Enfin, il appuie une prise de décision rapide en soutenant une gestion de proximité par la participation de tous les employés contribuant ainsi à l'amélioration de la performance organisationnelle. Considérant la réduction de postes de cadres dans l'établissement en raison des objectifs de la réforme et l'augmentation conséquente du nombre d'équipes interprofessionnelles par gestionnaires, le leadership pourtant nécessaire à l'impulsion du projet Jimmy, s'est adapté, s'est modifié au cours des deux ans du projet. Le leadership partagé, parmi les membres d'une équipe, fait une différence dans la finalité d'un projet d'intégration devenu source de vitalité à la collaboration dont le but est d'améliorer la performance organisationnelle.

L'analyse contenue dans le deuxième article de la thèse permet de constater que le système intégré de gestion de la performance s'avère plus qu'un modèle de gestion. Il s'agit en fait d'un modèle suscitant une collaboration disciplinée. L'élément central du projet d'intégration a été de mettre en place une équipe interdépendante à partir de professionnels provenant de la direction du programme jeunesse et de la direction de la protection de la jeunesse. Le système intégré de gestion de la performance a permis de réconcilier deux champs professionnels par une meilleure connaissance des uns et des autres et par l'entraide pour améliorer les services aux enfants, aux jeunes et aux familles. Ainsi, les salles de pilotage et le rapport d'état sont utilisés comme des

mécanismes formels de collaboration par l'importance accordée aux communications régulières entre les parties prenantes. Ces outils sont complémentaires pour soutenir les processus d'intégration en assurant une meilleure coordination des services et une communication en continu, non seulement pour les cas d'exception, mais bien pour tous les petits Jimmy du territoire gaspésien. Ce résultat s'avère contre-intuitif puisqu'avant la fusion de 2015, ces deux secteurs représentaient deux silos, chacun accusant l'autre de ne pas faire le travail requis pour accompagner les enfants et les familles vulnérables. Aujourd'hui, tous les intervenants et gestionnaires encouragent au contraire cette intégration bien qu'elle n'était pas naturelle au début du projet.

Le troisième article de la recherche démontre des évidences pour étayer la performance apportée par le système intégré de gestion de la performance. Sur une base hebdomadaire, le rapport d'état et les salles de pilotage sont animés permettant ainsi d'apprécier certaines difficultés rencontrées quant à l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et d'y apporter des solutions collectives pour mitiger la fragmentation des services. L'utilisation du rapport d'état et des salles de pilotage, de façon complémentaire, révèle des gains de performance intéressants. À titre d'exemples, l'intensité des services est passée, dans un délai de six mois, de 0,96 intervention/par jour travaillé/par intervenant à plus de 3,6 interventions. Cet indicateur représente ainsi un gain majeur quant à l'accessibilité des services. De plus, il est intéressant de souligner que dorénavant, 100% des jeunes placés en famille d'accueil bénéficient d'un suivi dans un délai n'excédant pas 30 jours. Le rapport d'état a permis de constater que, tant le jeune placé que sa famille d'accueil, pouvaient ne pas avoir de suivi pendant au moins six mois. Pour terminer, la mobilisation des équipes engendrée par une plus grande participation à l'offre de service permet de constater une diminution du taux d'assurance-salaire de 5,60% passant de 14,30% à 8,7% générant une économie de 156 000.00\$

L'originalité de ce projet de recherche révèle un aperçu des possibilités qu'offre la mise en œuvre du système intégré de gestion de la performance. Les études

d'intégration sont habituellement axées sur les soins de santé alors que celle-ci s'est déroulée dans le secteur des services sociaux. L'étude de cas pourrait certainement soutenir la réforme québécoise du réseau de la santé et des services sociaux qui, par ses objectifs initiaux, contribuera à faire augmenter la gestion des trajectoires axées sur les besoins émergents des usagers. La mesure de la performance des processus d'intégration des services étant également peu appuyée dans la littérature.

Une prochaine recherche de type quantitatif ou mixte pourrait se faire de façon longitudinale pour apprécier l'implantation d'un tel projet d'intégration, soutenu par un système intégré de gestion de la performance. Une observation d'indicateurs, sur une plus longue période, serait avantageuse pour avoir une idée précise des retombées du déploiement du système intégré de gestion de la performance et ce, pour l'ensemble des clientèles.

Thèse de **Line Moisan**

Titre : Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion du changement au CISSS de la Gaspésie

Résumé (276 mots)

Cette thèse porte sur l'étude du déploiement d'un système intégré de gestion de la performance comme catalyseur d'intégration horizontale par une trajectoire de services.

L'objectif de cette thèse vise à décrire et à explorer, avec rigueur, le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance, notamment par le rapport d'état et les salles de pilotage, comme catalyseur d'intégration horizontale d'une trajectoire de services. L'étude de cas unique est la stratégie de recherche retenue. Les données ont été recueillies en temps réel sur une période d'observation échelonnée sur deux ans.

Les principaux résultats générés par cette thèse démontrent que le système intégré de gestion de la performance offre des bases solides de pratiques collaboratives entre les différentes parties prenantes pour améliorer la performance organisationnelle et ce, dans une perspective multidimensionnelle. L'observation du déploiement du système intégré de gestion de la performance révèle une complémentarité entre le leadership transactionnel, transformationnel et le leadership partagé, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques. De plus, le système intégré de gestion de la performance soutient une approche par trajectoire interpellant ainsi l'importance accordée à la valeur de l'utilisateur.

L'originalité de ce projet de recherche est qu'il est l'un des premiers à donner un aperçu des possibilités qu'offre le système intégré de gestion de la performance dans l'intégration des services sociaux. Il s'avère ainsi plus qu'un modèle de gestion et doit être considéré comme un modèle axé sur des pratiques collaboratives permettant d'atténuer les silos et d'offrir des services accessibles et continus. La collaboration ainsi soutenue, par les principes du système de gestion et le leadership partagé, a une incidence sur la mobilisation des équipes et ultimement sur la performance organisationnelle.

Mots clés (5) : Performance organisationnelle, système intégré de gestion de la performance, *lean*, leadership partagé, intégration horizontale.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX	17
LISTE DES FIGURES	18
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	19
REMERCIEMENTS	21
INTRODUCTION	23
PREMIER CHAPITRE : PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE	25
1.1 UN PAS VERS LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE.....	28
1.1.1 Le système intégré de gestion de la performance (SIGP).....	34
1.1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux en mode apprentissage	38
1.2 L'IMPORTANCE DU LEADERSHIP DANS LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL	41
1.3 LE CAS DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE	43
1.3.1 Un projet à l'intention des enfants, des jeunes et des familles	47
1.4 RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE	52
DEUXIÈME CHAPITRE : CONTEXTE THÉORIQUE	54
2.1 LA PERFORMANCE ET SES MODES DE GESTION	54
2.1.1 Une introduction à la performance	54
2.1.2 Un survol de l'évolution de la mesure de la performance	55
2.1.3 La performance appliquée aux organisations.....	57
2.1.4 La performance appliquée au réseau de la santé et des services sociaux	58
2.1.5 Des modèles intégrateurs de pilotage de la performance	59
2.1.5.1 La matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983) .61	
2.1.5.2 La matrice de Keegan et al., (1989).....	62
2.1.5.3 La matrice des résultats et des déterminants de Fitzgerald et al., (1991).63	
2.1.5.4 La pyramide de la performance de Lynch et Cross (1991).....	64
2.1.5.5 Le tableau de bord équilibré ou le balanced scored card de Kaplan et Norton (1993)	65
2.1.5.6 Le modèle de Brown (1992)	67
2.1.5.7 Le Prisme de la performance de Neely et al., (2000)	68

2.2	LE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	70
2.2.1	Le modèle de Donabedian	70
2.2.2	Le modèle de l'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (ÉGIPSS).....	71
2.2.3	Cadres d'évaluation de la performance de l'OMS et de l'OCDE	74
2.2.4	Le cadre de mesure de la performance de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	76
2.3	LES SYSTÈMES INTÉGRÉS DE GESTION DE LA PERFORMANCE.....	78
2.3.1	Le système de gestion de la qualité totale.....	79
2.3.2	Le système de production de Toyota.....	81
2.3.3	La gestion Lean : un système de gestion multidimensionnel.....	83
2.3.4	Le Lean santé	85
2.3.5	Le Six Sigma.....	87
2.4	LE SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION APPLIQUÉ AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC	90
2.4.1	La gestion visuelle : assise du système intégré de gestion de la performance	92
2.4.1.1	Les salles de pilotage ou Obeya	94
2.4.1.2	La salle de pilotage stratégique	100
2.4.1.3	La salle de pilotage tactique.....	100
2.4.1.4	Les salles de pilotage opérationnelles.....	100
2.4.1.5	Une cellule modèle : la direction du programme jeunesse	101
2.4.1.6	Kaikaku	102
2.4.1.7	Kaizen	102
2.4.1.8	A3	103
2.4.1.9	Rapport d'état.....	104
2.5	L'INTÉGRATION : VECTEUR DE PERFORMANCE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	104
2.5.1	L'intégration : un concept multidimensionnel	104
2.5.2	Les types d'intégration.....	109
2.5.3	Les niveaux d'intensité d'intégration	111
2.5.4	Les conditions de succès à l'intégration	113
2.5.5	Les dimensions de l'intégration	116
2.5.6	Les trajectoires clients : création de valeur et performance collaborative	117
2.6	LE LEADERSHIP ET LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL.....	120

2.6.1	Les différents styles de leadership.....	122
2.6.2	Le leadership partagé.....	125
2.6.2.1	Conditions d'émergence du leadership partagé	130
2.7	SYNTHÈSE DU CONTEXTE THÉORIQUE ET SCHÉMA DE RECHERCHE.....	132
2.8	QUESTION DE RECHERCHE	136
TROISIÈME CHAPITRE : CADRE OPÉRATOIRE.....		137
3.1	OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	137
3.2	CONSIDÉRATIONS PHILOSOPHIQUES.....	138
3.2.1	Paradigme de recherche.....	138
3.2.2	Posture de la chercheuse.....	138
3.2.3	Considérations ontologiques et épistémologiques	139
3.3	CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES.....	140
3.3.1	Une recherche qualitative	140
3.3.2	Stratégie de recherche : étude de cas.....	141
3.3.3	Objet d'étude.....	144
3.3.4	Unités et niveaux d'analyse	144
3.3.5	Les outils de collecte des données.....	145
3.3.5.1	L'entrevue semi-dirigée.....	145
3.3.5.2	Groupes de discussion.....	147
3.3.5.3	L'observation non participante, les notes de terrain et la documentation organisationnelle.....	148
3.3.6	Stratégies d'analyse des données	149
3.3.7	Contrôle de qualité des résultats.....	150
3.4	CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	153
3.4.1	Le processus de consentement	153
3.4.2	Protection des données personnelles	154
3.4.3	Avantages, inconvénients et risques.....	155
3.5.	SYNTHÈSE DU CADRE OPÉRATOIRE.....	156
QUATRIÈME CHAPITRE : ARTICLES DE LA THÈSE		157
4.1	PREMIER ARTICLE : L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTS STYLES DE LEADERSHIP DANS LE DÉPLOIEMENT D'UN SYSTÈME INTÉGRÉ DE	

GESTION DE LA PERFORMANCE ET L'INTÉGRATION DES SERVICES SOCIAUX	160
4.1.1 Avant-propos.....	160
4.1.2 Introduction.....	160
4.1.3 Contexte théorique.....	162
4.1.3.1 Les différents styles de leadership.....	162
4.1.3.2 Le leadership partagé.....	164
4.1.3.3 Le système intégré de gestion de la performance.....	166
Les salles de pilotage	167
Le rapport d'état	168
4.1.4 Cadre opératoire	169
4.1.5 Problématique.....	171
4.1.6 Résultats.....	171
4.1.6.1 Une vision inspirante d'un projet d'intégration portée par un leadership transformationnel.....	171
4.1.6.2 Un leadership transformationnel et partagé dans le déploiement des salles de pilotage.....	173
4.1.6.3 Un leadership laisser-faire : un obstacle à Jimmy	175
4.1.6.4 Le leadership transactionnel à la rescousse du projet.....	177
4.1.6.5 Le leadership partagé.....	179
Le leadership partagé et ses caractéristiques de groupe : La proximité.....	179
La familiarité et la maturité :	180
Les capacités.....	182
Le leadership partagé et ses caractéristiques liées à la tâche : La complexité.	185
L'urgence :	187
Le sentiment d'importance :	187
L'habilitation :	188
Le leadership partagé et ses caractéristiques liées au contexte organisationnel :	189
La reconnaissance :	191
4.1.7 Discussion	191
4.1.8 Limites de l'étude.....	195
4.1.9 Les recherches futures	195
4.1.10 Conclusion.....	196
4.1.11 Références bibliographiques	197

4.2.	DEUXIÈME ARTICLE : LE SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DE LA PERFORMANCE : CLÉ DE L'INTÉGRATION D'UNE TRAJECTOIRE JEUNESSE	203
4.2.1	Avant-propos.....	203
4.2.2	Introduction.....	203
4.2.3	Cadre conceptuel	206
4.2.3.1	Le concept d'intégration	206
4.2.3.2	Le système intégré de gestion de la performance.....	208
	La trajectoire des soins et des services	208
	Les salles de pilotage	210
	Le rapport d'état.	211
	Le A3.	212
4.2.4	Contexte opératoire.....	213
4.2.5	Problématique.....	214
4.2.6	Résultats.....	215
4.2.6.1	Un premier pas vers l'intégration horizontale.....	215
4.2.6.2	Un projet d'intégration horizontale selon les modèles de liaison et de coordination de Leutz (1999).....	218
4.2.6.3	La trajectoire de Jimmy à la salle de pilotage stratégique	219
4.2.6.4	La salle de pilotage tactique : lieu d'intégration horizontale et verticale.....	222
4.2.6.5	Les salles de pilotage opérationnelles : lieu de communication, de collaboration et de coordination.....	227
4.2.6.6	Le rapport d'état : une intégration verticale.....	229
4.2.6.7	Le rapport d'état : une voix pour l'enfant, le jeune et la famille..	231
4.2.6.8	Des outils pour ne plus être jamais seuls	232
4.2.7	Discussion	233
4.2.8	Limites de l'étude.....	238
4.2.9	Recherches futures.....	239
4.2.10	Conclusion.....	239
4.2.11	Références bibliographiques	241
4.3	TROISIÈME ARTICLE : LA CONTRIBUTION D'UN SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DE LA PERFORMANCE DANS LE SOUTIEN DE LA MESURE DE L'INTÉGRATION DES SERVICES SOCIAUX.....	246
4.3.1	Avant-propos.....	246
4.3.2	Introduction.....	246
4.3.3	Cadre théorique	248
4.3.3.1	Le concept de performance	248

4.3.3.2	Le système intégré de gestion de la performance.....	249
	Les salles de pilotage.	250
	Le rapport d'état.	251
	Le A3.	252
4.3.3.3	L'intégration des services par une trajectoire axée sur l'utilisateur ..	252
4.3.4	Cadre opératoire	253
4.3.5	Problématique.....	254
4.3.6	Résultats	255
4.3.6.1	Un projet d'intégration des services nommé Jimmy	255
4.3.6.2	Une absence d'indicateurs de performance au début du projet.....	257
4.3.6.3	Gains de performance mitigés.....	258
4.3.6.4	Le rapport d'état et le choix des indicateurs ciblés	259
4.3.6.5	La salle de pilotage tactique : gains de performance collaborative ..	262
	Les salles de pilotage opérationnelles : à la recherche de performance clinique.	264
4.3.6.6	La communication : avenue de performance organisationnelle.....	265
4.3.6.7	Des résultats tangibles.....	266
	Des gains cliniques.	266
	Des gains structurels et financiers : Des gains de temps.	268
	Des gains de mobilisation.	269
4.3.7	Discussion	270
4.3.8	Limites de l'étude	273
4.3.9	Recherches futures.....	274
4.3.10	Conclusion.....	275
4.3.11	Références bibliographiques	276
CINQUIÈME CHAPITRE : DISCUSSION		281
5.1	CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES DE LA RECHERCHE	281
5.1.1	Retour sur les principaux éléments de la problématique managériale ..	281
5.1.2	La revue de littérature : carences identifiées.....	283
5.1.3	Contributions théoriques.....	284
5.1.3.1	Contributions à l'amélioration des connaissances sur la gestion du changement dans un contexte d'intégration soutenu par un système intégré de gestion de la performance.....	284
5.1.3.2	Contributions à l'amélioration des connaissances sur la complémentarité entre le leadership partagé et le système intégré de gestion de la performance.....	286

5.1.3.3	Contributions à l'amélioration des connaissances du système intégré de gestion de la performance comme modèle de collaboration à la gestion par trajectoire	289
5.1.3.4	Contributions à l'amélioration des connaissances sur les gains de performance par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance	292
5.1.3.5	Contributions à une meilleure compréhension des processus d'intégration par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance	295
5.1.4	Contributions pratiques de la recherche.....	295
5.2	LES LIMITES DE LA THÈSE.....	297
5.2.1	Limites quant aux choix méthodologiques retenus	297
5.2.1.1	Limites quant à l'empreinte de désirabilité sociale	297
5.2.1.2	Limites quant à la généralisation des résultats	297
5.2.1.3	Limites quant aux biais possibles et antécédents de la chercheuse ...	298
5.3	RECHERCHES FUTURES.....	299
	CONCLUSION	301
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	304
	ANNEXE A FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	343
	ANNEXE B GUIDES D'ENTRETIEN	359
	ANNEXE C PRÉSENCE SUR LE TERRAIN ET TYPE DE COLLECTE DE DONNÉES	367

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1	Entretiens semi directifs	147
Tableau 3.2	Critères de validité.....	152
Tableau 4.1	Portrait de la situation en 2016	262
Tableau 4.2	Des gains de performance	268

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1	Le réseau de la santé et des services sociaux du CISSS de la Gaspésie..	44
Figure 1.2	Organigramme du CISSS de la Gaspésie.....	46
Figure 2.1	Évolution de la mesure de performance.....	57
Figure 2.2	Le modèle ÉGIPPS	73
Figure 2.3	Modèle de Kaplan et Norton (1995).....	77
Figure 2.4	Modèle Toyota selon les quatre catégories de principes.....	83
Figure 2.5	Cycle PDSA et Obeya	99
Figure 2.6	Schéma du contexte théorique	136
Figure 4.1	Schéma intégrateur des trois articles de la thèse	159
Figure 4.2	Évolution des styles de leadership.....	192

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CER	Comité d'éthique et de la recherche
CGR	Comité de gestion réseau
CH	Centre hospitalier
Chaire IRISS	Interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les Services de Santé
CHSLD	Centre hébergement de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de santé communautaire
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR	Centre de réadaptation
CSSS	Centre de Santé et de Services sociaux
DGA	Directeur général adjoint
DMAIC	Définir-Mesurer-Analyser-Améliorer-Contrôler
EFQM	European Foundation for Quality Management
ÉGIPSS	Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé
GMC	General Motor Company
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MIT	Massachusetts Institute of Technology
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de Coopération de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PASSAJE	Promotion-Prévention-Protection, Aide, Soins, Soutien, Accompagnement, Jeunesse, Ensemble
PATH	Performance Assessment Tool for Quality Improvement

PDSA	Plan-Do-Study-Act
PDG	Président-directeur général
PDGA	Président-directeur général adjoint
PODC	Planifier-Organiser-Diriger-Contrôle
PSS	Performance du Système de Santé
SIGP	Système intégré de gestion de la performance
TQM	Total Quality Management
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

REMERCIEMENTS

La section des remerciements est une partie agréable qui permet de faire une rétrospective des principales étapes de mon parcours académique me rappelant les bons moments et de reconnaître des personnes qui ont contribué à la recherche et à façonner la chercheuse que je suis devenue. Je compare ma démarche académique à un marathon et j'arrive au fil d'arrivée tout sourire.

Le premier remerciement va à monsieur Denis Lagacé, mon directeur de thèse. Je vous remercie de m'avoir tendu la main dans une période turbulente de ma vie professionnelle. Vous m'avez conduite avec respect et humour. Vos habiletés à me « déconstruire pour me reconstruire » m'ont permis d'améliorer mon écriture et de penser comme une étudiante au doctorat. Vos encouragements me permettent, en finalité, de déposer cette thèse. Je vous en serai toujours reconnaissante.

Des remerciements sincères à mon jury de thèse qui m'accompagne pour faire de moi une meilleure chercheuse. Outre l'expertise de monsieur Lagacé dans les systèmes de gestion de la performance, mesdames Stéphanie Austin et Madeleine Audet m'ont apporté des conseils avisés sur le leadership et la gestion du changement et qui m'ont aidée à trouver ma voie sur un parcours scientifique qui n'est pas naturel. Je remercie également les membres du jury qui viennent de se joindre à nous. La représentante du milieu, madame Martine Courtois de même qu'à l'évaluatrice externe madame Valérie Bélanger.

Des remerciements chaleureux au CISSS de la Gaspésie pour leur ouverture à m'accueillir et au support indéfectible pendant ces dernières années. Un merci particulier s'adresse à mesdames Chantal Duguay, Connie Jacques et à tous les gestionnaires et intervenants qui ont gentiment accepté de participer à la recherche. Je

ne peux passer sous silence la contribution exemplaire de madame Jolaine Cauvier qui, par sa persévérance et son grand sens de l'écoute, a encouragé les équipes à vivre sereinement un changement d'envergure. Un merci à Jimmy, c'est cet enfant n'ayant pas encore atteint ses 10 ans, qui a été au cœur de ces travaux permettant de croire en un avenir meilleur pour tous ses amis de la Gaspésie.

Pour terminer, je tiens à remercier mon conjoint, Pierre, point d'ancrage de ma vie de tous les jours. Des heures passées à écouter mes présentations orales lors de ma scolarité, des heures de lecture et de relecture des différents chapitres de la thèse, des encouragements à terminer mon cheminement malgré de grandes remises en question. Comme je le dis si souvent à notre entourage, « tu es le meilleur mari au monde ! »
Merci.

INTRODUCTION

La présente thèse a été réalisée au sein du programme de doctorat en administration des affaires. Elle a comme point d'ancrage l'introduction, en avril 2015, d'une réforme majeure revisitant l'architecture du réseau de la santé et des services sociaux québécois le faisant passer de 182 à 34 établissements regroupant ainsi, sur un même territoire, l'ensemble des soins et des services à la population. L'élément central de cette nouvelle réforme est l'intégration des soins et des services dans une perspectives d'accessibilité, de continuité et de qualité. Dans ce contexte, cette thèse porte sur un volet de la transformation, soit l'intégration des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles et s'intéresse particulièrement à la contribution des outils d'un système intégré de gestion de la performance.

La thèse, produite sous la forme de trois articles, est présentée en cinq chapitres. Le premier chapitre énonce la problématique en exposant la perspective dans laquelle l'objet de recherche est abordé.

Le deuxième chapitre offre une recension des écrits apportant un éclairage quant à la problématique retenue. Ainsi, la littérature sur la performance organisationnelle, les systèmes de gestion inspirés des courants de la qualité totale, du *Lean* et du *Lean Six Sigma*, sur l'intégration des services sur la base du continuum de Leutz (1999) et sur les différents styles de leadership adoptés pour soutenir l'émergence d'un système intégré de gestion de la performance ont, tour à tour, été abordé par une revue de littérature rigoureuse. Cette dernière a permis notamment d'explorer le cadre de la recherche et de constater une carence sur la contribution des systèmes de gestion à l'intégration des services et ce, particulièrement dans le domaine des services sociaux. La thèse fournit des contributions théoriques comblant en partie cette lacune identifiée dans la littérature scientifique.

Le troisième chapitre présente les considérations philosophiques ainsi que la méthodologie endossée par cette thèse. Considérant le peu d'écrits scientifiques sur le sujet à l'étude et le contexte relativement nouveau du CISSS de la Gaspésie, l'approche retenue est une approche de recherche qualitative, exploratoire et constructiviste. Cette approche se traduit dans une étude de cas unique en utilisant des méthodes de collecte et d'analyse de données propres à la théorisation ancrée. Les considérations de validité et d'éthique de la recherche sont également abordées à l'intérieur de ce chapitre.

Le quatrième chapitre présente les trois articles issus des données recueillies pendant plus de deux ans de collecte de données sur le terrain. Le premier article s'intéresse particulièrement à l'évolution du rôle du leader dans le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance soutenant les processus d'intégration des services. Le deuxième article aborde de façon plus spécifique l'intégration puisqu'elle est une dimension centrale de la transformation du réseau. L'article met en relief la contribution du système intégré de gestion de la performance à l'émergence et à la consolidation des trajectoires axées sur les services à l'utilisateur. Le troisième article démontre les gains de performance réalisés par l'utilisation de différents outils du système intégré de gestion de la performance dans l'intégration des soins et des services.

Le cinquième chapitre discute des principaux constats tirés de l'analyse des résultats, des contributions théoriques et managériales, des limites de la thèse et évoque des pistes de recherches futures.

Pour terminer, cette thèse entend apporter une contribution utile aux établissements devant s'inscrire dans le déploiement du système intégré de gestion de la performance soutenant l'amélioration de la performance organisationnelle dans une perspective multidimensionnelle.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE

Depuis les dernières décennies, les systèmes de santé des pays industrialisés vivent au rythme de diverses réformes (Tchouaket, Lamarche, Goulet, Contandriopoulos, 2012) intensifiant la pression liée à la performance des établissements de santé (Aghren, 2014) pour offrir des services de santé de la manière la plus efficace et d'en réduire les coûts (Charfeddine et Montreuil 2008).

Le réseau de la santé et des services sociaux québécois ne fait pas exception à ce courant d'idées, car il est confronté, lui aussi, depuis plusieurs années, aux défis d'offrir des soins et des services accessibles, continus et de qualité et ce, dans le but d'en accroître l'efficacité et l'efficacités (Québec, 2014 ; Tchouaket *et al.*, 2012).

Depuis plus de trois décennies, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec tente tant bien que mal d'augmenter sa performance pour freiner les dépenses publiques qui représentent près des deux cinquièmes de l'ensemble des dépenses consolidées du Québec incluant les intérêts sur le déficit selon le Rapport de la Commission de révision permanente des programmes (2015). Pour ce faire, le réseau de la santé et des services sociaux s'est modifié, s'est transformé au gré des nombreux ministres et réformes qui se sont succédés : Claude Castonguay (MSSS, 1970), Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989), Marc-Yvan Côté (MSSS, 1992), Dr Jean Rochon (MSSS, 1994), Pauline Marois (MSSS, 1999), Dr Philippe Couillard (MSSS, 2003), Dr Yves Bolduc (MSSS, 2008), Dr Réjean Hébert (MSSS, 2013) et par le ministre, le Dr Gaétan Barrette (MSSS, 2014). Ces réformes ont comme trame de fond les différentes Commissions d'enquête dont celles de Castonguay-Nepveu (1967-1972), Rochon (1985-1987) et Clair (2000-2001) et plus récemment, celle de la Commission de révision permanente des programmes (2015).

L'ensemble de ces réformes poursuivent le même objectif : améliorer la performance du réseau de la santé et des services sociaux par une intégration structurelle des établissements et par une intégration de l'ensemble des soins et des services afin de maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements des systèmes de santé (Contandriopoulos, Denis, Touati, Rodriguez, 2001 ; Levine, 2015). Force est de constater que, malgré ces nombreuses réformes et commissions d'enquête, le réseau de la santé et des services sociaux peine toujours à faire face à plusieurs problèmes et les défis pour y répondre persistent tout autant (Commission de révision permanente des programmes, 2015). Le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (2016) souligne que l'accessibilité et la continuité des soins et des services demeurent des défis cruciaux à relever pour le Québec.

À l'instar des pays industrialisés (Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh, Murukutla, 2007) et des autres provinces canadiennes notamment l'Alberta (Kodner, 2009) et le Nouveau-Brunswick (LeBlanc, 2010), le Québec met en force le 1^{er} avril 2015 la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des Services sociaux par l'abolition des Agences régionales adoptée en septembre 2014 par l'Assemblée nationale. Cette loi est une réforme majeure du réseau des établissements de santé et de services sociaux le faisant passer de 182 à 34 établissements. Ces fusions donnent ainsi naissance, par une intégration structurelle, aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) regroupant ainsi, sur un même territoire, l'ensemble des soins et des services à la population. La quasi-totalité des établissements sont ainsi fusionnés au sein de vingt-deux mégastructures, soit treize centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Certains établissements n'ont pas été fusionnés et conservent leurs missions respectives notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU), les instituts universitaires (IU), les instituts de cardiologie ainsi que les établissements desservant une population nordique et autochtone (Québec,

2014). L'intention est de passer d'une logique d'établissements à une logique d'un réseau intégré de soins et de services axés sur le patient (Rondeau, Parent, Jobin, 2015). Les établissements nouvellement intégrés ont ainsi une mission élargie afin d'assurer l'accessibilité à des soins et services de qualité pour répondre aux besoins de la population grâce à une véritable intégration des soins et services généraux et spécialisés. L'intégration structurelle et l'intégration des soins et des services ont donné lieu à l'aplanissement des structures organisationnelles les faisant passer de trois à deux paliers et à la centralisation des pouvoirs auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'objet principal de la loi 10 (Québec, 2014) représente une intention politique pour restructurer l'arrimage entre les différents paliers d'intervention et est ainsi libellé :

La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de 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 de ce réseau.

À cet effet, elle prévoit l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux régionaux de services de santé et de services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques (p. 5).

Ainsi, le gouvernement actuel poursuit donc les objectifs de la réforme inachevée de 2003 par l'intégration des soins et des services visant à assurer l'amélioration de la performance du réseau de la santé et des services sociaux. Au cours des dernières décennies, l'intégration est souvent reconnue comme une solution potentielle pour réduire la fragmentation des soins et des services (Organisation mondiale de la Santé, 2008) et constitue une mesure efficace pour accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services (Kringos, Boerma, Van der Zee, Groenewegen, 2013).

La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, adoptée en 2003, alors que le Dr Philippe Couillard est ministre de la Santé et des Services sociaux, vient dès lors, soutenir une transformation du réseau de la santé et des services sociaux au moyen d'une intégration verticale des établissements. Cette intégration a comme finalité de renforcer les trajectoires de services pour améliorer la santé de la population. De plus, considérant l'aspect d'une gouvernance décentralisée par la mise en place des réseaux locaux de services, l'intégration horizontale est devenue un incontournable pour accentuer l'accessibilité et la continuité des soins et des services entre les différents partenaires intersectoriels.

L'objectif poursuivi par l'adoption de la loi 10 est de mettre en place une structure de gouvernance centralisée et intégratrice qui favorise l'organisation des services par des trajectoires de soins et de services. Le gouvernement priorise la mise en place d'organigrammes communs à tous les établissements pour ensuite organiser efficacement les soins et les services (Demers, 2013). L'intégration demeure le point central de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Une nouvelle structure administrative et clinique et une nouvelle forme de gestion de la performance, mises en place dans cette transformation, ont comme objectif d'atténuer les silos entre les niveaux de soins et de services, entre les différentes missions des établissements et les différents partenaires. Un nouveau mode de gestion qui pourrait ainsi devenir un véritable vecteur dans l'intégration des soins et des services axés sur les besoins des usagers.

1.1 UN PAS VERS LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) présente en 1992 ses objectifs liés à la performance des systèmes de santé pour ses 35 pays membres répartis à travers le monde (Hurst et Jee-Hugues, 2001). Pour la moitié des pays membres de l'OCDE, l'accès aux soins, en temps opportun, est l'un des

problèmes cruciaux des systèmes de santé (Postma et Roos, 2015). Le manque de coordination des soins est également un élément d'insatisfaction chez les usagers qui entraîne une fragmentation de l'offre de soins et par conséquent, des soins de qualité inférieure (Bodenheimer, 2008 ; Hellman, Kastberg, Siverbo, 2014). Les dirigeants de la santé repensent et remodèlent en profondeur les structures, les processus et les relations existants entre les différentes parties prenantes pour améliorer la performance du système de santé (Bishop, 2014).

L'objectif principal de la réforme de 2003 et celle de 2015 se résume à stimuler, une fois de plus, l'intégration tant sur le plan de la gouvernance que sur le plan clinique par le développement de trajectoires de services qui font davantage appel, selon Aghren (2003) et Pellinen, Teittinen, Järvenpää (2016), aux principes d'interdisciplinarité pour régler les problèmes d'accès et de continuité. Le gouvernement aurait la ferme intention, avec la réforme actuelle, de sceller les problèmes d'interfaces entre les missions des différents établissements (Commission de révision permanente des programmes, 2015) en les intégrant sous une seule et même gouvernance au sein des CISSS et des CIUSSS.

Une revue de littérature permet de circonscrire deux approches d'intégration. L'une est structurelle et l'autre se réalise sur une base de collaboration volontaire (Packard *et al.*, 2012). L'intégration structurelle se résume à la fusion de deux ou plusieurs organisations auparavant autonomes sous une seule juridiction administrative. La collaboration, quant à elle, englobe des relations formelles et informelles entre différentes organisations offrant une perspective d'échanges de ressources pouvant soutenir des objectifs communs (Sowa, 2008). Les démarches d'intégration démontrent que celles-ci sont des éléments déterminants pour accroître l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services (Aghren, 2003 ; Reddy, 2016). Les principales raisons de la lenteur des progrès d'intégration horizontale sont les débats corporatifs entre les parties prenantes et une structure favorisant le pouvoir vertical ou *top down* (Aghren, 2003 ; Pettersen et Solstad, 2013)

venant alourdir les processus décisionnels par la centralisation du pouvoir entre les mains d'une seule personne.

L'idée des fusions provient d'une volonté politique quant à la réduction des coûts de structures et de gouvernance et par la performance de l'accès et de la continuité des soins et services dans la communauté. Elles s'inscrivent dans une politique active de fusions et d'intégration par la centralisation des pouvoirs et ce, malgré des données probantes quant au peu d'avantages à fusionner les établissements de santé (Aghren, 2014). Les gouvernements en font un enjeu politique important nonobstant les bouleversements et les turbulences créées au sein des systèmes de santé (Gaynor, Laudicella, Propper, 2012).

Des chercheurs (Powell, Davies, Williams, Larsen, Perkins, Roland, Harris, 2008) ont effectué une importante revue de la littérature sur les résultats des soins intégrés en procédant à l'examen de 80 projets de soins intégrés réalisés en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada et aux Pays-Bas. Ils ont constaté que les stratégies de soins intégrés sont associées à une amélioration de la santé et de la satisfaction des patients quant à une meilleure coordination des services dans plus de 50% des études. De plus, ils mentionnent que les résultats quant aux gains financiers ne sont pas nécessairement au rendez-vous. Seulement 5 des 80 études sont mentionnées comme ayant générées des résultats significatifs dans ce domaine.

D'autres études parviennent à des conclusions similaires dont celle de Øvretveit (2011). Il questionne si l'amélioration de la coordination clinique améliore la qualité des soins et des services et permet de réaliser des économies. L'auteur arrive à une conclusion affirmative. Néanmoins, il appert que les résultats sont dépendants de l'approche utilisée, de la manière dont elle est mise en œuvre et des caractéristiques de l'environnement dans lequel évolue l'organisation, y compris le système de financement. Øvretveit (2011) constate qu'une piètre coordination des services peut

mener l'organisation vers des événements indésirables en raison de la sous-qualité produite causant des dépenses inutiles.

Au Québec, à la fin des années 1990, différents projets d'intégration clinique ont vu le jour et s'adressaient particulièrement aux personnes âgées (Tourigny *et al.*, 2002), aux personnes souffrant de troubles mentaux graves nécessitant un suivi intensif (Fleury, 2000) et celles aux prises avec des problèmes de santé chroniques tel le diabète ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques. Le modèle s'adressant aux personnes âgées a vu le jour dans la région des Bois-Francis et les résultats d'évaluation ont permis de pérenniser ce modèle que l'on connaît aujourd'hui sous l'acronyme RSIPA (réseau de services intégrés destiné aux personnes âgées). Au départ du projet, il s'agissait d'une solution émergente et volontaire des intervenants terrain. Le projet d'intégration s'est constitué principalement autour d'un guichet unique, de gestionnaires de cas, de plans de services individualisés et de tables de concertation aux niveaux stratégique, tactique et clinique.

Dans le secteur jeunesse, des initiatives ponctuelles régionales et même locales voient également le jour. Le moteur de ces initiatives semble lié à un meilleur partage d'information entre les différents partenaires oeuvrant auprès des enfants, des jeunes et des familles. Un projet majeur est initié par la région des Bois-Francis et vise l'intervention dans le secteur de la négligence parentale. Ce programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) a fait l'objet de nombreuses évaluations positives et est maintenant un programme reconnu par le MSSS (2015-2020) et il est implanté dans tous les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Enfin, le projet Passage (favorisant l'intégration des services à la jeunesse entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne) a vu le jour dans la MRC des Basques et est présentement le modèle retenu par le CISSS du Bas-St-Laurent dans l'organisation des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles. À travers différents projets s'adressant à des clientèles ciblées (enfants présentant un trouble déficitaire d'attention, d'autisme, de difficultés langagières, etc.) où le désir de renforcer tant l'accessibilité

des services que leur continuité, il n'en reste pas moins que ces initiatives ont été portées par une collaboration accrue entre les différents partenaires et par une meilleure coordination des services au profit de la clientèle (Sowa, 2008).

Cependant, certains auteurs (Glisson et Hemmelgarn, 1998) affirment qu'il y a peu d'évidences que les initiatives d'intégration soutenues par des processus de coordination interorganisationnelle améliorent de façon significative les services pour les enfants. Ces résultats convergent avec certaines initiatives connues au Québec pour améliorer, depuis plus de trois décennies, la continuité des soins et des services, notamment dans le secteur de la jeunesse. L'évaluation de l'expérience des fusions dans les services à la jeunesse par la création des Centres jeunesse dans le contexte de la réforme Couillard (MSSS, 2003) n'ont pas démontré leur plein potentiel pour améliorer l'intégration et la continuité des soins et des services à l'intention des enfants, des jeunes et de leurs familles (Bourque, Lachapelle, Savard, Tremblay, Maltais, 2010 ; Goyette, Bentayeb, Marion, 2014). Malgré tout, les effets observés sont plutôt négatifs et vont à l'opposé des objectifs d'une meilleure coordination des services (Denis et Préal, 2014). Les problèmes d'accessibilité et de fragmentation sont toujours présents.

Selon Demers *et al.*, (2002), l'intégration des services ne doit pas nécessairement passer par la mise en place de mécanismes d'intégration organisationnelle. Au contraire, ces auteurs soulignent de considérer la communauté de pratique comme étant un élément d'intégration sans avoir à bousculer l'ensemble des structures organisationnelles.

L'Alberta, la Saskatchewan et le Québec ont déjà à leur actif des initiatives de fusion et d'intégration des soins et des services dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins. Ces exercices d'intégration ont donné lieu à l'aplanissement des structures organisationnelles et à la centralisation des pouvoirs. À titre d'exemple, en Alberta, en 2009, s'opère une nouvelle réorganisation administrative faisant disparaître la carte des régions au profit d'un organisme central

nommé le Alberta Health Services (AHS). Les apprentissages tirés de l'expérience albertaine démontrent finalement que la réorganisation exige la mise en place de nouvelles structures pour prendre en compte les réalités locales (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle, Breton, 2014) et un réinvestissement budgétaire est rendu nécessaire.

Les données suggèrent que la création de mégastructures réparties sur plusieurs sites, comme c'est le cas au Québec, entraînent des pertes d'efficacité tant sur les plans administratifs que cliniques (Contandriopoulos *et al.*, 2014). Une période d'instabilité et d'augmentation des frais de fonctionnement, un manque de coordination entre les différents services, l'insécurité et le stress qui engendrent des coûts astronomiques en absence maladie, la perte d'identité culturelle, l'accroissement des coûts de transport tant chez les usagers que pour le personnel couvrant dorénavant de grands territoires, l'augmentation de la bureaucratie et la diminution de la flexibilité organisationnelle. La communication représente un défi puisque les établissements nouvellement fusionnés, plutôt que d'accentuer leur complémentarité dans l'offre de soins et de services, deviennent concurrentiels en raison de la rareté des ressources. Les établissements s'inscrivent alors dans un statu quo défensif (Demers, Dupuis, Poirier, 2002).

Les fusions ne semblent pas faciliter le souhait d'intégration clinique et administrative pour diminuer la fragmentation de l'offre de services. Au contraire, les plus beaux succès d'intégration des soins et des services se sont réalisés sur une base émergente des équipes et le volontariat des individus (Contandriopoulos *et al.*, 2014). Les fusions entravent l'émergence des soins et les services intégrés en créant une bureaucratisation et une standardisation accrues et en déclenchant des conflits et de la méfiance parmi le personnel des organisations fusionnées (Demers, 2013). L'enjeu central pour établir la collaboration interprofessionnelle repose sur la confiance des professionnels entre eux et provenant d'horizons différents. L'étude de Hansen (2009) révèle que peu de cadres affichent un style complètement collaboratif. L'intégration

horizontale des soins et des services repose davantage sur des enjeux humains et de la valeur ajoutée à l'expérience client plutôt qu'organisationnels et structurels (Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger, Vallières-Joly, 2001) et c'est ainsi que la gestion du changement devient risquée (Klarner, Probst, Soparnot, 2008).

1.1.1 Le système intégré de gestion de la performance (SIGP)

Conscient des écueils vécus au cours des dernières réformes, le gouvernement actuel a comme intention de changer la gestion traditionnelle du réseau de la santé et des services sociaux par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance (Lagacé et Landry, 2016). Malgré la diminution des paliers décisionnels qui interpelle une gestion horizontale, les nouveaux organigrammes favorisent davantage la gestion en silos par la mise en place de grandes directions créant ainsi des tensions dans l'élaboration des nouvelles trajectoires pour les patients. Le mode traditionnel de gestion soutenu par le PODC (Planifier-Organiser-Diriger-Contrôler) de Fayol (1918-1979) ne suffit plus à la tâche selon Demers *et al.*, (2002). Roy, Litvak, Paccaud (2010) soulignent que la gestion traditionnelle est un modèle adéquat dans un environnement relativement stable et qu'une organisation en silos peut convenir. Les organisations de santé et de services sociaux sont organisées selon une logique d'intégration verticale, c'est-à-dire d'un contrôle hiérarchique, *top down*, qui passe, entre autres choses, par l'aspect du contrôle budgétaire (Pellinen *et al.*, 2016).

Or, dans le contexte actuel de fusions et du caractère fortement pluraliste du réseau de la santé et des services sociaux, la gestion doit migrer vers une gestion collaborative où l'intégration horizontale est recherchée afin de réorganiser les trajectoires des soins et des services dans le but d'une valeur ajoutée pour l'utilisateur (Aghren, 2014). Dans le cadre de la transformation actuelle, le système intégré de gestion de la performance et l'intégration horizontale des soins et des services pourraient présenter des avantages dans une perspective d'amélioration de la performance du réseau de la santé et des services sociaux.

Depuis quelques années, le Québec s'inspire d'établissements de santé reconnus pour leur performance organisationnelle soutenue par le *Lean management*. Pour n'en nommer que quelques-uns, Thedacare au Wisconsin, l'Hôpital St-Mary's en Ontario et le Baptist Health Care en Arkansas font partie de ces établissements de premier plan. Ces derniers expérimentent depuis plusieurs années le *Lean* qui est défini comme une philosophie de gestion et inspiré par un ensemble de principes issus du modèle Toyota (Poksinska, 2010 ; Toussaint et Berry, 2013). Malgré la mise en œuvre de systèmes intégrés de gestion de la performance fortement influencés par le *Lean*, aucun établissement de santé n'a expérimenté cette approche dans l'ensemble de ses services (Spear, 2005). Il s'agit plutôt de projets ponctuels comme à l'urgence ou au département informatique par exemple.

Une revue exhaustive de la littérature menée par Moraros, Lemstra et Nwankwo (2016) démontrent que les interventions issues du *Lean* ne portent pas nécessairement les fruits escomptés. Ainsi, les données probantes soulèvent des résultats mitigés notamment quant à l'amélioration des soins et des services pour la population et la réduction des coûts associés. Le réseau de la santé est un monde complexe et, en ce sens, il existe une multitude de variables internes et externes ayant une incidence sur les résultats puisqu'il est difficile d'isoler l'effet d'une intervention *Lean*. Les auteurs s'interrogent sur l'investissement financier et en coûts humains dans les approches *Lean* pour connaître les réels gains possibles dans la pérennité d'une telle approche dans le réseau de la santé.

De plus, il y a une ombre au tableau en ce qui concerne la pérennité du *Lean* chez Thedacare (Blogue CvPAC de Sylvain Landry, 2018). Depuis plus de deux ans, des indices filtrent à l'effet que le système de gestion implanté depuis plus d'une décennie bat de l'aile par l'arrivée d'un nouveau directeur général n'étant pas contaminé par la culture d'amélioration continue. Des efforts qui se révèlent être vains dans cette recherche d'excellence. Le département responsable de l'amélioration continue a été fermé et le personnel licencié. Les organisations sont fragiles et la

pérennité du système intégré de gestion de la performance l'est tout autant. Il y a une importance d'analyser l'histoire récente de Thedacare pour en tirer des apprentissages pour les organisations au Québec.

Le *Lean* est en effet inspiré du système de production Toyota qui prend racine dans l'industrie automobile et se concentre principalement sur la valeur ajoutée pour le client et l'élimination des gaspillages à l'intérieur des processus (Charron, Harrington, Voehl, Wiggin, 2015 ; Ohno, 1988). Les initiatives démontrent de bons résultats lorsque le *Lean* est appliqué dans les soins de santé et la littérature le considère comme l'une des méthodologies les plus utilisées pour l'amélioration des processus dans les soins de la santé au cours de la dernière décennie (de Souza, 2009). Outre l'élimination des gaspillages et l'ajout de valeur pour le client, le *Lean* vise notamment l'amélioration constante des processus par leur standardisation, la présence des gestionnaires sur le terrain et l'engagement de l'ensemble des employés à résoudre certains problèmes dans la gestion quotidienne des soins de santé (Jorma, Tiirinki, Bloigu, Turkki, 2016 ; Landry et Beaulieu, 2016 ; Spear et Bowen, 1999). L'intérêt du réseau de la santé et des services sociaux pour le mode de gestion *Lean* tient au fait de valeurs partagées quant au respect de l'utilisateur et des membres du personnel et l'emphase mise sur l'amélioration de la qualité des services et des soins (Barnas, 2014 ; Jancarik et Vermette, 2013).

Selon le *Lean Management Systems Handbook* (2015), le but principal d'un système intégré de gestion de la performance est de maintenir et d'améliorer les processus existants. Ce modèle soutient l'intégration horizontale des processus en favorisant la mise en place de trajectoires patient dans le but d'en maximiser la valeur pour le client et générant ainsi de la performance organisationnelle (Toussaint, 2015). Les bénéfices d'une telle approche de la performance se font sentir lorsque les gestionnaires ont comme objectif de travailler à l'intégration horizontale des processus cliniques et administratifs (Radnor, Holweg, Waring, 2012). L'intégration horizontale d'une trajectoire oblige les cadres à travailler dans un contexte interdisciplinaire où ils

n'ont pas d'autorité fonctionnelle sur plusieurs collaborateurs. Le leadership collaboratif apparaît comme une condition essentielle pour s'assurer du succès des projets (Rondeau *et al.*, 2015) et de la fluidité des trajectoires clients par l'intégration horizontale des soins et des services.

En d'autres mots, un système intégré de gestion de la performance est soutenu par une philosophie de gestion basée sur l'amélioration continue composée d'un ensemble cohérent de principes, pratiques et outils standardisés, coordonnés qui contribuent par un leadership collaboratif à atteindre les objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour le client.

C'est sous l'égide du Dr Yves Bolduc, alors ministre de la Santé et des Services sociaux (2008-2012), que le Québec démontre un intérêt soutenu pour le *Lean management*. Ainsi, entre 2011 et 2013, le Ministère de la Santé et des Services sociaux appuie financièrement, grâce à un investissement substantiel de 24M\$ (MSSS et Chaire IRISS, 2015), le déploiement du *Lean* dans quelques établissements qui se sont portés volontaires suite à un appel de candidatures. Un projet de transformation qui s'est inscrit en deux phases et qui regroupe au total dix-neuf établissements ayant une ferme volonté d'implanter une nouvelle approche de gestion de la performance. Une évaluation de ces démarches d'implantation du *Lean* en 2015 par le Pôle Santé-HEC et la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les Services de Santé (IRISS), auprès des trois premiers établissements participants, permet de constater des gains de performance (Jobin, Lagacé, Fournier, Benomar, 2015).

Fort de cette évaluation positive de l'implantation du *Lean*, le MSSS enchâsse en avril 2015, dans son entente de gestion et d'imputabilité à l'intention des Présidents-directeurs généraux des CISSS, des CIUSSS et des CHUS une obligation de doter chacun des nouveaux établissements d'une salle de pilotage stratégique qui est le premier jalon du système intégré de gestion de la performance supporté par le *Lean*.

La salle de pilotage devient un élément de cohérence qui favorise la performance organisationnelle. La volonté du MSSS¹ étant que l'ensemble des établissements et 100% des directions du MSSS aient implanté leur salle de pilotage stratégique avant la fin de l'année 2018.

1.1.2 Le réseau de la santé et des services sociaux en mode apprentissage

En septembre 2015, l'ensemble des présidents-directeurs généraux des CISSS, CIUSSS et CHUS sont en accord, pour doter chacun des établissements de santé et de services sociaux ainsi que les différentes directions du ministère associées, de salles de pilotage stratégiques. Ils adhèrent d'emblée aux principes d'un système intégré de gestion de la performance.

Dans le cadre du soutien à la transformation actuelle, le MSSS mandate en 2015, la Chaire IRISS afin d'offrir une formation et un accompagnement sur mesure auprès des comités de direction des établissements et au personnel des directions du MSSS pour faciliter l'implantation des salles de pilotage. Les activités de formation et d'accompagnement se sont étalées entre novembre 2015 et juin 2016. Le MSSS est conscient que pour voir un véritable changement s'opérer, les gestionnaires doivent apprendre à penser, agir et à gérer autrement et inclut à sa planification stratégique l'obligation de déployer une salle de pilotage stratégique. La transformation d'organisations bureaucratiques (Mintzberg, 1989) en des organisations qui sont en recherche constante de performance et d'amélioration continue est une démarche longue et difficile qui se déroule sur plusieurs années (Grabau, 2012).

¹ Planification stratégique MSSS (Objectif 20) : Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance. 100% des établissements d'ici 2018 auront déployé leur salle de pilotage stratégique.

Pour soutenir la démarche et le rythme d'implantation du système intégré de gestion de la performance, l'entente de gestion et d'imputabilité 2017-2018 oblige les établissements à déployer et à mettre en œuvre des salles de pilotage tactiques et opérationnelles au sein des établissements à un rythme accéléré. Ces salles, représentant deux niveaux hiérarchiques, sont déployées quasi simultanément pour obtenir des gains rapides de performance.

Le déploiement va bon train puisque 90% des établissements ont déployé leur salle de pilotage stratégique en mai 2017. Au total, ce sont 31/34 établissements et 551 participants qui sont formés à l'utilisation d'une salle de pilotage stratégique et par ricochet, sont interpellés à s'approprier un nouveau modèle de gestion de la performance². Malgré le bon taux de déploiement, la fréquence d'animation de la salle stratégique se réalise à géométrie variable et n'est pas conforme au cadre de référence sur les salles de pilotage (2015). L'animation de la salle de pilotage stratégique se réalise à rythme de deux fois par semaine pour certains établissements allant jusqu'à une fois par six semaines pour d'autres. Le cadre de référence sur les salles de pilotage (2015) suggère que l'utilisation de la salle de pilotage stratégique par le PDG et son équipe s'intègre au calendrier des rencontres périodiques du comité de gestion réseau (CGR) rassemblant l'ensemble des Présidents-directeurs généraux. Ainsi, l'animation de la salle de pilotage stratégique devrait se tenir avant celle du CGR et maintenir un rythme à raison d'une fois par mois. La salle de pilotage stratégique est sous la responsabilité de la présidence-direction générale. Les PDGA et DGA participent activement à la salle de pilotage stratégique par sa mise à jour dans le but de valider les points abordés lors des rencontres de pilotage et ainsi éviter les justifications pour se concentrer davantage sur une gestion collaborative favorisant les apprentissages organisationnels.

² Données provenant de la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'université du Québec à Trois-Rivières.

La mise en place des salles tactiques à l'intention des cadres supérieurs se déroule à un rythme soutenu. Cette salle de pilotage permet au directeur de gérer la performance de ses équipes et de faire la liaison avec son supérieur immédiat lors des rencontres statutaires. En ce sens, les PDGA et DGA peuvent assister à l'animation de la salle de pilotage tactique et établir une liaison sans délai dans la gestion de la performance organisationnelle en ramenant les indicateurs critiques à la salle de pilotage stratégique. La fréquence d'animation suggérée par le cadre de référence (2015) est à raison d'une fois aux deux semaines. Cette fréquence facilite un regard systémique sur l'ensemble des dimensions présentes à la salle de pilotage quant aux objectifs prioritaires. Une attention particulière aux indicateurs critiques et aux trajectoires clients est réalisée.

Quant aux salles opérationnelles nommées caucus, le MSSS en dénombre, au printemps 2017, environ 300 sur une possibilité de plusieurs milliers pour l'ensemble des établissements. La norme prescrite par le MSSS, à l'intérieur du cadre de référence, étant de 1,5 salles pour un cadre intermédiaire considérant que ce dernier est appelé à gérer plus d'une équipe. Au Québec, il y a environ 7000 postes de cadres intermédiaires, donc une estimation d'environ 10500 salles opérationnelles qui devraient voir le jour d'ici les prochaines années. Elles s'adressent aux équipes terrain, celles qui sont proches de l'action. La fréquence d'animation attendue est minimalement d'une rencontre par semaine. Cette fréquence dépend de l'intensité des activités à l'intérieur des secteurs. À titre d'exemple, le secteur jeunesse aura possiblement une fréquence moindre d'animation des salles opérationnelles comparativement à un secteur comme l'urgence où le débit de la clientèle et des interventions sont plus élevés. Les salles opérationnelles viennent reconnaître le caractère professionnel des organisations. Ce sont les équipes composées par différents professionnels, techniciens, médecins ou autres qui se retrouvent en mode solution pour mieux organiser le contenu de leur travail en étant liées à la performance de leur direction et par conséquent, à la performance organisationnelle.

La fréquence d'animation des salles de pilotage augmentera en fonction de la proximité de la haute direction auprès du terrain. Selon Barnas (2014), le rassemblement des personnes concernées devant les stations visuelles est une opportunité de partager les connaissances de chacun, de reconnaître leur apport, de raffermir la cohésion d'équipe et d'améliorer continuellement les processus critiques prioritaires.

Outre le déploiement des salles de pilotage, certains établissements, notamment le CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec, le CISSS de Lanaudière et le CISSS de la Gaspésie, ont pris l'initiative de mettre en place le rapport d'état dans un premier temps et ce, dans une suite logique pour déployer les salles de pilotage. Au même titre que les salles de pilotage, il est considéré comme un outil du SIGP. Le rapport d'état est un outil maison développé par Thedacare au Wisconsin et constitue le fondement même de leur système de gestion de la performance (Barnas, 2014). Il favorise un dialogue standardisé entre l'employé et son supérieur hiérarchique permettant d'apprendre et de mieux comprendre l'état de situation des opérations se déroulant dans l'organisation.

1.2 L'IMPORTANCE DU LEADERSHIP DANS LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Le réseau de la santé et des services sociaux vit au rythme des transformations successives marquées par les nombreuses réformes des dernières décennies et qui apportent plusieurs changements notamment sur la gouvernance, les rôles et responsabilités du personnel d'encadrement, la gestion des ressources humaines. Le changement est devenu, en quelque sorte, une norme organisationnelle à laquelle il faut s'adresser (Moran et Brightman, 2001).

Le changement est donc omniprésent dans les organisations contemporaines et est un phénomène complexe à comprendre (Jacobs, van Witteloostuijn, Christe-Zeyse, 2013). La littérature nous apprend que la gestion du changement est une grande

aventure qui peut s'avérer longue, exigeante et risquée (Jacobs *et al.*, 2013 ; Klarner *et al.*, 2008) puisqu'elle est souvent associée à l'atteinte des valeurs culturelles tant chez l'individu que pour l'organisation. Le changement peut abîmer l'identité organisationnelle de chacune des parties prenantes (Jacobs *et al.*, 2013).

Pour assurer la réussite de l'implantation de la réforme actuelle qui commande une intégration horizontale, les organisations ont besoin d'une approche intégrée pour conduire des changements systématiques et constructifs (Al-Hadad et Kotnour, 2015). Le Québec ayant vécu sa part de réformes inachevées (MSSS, 2010). Il appert qu'il est important que la réforme actuelle soit accompagnée d'une réflexion pour trouver les facteurs qui contribueraient à l'augmentation des probabilités d'un changement organisationnel réussi. À l'instar d'une approche intégratrice pour soutenir le changement, le système intégré de gestion de la performance pourrait ainsi devenir un véritable catalyseur dans la gestion du changement et d'intégration horizontale des soins et des services axés sur les besoins des usagers dans le but d'en réduire la fragmentation. Le système intégré de gestion de la performance devrait ainsi se concentrer sur la portée du système de performance actuel au-delà des silos des différentes directions.

La littérature en matière de gestion de changement est abondante. Par ce fait, de nombreuses méthodes et approches ont souvent été suggérées, développées pour soutenir la gestion du changement. Selon Jacobs et ses collaborateurs (2013), elles sont plus ou moins complémentaires ou contradictoires et elles sont toutes légitimes et elles présentent des succès mitigés. L'importance du leadership dans la gestion du changement dans les organisations contemporaines n'est plus à démontrer (Tushman et O'Reilly, 1996). Depuis la révolution industrielle, le leadership représente un concept probant aux problèmes liés à l'amélioration de la qualité des soins et des services et des processus organisationnels (Hartley et Benington, 2010). Dans cette perspective, l'épine dorsale d'un système intégré de gestion de la performance est le leadership affirmé de la haute direction. Ce leadership est essentiel pour dynamiser ce

système et inciter à une meilleure collaboration entre les parties prenantes quant à l'atteinte des objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour le client.

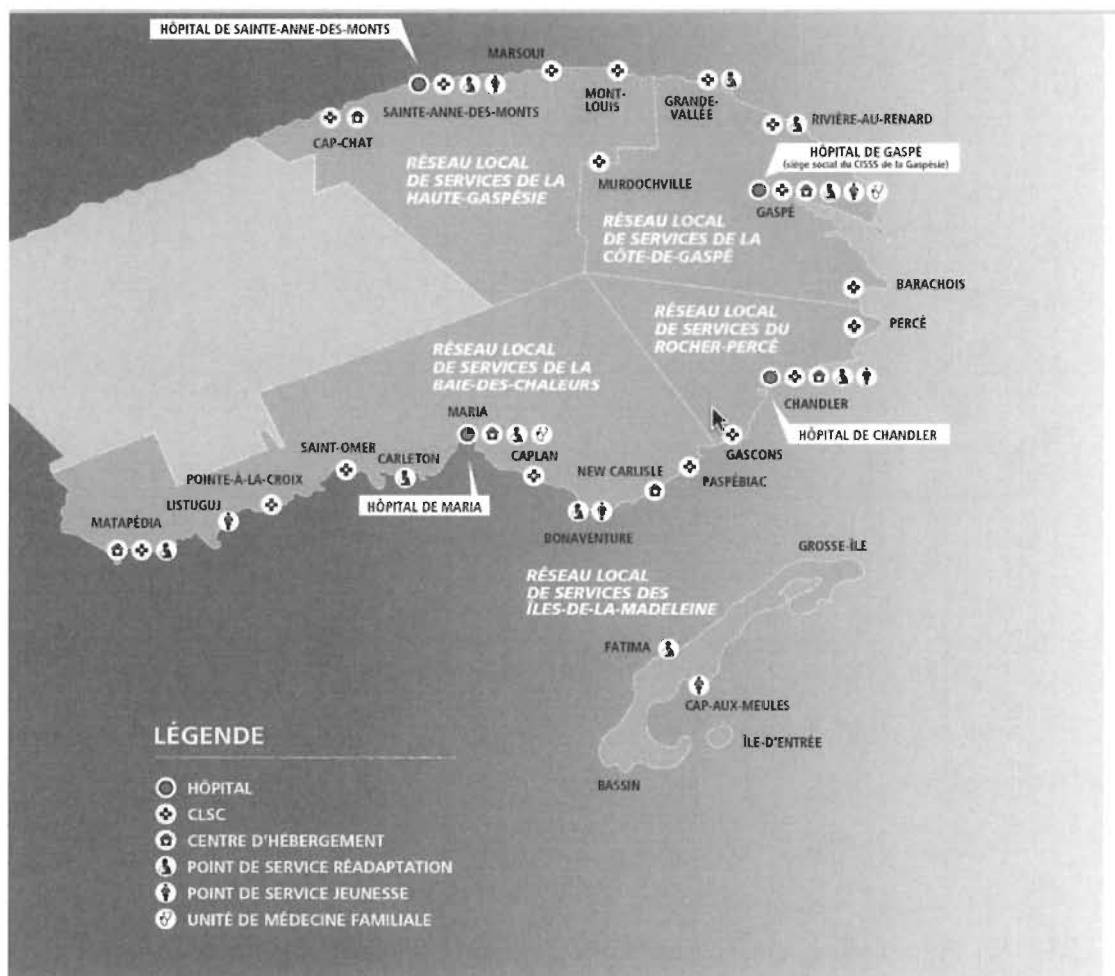
Toutefois, malgré de nombreuses méthodes et approches que l'on retrouve dans la littérature, il va sans dire que ce qui peut être un gage de succès pour les uns pourrait être défavorable pour les autres dans les moyens pris pour gérer un changement organisationnel. Selon Michel, By, Burnes (2013), une seule approche en gestion du changement ne peut suffire puisque les contextes dans lesquels les organisations évoluent sont différents. Faire appel à une seule approche peut mener à une mauvaise gestion d'un changement organisationnel (Kotter et Schlesinger, 2008) et pourrait éventuellement être contre-productif (Ostrom, 2007). Le leadership ne peut être assumé par une seule et même personne. Il doit s'adapter à la plus grande complexité des nouveaux environnements de travail (Luc et Le Saget, 2013). De là, l'importance pour les gestionnaires de revoir leur mode de gestion et d'organisation du travail (Roy et Audet, 2003) puisqu'il est de plus en plus difficile pour un seul et même individu de posséder tous les attributs pour diriger avec compétences les organisations actuelles.

1.3 LE CAS DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE

Le CISSS de la Gaspésie est issu de la fusion de sept établissements depuis le 1^{er} avril 2015 et est au cœur d'un vaste réseau territorial de services regroupant 49 installations, dont deux aux Îles-de-la-Madeleine, réparties sur plus de 20000 km². Le CISSS de la Gaspésie a comme mission d'assurer l'accessibilité à des soins et services de qualité pour répondre aux besoins de sa population. Il veille à l'organisation de soins et services complémentaires, assurant des trajectoires fluides à ses différentes clientèles, et ce, grâce à une véritable intégration des services généraux et spécialisés pour chacun des volets de sa mission : centre hospitalier (CH), centre local de santé courant (CLSC), centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et centre de réadaptation (CR). De

plus, l'établissement a la responsabilité de conclure des ententes avec les organisations partenaires de son territoire telles que les cliniques médicales, les groupes de médecine familiale (GMF), les cliniques réseaux, les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les partenaires externes, etc.

Figure 1.1
Le réseau de la santé et des services sociaux du CISSS de la Gaspésie³



³ Rapport annuel de gestion du CISSS de la Gaspésie 2015-2016

Pour réaliser sa mission, l'établissement compte sur 118 cadres, 3500 employés et 220 médecins. Son budget annuel est de 300 millions de dollars. Toutefois, dans le cadre de la fusion imposée par la loi 10, certains établissements du territoire n'avaient pas atteint l'équilibre budgétaire au 31 mars 2015 et c'est ainsi que le CISSS de la Gaspésie a dû réaliser un plan de retour à l'équilibre en réduisant ses dépenses de 21 millions de dollars lors de l'exercice financier 2015-2016⁴.

Dans le processus de fusion et pour répondre aux impératifs de la Loi 10, le CISSS de la Gaspésie est interpellé à revoir son offre de service tant sur le plan clinique qu'administratif dans le but de procéder à une véritable intégration horizontale. Or, les organigrammes imposés par le MSSS pour soutenir un projet d'intégration ne répondent pas à cet impératif. Au contraire, ces organigrammes ne sont qu'une réplique de l'ensemble des organisations à la différence qu'il y a une seule et même gouverne. Les organigrammes ne pourront à eux seuls résoudre le problème de fonctionnement en silos si longtemps décriés.

⁴ *Ibid.*

De plus, avec l'arrivée à échéance des Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour le Programme-services Jeunes en difficulté (2007-2012) et prolongées jusqu'en 2015 en raison de la mise en place de la réforme, différents travaux ont permis de dresser un bilan des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille. De là, cinq orientations ont été dégagées et visent à répondre de manière intégrée aux besoins de l'ensemble des enfants, des jeunes et des familles.

ORIENTATION 1 – Assurer l'accès aux services pour l'ensemble des jeunes en difficulté et leur famille

ORIENTATION 2 – Assurer le continuum de services en misant sur trois axes : les collaborations intraprogrammes, les collaborations interprogrammes et les collaborations partenariales et intersectorielles

ORIENTATION 3 – Mettre en place des conditions organisationnelles favorisant une pratique professionnelle de qualité

ORIENTATION 4 – Soutenir le développement et améliorer les services offerts aux communautés autochtones et aux communautés ethnoculturelles

ORIENTATION 5 – Renforcer les mesures de suivi et d'évaluation des résultats (p.2)⁶

1.3.1 Un projet à l'intention des enfants, des jeunes et des familles

L'idée pour la Présidente-directrice générale du CISSS de la Gaspésie d'intégrer l'ensemble des soins et des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles date bien avant la fusion de 2015. En effet, l'actuelle PDG, auparavant directrice générale du Centre de Santé et de Services sociaux de Rocher-Percé, avait comme vision un projet d'intégration de services entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne et avait déjà entrepris des démarches en ce sens. L'une de ces démarches s'est concrétisée, en 2014, par une visite au Centre de Santé et de Services sociaux des Basques qui avait fait des rapprochements avec le Centre jeunesse du Bas-St-Laurent et mis en place un

⁶ Orientations ministérielles relatives au programme-service destiné aux jeunes en difficultés 2017-2020.

projet commun appelé *PASSAJE* (Promotion-Prévention-Protection, Aide, Soins, Soutien, Accompagnement, Jeunesse, Ensemble) sous une forme contractuelle d'impartition des ressources pour soutenir l'intégration des équipes en famille, enfance et jeunesse pour le territoire des Basques. Un projet qui, outre l'intégration des services, répondait à une pénurie de main d'œuvre venant affecter l'offre de services et le peu de ressources pour le CSSS des Basques d'offrir un encadrement clinique de qualité répondant aux attentes des intervenants.

Concrètement, ce projet signifiait que le CSSS des Basques confiait la prestation de services de première ligne et la gestion de l'ensemble de ses ressources œuvrant auprès des enfants, des jeunes et des familles au Centre jeunesse. Ce choix confirmait l'intention des deux organisations de renforcer la promotion-prévention et les services de première ligne pour la population de la MRC des Basques et d'assurer ainsi une meilleure coordination clinique des services dans le but d'éviter « l'entre deux chaises » pour une clientèle vulnérable. De façon ultime, le projet d'intégration visait à créer une équipe multidisciplinaire forte, localisée dans la MRC des Basques, pour assurer la pérennité des services aux jeunes et aux familles, dans une perspective de développement durable.

À l'instar de la MRC des Basques, le territoire de la Gaspésie comporte des caractéristiques similaires à l'effet qu'il accuse un déclin démographique et connaît une faible densité de population qui deviennent des éléments préoccupants pour la Présidente-directrice générale dans la pérennité de l'offre de services aux enfants, aux jeunes et aux familles. Ces problématiques apparaissent comme étant des facteurs contributifs de l'intégration des services dans une perspective d'offrir des services à proximité des milieux. Des défis se posent d'ailleurs sur le territoire de la Gaspésie lorsqu'il s'agit d'actualiser certains programmes ou services destinés aux jeunes. Le bassin insuffisant de clientèle ciblée, jumelé aux risques de stigmatisation sociale associés aux groupuscules constituent parfois des obstacles à la réalisation de certains programmes destinés aux clientèles familiales.

C'est pour répondre à ces défis sociodémographiques, qu'en avril 2015, la PDG du CISSS de la Gaspésie saisit l'opportunité de la fusion des établissements pour créer une seule équipe de travail dédiée aux enfants, aux jeunes et aux familles par territoire de réseau local. Une seule équipe, avec un seul gestionnaire requis, offrant dorénavant une gamme complète de soins et de services aux enfants, aux jeunes et aux familles représentant ainsi un avantage indéniable pour cette clientèle dont les demandes de services seraient orientées, soumises en discussion de cas et prises en charge par cette même équipe. La mise en commun des expertises professionnelles, la diminution des allers retours des usagers entre les deux directions (Direction du programme jeunesse et direction de protection de la jeunesse)⁷, ainsi que la diminution des signalements non retenus effectués par le personnel du CISSS constituent des exemples parmi d'autres pour mesurer les retombées positives attendues du projet. Ainsi, la trajectoire des services aux jeunes du territoire de la Gaspésie a été bonifiée par un rehaussement attendu des standards d'accessibilité et de continuité.

En raison d'un contexte politique qui est venu modifier le réseau de la santé, le projet ne pouvait être concrétisé à la fin de l'automne 2014. Dès sa nomination en 2015, la Présidente-directrice générale a convenu avec le MSSS pour implanter un projet novateur, inspiré de *PASSAJE* et adapté au contexte contingent de la Gaspésie.

Plus d'un an après la mise en place de la structure administrative, soit en juin 2016, la Présidente-directrice générale et son adjointe saisissaient les opportunités d'intégration qu'offrait la réforme en invitant, dans un premier temps, l'ensemble des gestionnaires, intermédiaires et supérieurs, à une première rencontre dont l'objectif était de travailler à un meilleur arrimage interne pour l'ensemble des jeunes du territoire

⁷ La Direction des programmes jeunesse offre des services de première ligne (santé et services sociaux) aux enfants et aux jeunes âgés entre 0-18 ans et gère les programmes de réadaptation interne et externe ainsi que l'application des mesures (article 33) déléguée par la Direction de la Protection de la jeunesse. La Direction de la Protection de la jeunesse a comme mandat de protéger les enfants et les adolescents dont la sécurité ou le développement est compromis. Elle intervient à partir de signalements reçus de personnes qui ont des motifs raisonnables de croire que le développement ou la sécurité d'un jeune âgé de 0 à 17 ans est compromis.

gaspésien et d'apporter des changements fondamentaux dans les façons de faire qui avaient cours depuis des années et qui étaient liés notamment aux silos institutionnels. Considérant l'ampleur des changements occasionnés par la fusion et préoccupée par une offre de service ancrée dans les différents milieux, la haute direction entendait alors solliciter les partenaires externes dans un deuxième temps, qui eux aussi, ont été impactés par la réorganisation structurelle du CISSS.

Considérant des changements en simultané demandés tant par l'implantation du système intégré de gestion de la performance notamment les salles de pilotage et le projet d'intégration des soins et des services auprès des enfants, des jeunes et des familles, la Chaire IRISS était sollicitée en raison de son expertise pour accompagner l'établissement dans la mise en place de ce projet organisationnel. La PDG est consciente à ce moment que l'intégration structurelle pouvait conduire à de nouvelles formes de fragmentation et compromettre sérieusement une offre de services accessibles et continus auprès de la clientèle ciblée. Le risque à gérer, dans le contexte de la fusion et de l'intégration, était de faire face à des gestionnaires réticents se sentant obligés d'appliquer une décision *top down* accroissant ainsi la perception d'être surveillés par un nouveau PDG qui, selon eux, n'avait pas toute la légitimité. Leur loyauté allant à leur établissement et à leur directeur général d'origine.

L'utilisation d'un *kaikaku*⁸ s'avérait appropriée puisque, dès l'ouverture de la rencontre, la haute direction émet son intention d'apporter des changements fondamentaux dans les façons de faire sur le plan d'une offre de services intégrés et coordonnés. Le *kaikaku* signifie changement radical en japonais et est un processus qui permet une approche d'innovation par un changement de paradigmes en remplaçant les pratiques existantes par de nouvelles (Valentinj, Schepman, Opheij, Bruijnzeels, 2013). Le projet visait ainsi une situation idéale traduite par la vision de la haute direction d'où émergeait une meilleure collaboration et une intégration des soins et des services. C'est

⁸ Le *kaikaku* est un outil du système intégré de gestion de la performance.

un outil qui tend à briser les barrières de l'organisation afin d'obtenir une bonne collaboration durant les rencontres de gestion de la performance.

Accompagnés par la Chaire IRISS, les participants sont ainsi interpellés à travailler ensemble pour répondre à l'énoncé de vision de la PDG⁹ qui était celui-ci :

- Un jeune, avec sa souffrance, ne sera plus jamais seul ;
- Un jeune sera toujours accompagné dans son parcours ;
- Faire l'impossible pour éviter la compromission.¹⁰

Dans un premier temps, les participants étaient invités à cartographier deux trajectoires : l'une faisant référence à l'état actuel du cheminement d'un enfant et de sa famille et l'autre étant la trajectoire souhaitée dans le projet d'intégration. Ainsi, la trajectoire actuelle a permis de mettre en évidence un cheminement chaotique du jeune à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Le parcours présentait différentes ruptures de services qui ont eu pour résultat qu'un jeune ne recevait pas les services requis par son état, par des successions d'évaluation qui obligeait le jeune et ses parents à répéter leur histoire plus d'une fois à plus d'un intervenant. L'exercice s'est avéré ardu et la trajectoire souhaitée est demeurée fragile en raison des obstacles liés aux différences culturelles des établissements nouvellement fusionnés, aux valeurs et aux intérêts de ceux-ci. L'exercice de dessiner une trajectoire souhaitée dans le contexte de la fusion n'a pas été facilitée puisque les données portant sur des indicateurs d'accessibilité et de continuité étaient pratiquement inexistantes et lorsqu'il y en avait, ils étaient remis en question. Chacun des établissements fusionnés avait sa manière de comptabiliser les interventions et ce, malgré le cadre normatif du MSSS. Le départ du projet d'intégration était basé sur des données non pas factuelles mais plutôt sur les impressions du moment.

⁹ Vision exprimée verbalement par la Présidente-directrice générale. Aucune documentation disponible.

¹⁰ L'enfant, eu égard à sa situation, recevra l'ensemble des services pour éviter que son développement et sa sécurité ne soient compromises en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Malgré la fragilité de la trajectoire souhaitée, il y avait un consensus à l'effet de passer rapidement à l'action et d'adopter une posture de résolution de problème pour relever les obstacles au fur et à mesure. La volonté de collaborer était présente et les gestionnaires participants ont cru bon donner un nom d'enfant au projet, celui de Jimmy, pour le considérer véritablement comme un partenaire et non comme un simple objet d'intervention ou encore une statistique. Dès lors, pour s'assurer du consentement de l'ensemble des gestionnaires présents à l'intégration des services dédiés à la jeunesse, chaque gestionnaire a été invité à apposer sa signature sur la trajectoire souhaitée manifestant ainsi son engagement, son adhésion dans la réalisation des indicateurs retenus pour favoriser l'intégration des services. Ainsi, ces indicateurs ont alimenté la salle de pilotage stratégique dans un premier temps. Lorsque les gestionnaires et les équipes ont été prêtes, les salles de pilotage tactiques et opérationnelles ont été déployées et la PDG comptait sur ce nouveau système de gestion pour diminuer les silos organisationnels et favoriser la collaboration dans un changement hautement complexe. De plus, la PDG a misé sur les forces de la fierté et du courage gaspésien pour une gestion du changement en tout respect de la philosophie d'amélioration continue.

1.4 RÉSUMÉ DE LA PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE

Dans la foulée la réforme de 2015, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec démontrait une volonté marquée pour améliorer sa performance. L'intégration est reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (2008) comme étant une solution potentielle pour réduire la fragmentation des services et constitue une mesure reconnue pour améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services auprès d'une population d'un territoire donné.

L'une des solutions avancées dans la planification stratégique du MSSS pour contribuer à l'amélioration de la performance se concrétise par le déploiement des salles de pilotage stratégiques, tactiques et opérationnelles soutenant ainsi un premier

jalon d'un système intégré de gestion de la performance (SIGP), dans chacun de ses établissements.

Le CISSS de la Gaspésie a déployé certains outils du système intégré de gestion de la performance dans la mise en place d'un ambitieux projet d'intégration nommé Jimmy. C'est ainsi que le CISSS de la Gaspésie est interpellé à revoir son offre de service dans le but de répondre aux impératifs législatifs de la nouvelle réforme et d'offrir des soins et services dans une perspective visant à réduire les silos soutenus par les nouveaux organigrammes et à améliorer l'arrimage entre les différents services, par une intégration sur la base d'une trajectoire s'adressant à tous les petits Jimmy de la Gaspésie. Cette nouvelle trajectoire oblige le CISSS de la Gaspésie à amorcer une réflexion sur le rôle des gestionnaires et du style de leadership associé pouvant soutenir cette réforme d'un point de vue structurel. Un leadership de gestion devant évoluer vers des pratiques collaboratives au sein des équipes de travail pour soutenir la trajectoire d'un enfant d'un premier au dernier épisode de service. La gestion de la performance devient ainsi la responsabilité de tout le personnel, et ce, dans une perspective d'intégration horizontale et non seulement pour les hauts dirigeants, dans une perspective *top down* ou verticale. L'intérêt de cette recherche est issu de cette problématique managériale et est à la base de notre thèse.

DEUXIÈME CHAPITRE

CONTEXTE THÉORIQUE

La problématique managériale décrite dans le premier chapitre consolide l'importance de réaliser une revue de la littérature dont le but est de construire le contexte de notre recherche doctorale. Dans un premier temps, il semble important de bien situer la performance organisationnelle et les différents modèles qui la soutiennent puisqu'elle est au cœur même de notre recherche. Dans un deuxième temps, il sera opportun de définir le concept d'intégration basé notamment sur les trajectoires axées sur le client. Par la suite, sera abordé l'évolution des différents styles de leadership associés au déploiement d'un système intégré de gestion de la performance encourageant les processus d'intégration.

Bref, ce deuxième chapitre présente une revue de littérature décrivant les principaux éléments abordés dans la problématique managériale et se termine par la question de recherche et par l'illustration du contexte théorique de la recherche.

2.1 LA PERFORMANCE ET SES MODES DE GESTION

2.1.1 Une introduction à la performance

Définir la performance relève d'un travail d'envergure en raison des diverses interprétations quant à sa signification (Babeau, 2016; Brudan, 2010). Il existe une littérature abondante sur sa définition et il semble y avoir un consensus chez certains auteurs au fait que c'est un concept complexe à définir (Botton, Jobin, Haithem, 2012; Fermon et Grandjean, 2015), polyvalent (Brudan, 2010) et multidimensionnel (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1999; Tchouaket *et al.*, 2012).

Ce mot prend tout son sens en fonction du contexte dans lequel il est utilisé et par qui il est utilisé. En d'autres mots, la performance est un concept qui possède autant de significations qu'il existe d'individus, de groupes ou d'organisations qui l'utilisent (Guérard, Langley, Seidl, 2013; Guisset, Sicotte, Leclercq, D'hoore, 2002; Lebas, 1995; Pekkola et Ukko, 2016). Elle est habituellement associée à un référentiel pour y donner un sens.

La performance est un concept difficile à définir et certains auteurs s'y sont intéressés. Lebas (1995) soutient qu'elle n'est pas seulement une mesure des réalisations passées, mais elle est avant tout une mesure du potentiel de mise en œuvre des prochaines actions pour atteindre les objectifs au sein d'une organisation. En d'autres mots, le but de la gestion de la performance est de créer et de façonner l'avenir de l'organisation permettant une orientation plus proactive que réactive (Bititci, 1994). Bourguignon (1996) la définit comme la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action). Soutenant l'efficacité et l'efficience comme deux éléments de la performance, Lebas (1995) souligne que les organisations doivent compter sur des ressources suffisantes pour atteindre leurs objectifs organisationnels. Selon Bessire (1999), l'efficacité traduit l'aptitude de l'entreprise à atteindre ses objectifs et l'efficience met en relation les résultats et les moyens. Enfin, Folan, Browne, Jagdev (2007) insistent sur son caractère subjectif et renforcent ainsi l'idée qu'on ne peut évaluer quelque chose de façon aléatoire. Gibert (1980), quant à lui, regroupe les notions d'efficience, d'efficacité en y ajoutant la pertinence liant ainsi les moyens et les objectifs.

2.1.2 Un survol de l'évolution de la mesure de la performance

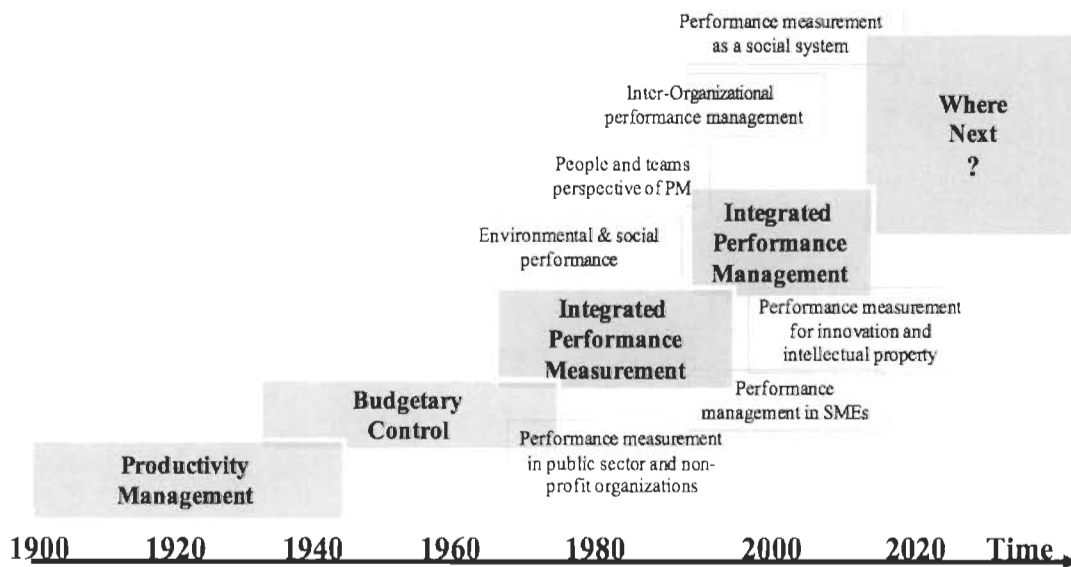
Le concept de la performance a évolué au fil des années, et ce, dans une perspective contingente de l'environnement (Thiebaut, Champagne, Contandriopoulos, 2015). Illustré à l'intérieur de la figure 2.1, l'environnement des

organisations change et celles-ci doivent s'ajuster, s'adapter à un environnement toujours de plus en plus complexe (Bititci, Garengo, Dörfler, Nudurupati, 2012). Le concept de la performance apparaît à la fin du XIII^e siècle et adopte un caractère comptable de débit/crédit et demeure ainsi utilisé jusqu'à la Révolution industrielle (Johnson, 1981). C'est à partir du XIX^e siècle que le domaine de la gestion de la performance évolue et s'ajuste au contexte contingent de l'environnement. L'ère industrielle est alors caractérisée par l'émergence des modèles de Taylor (1911) et de Ford (1922) (Hatch et Cunliff, 2009) notamment. La mesure de la performance est alors axée sur la gestion de la productivité.

Les années 1950 voient apparaître de nouvelles approches de la performance notamment par le contrôle de la qualité, l'étude des temps/mouvements développée par Frank et Lillian Gilbreth (Radnor et Barnes, 2007) et la réduction des gaspillages pour n'en nommer que quelques-uns (Bititci *et al.*, 2012). C'est ainsi que la performance s'oriente vers de nouvelles dimensions reconnaissant son caractère multidimensionnel et soutient dès lors, des approches intégrées et équilibrées de la performance notamment par le tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton (1993) ou le prisme de Neely (2000) (Bourne, Mills, Wilcox, Neely, Platts, 2000), de la flexibilité et la satisfaction des clients (Kaplan et Norton, 1993 ; Keegan, Eiler, Jones, 1989 ; Neely, Mills, Gregory, Platts, 1995) tout en maintenant le contrôle budgétaire. En ce sens, la philosophie japonaise de gestion de la qualité émerge au début des années 1950 pour former les premières assises de la gestion actuelle de la performance (Busi et Bititci, 2006 ; Purbey, Mukherjee, Bhar, 2007). Deming (1986), Juran et Gryna (1980) et Shewhart (1980) ont largement inspiré les courants de gestion contemporains qui animent toujours les organisations par l'avènement de la gestion de la qualité totale (TQM) qui accroît le souci de la direction des opérations d'améliorer l'efficacité et la réactivité de ses opérations. La gestion de la qualité totale introduit également une approche axée sur le client (Brudan, 2010). Enfin, la crise économique mondiale de 2008-2009 accélère une nouvelle tendance dans la gestion de la performance. L'émergence de partenariat entre les organisations amorce un nouveau mouvement

d'innovation, d'ouverture et de réciprocité (Pisano et Verganti 2008). La performance ne se vit plus seulement à l'interne, mais davantage dans une performance inter organisationnelle (Bititci *et al.*, 2012).

Figure 2.1
Évolution de la mesure de performance



Source : Bititci *et al.*, (2012)

2.1.3 La performance appliquée aux organisations

Appliqué au monde de la gestion, le mot performance est naturellement associé aux organisations : on parle de performance organisationnelle. Ainsi elle englobe, dans une perspective de gestion contemporaine, la mobilisation du personnel, la satisfaction des clients et des autres parties prenantes et la qualité des processus (Franco-Santos, Lucianetti, Bourne, 2012). La performance n'est plus la panacée exclusive du monde de la finance (Kennerley et Neely, 2002) et doit être considérée avant tout comme étant systémique, c'est-à-dire couvrant tous les domaines d'une organisation.

La revue de la littérature consultée sur la performance permet de mettre en exergue que deux processus clés sont combinés : la gestion de la performance et sa mesure, ces deux processus étant pratiquement complémentaires et indissociables (Bititci *et al.*, 2012 ; Melnyk *et al.*, 2014). L'utilisation de systèmes de mesure de la performance est fréquemment recommandée pour faciliter l'amélioration de la performance organisationnelle (Melnyk, Bititci, Platts, Tobias, Andersen, 2014). De prime abord, la performance d'une organisation est évaluée par la réalisation de ses objectifs (Kaplan et Norton, 1993). Selon Neely et ses collaborateurs (1995), un système de gestion de la performance consolide les processus définissant les objectifs mesurables pour interpréter les données de performance. Ainsi, une organisation doit pouvoir utiliser efficacement les résultats qui sont atteints et elle doit pouvoir passer de la mesure à la gestion de la performance (Amaratunga et Baldry, 2002). L'accomplissement réussi de ces deux tâches représente le fondement d'une bonne gestion de la performance.

2.1.4 La performance appliquée au réseau de la santé et des services sociaux

Appliquée au réseau de la santé et des services sociaux, la performance apparaît comme un concept multidimensionnel, paradoxal et contingent (Contandriopoulos, 2008 ; Sicotte *et al.*, 1999). Elle est multidimensionnelle, car elle tient compte des nombreux contextes de l'organisation et peut être mesurée selon différents critères. Elle est paradoxale puisqu'elle est définie en fonction des intérêts divergents des parties prenantes (clients, employés, médecins, etc.) qui entretiennent un lien d'affaires avec l'établissement de santé. La performance est également contingente, car elle s'insère dans un contexte précis (Botton *et al.*, 2012; Jacquet, 2011) et doit s'ajuster continuellement. En ce sens, la performance peut être considérée comme la capacité à établir et à maintenir une tension dynamique entre la réalisation de la mission organisationnelle, l'acquisition et le contrôle des ressources, le développement des ressources humaines et l'intégration des activités de production (Guisset *et al.*, 2002).

Sur le plan international, l’OMS retient que la performance se concrétise par les résultats obtenus sur les objectifs encourus visant à améliorer la santé, à augmenter la capacité à répondre aux attentes de la population et à assurer l’équité de la contribution financière, et ce, en fonction des ressources disponibles (OMS, 2000). L’OCDE définit la performance comme étant l’atteinte des objectifs (accès aux soins et la qualité) au moindre coût possible (Kelley et Hurst, 2006). Au plan national, le Conseil canadien de la santé (2012) définit le concept de la performance comme étant le degré selon lequel la prestation de services de soins de santé ou l’activité du système de santé atteint des niveaux, des repères ou des objectifs.

Plus près de nous, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec définit la performance, à l’intérieur d’un cadre de référence largement inspiré des cadres de références des principaux organismes internationaux et nationaux, par les dimensions suivantes : efficacité, efficience, accessibilité, continuité, sécurité, réactivité, équité d’accès et viabilité. Ces huit grandes dimensions peuvent aisément se regrouper en trois catégories liées à l’accessibilité des services (accessibilité et équité d’accès), à la qualité des soins et des services (efficacité, sécurité, réactivité, continuité) et celles en lien avec l’optimisation des ressources (efficience et viabilité) (MSSS, 2012).

2.1.5 Des modèles intégrateurs de pilotage de la performance

L’évolution des théories des organisations depuis le début du XXe siècle (Tchouket *et al.*, 2012) donne lieu à une explosion de plusieurs cadres de mesure de la performance (Sicotte *et al.*, 1999) trouvant leur valeur ajoutée dans l’interdisciplinarité et venant renforcer l’idée du caractère multidimensionnel et multidisciplinaire (Brudan, 2010) de la performance organisationnelle.

Les théories des organisations offrent une opportunité de réfléchir à la vie organisationnelle de différentes façons et génèrent une multitude de possibilités pour

organiser et gérer un établissement (Hatch et Cunliff, 2009). Les théories des organisations peuvent soutenir le choix, pour une organisation, de se doter d'un système de gestion qui est, selon Botton et ses collaborateurs (2012), « un levier de création de valeurs ».

Dans cette perspective, cette partie du cadre théorique aborde les principaux modèles qui, outre un intérêt pour une saine gestion des finances, s'intéressent tout autant aux autres dimensions de l'organisation dans une orientation intégratrice. La littérature consultée permet de circonscrire le concept de performance organisationnelle à partir de la matrice de Quinn et Rohrbaugh (1983) illustrant les critères de performance qui sont liés à chacun des modèles et s'inscrivent notamment à l'intérieur du modèle des buts rationnels, des processus internes, des relations humaines et des systèmes ouverts (Quinn et Rohrbaugh, 1983 ; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, Barnsley *et al.*, 1998). Par la suite, différents modèles seront abordés tour à tour en débutant par la matrice de mesure de la performance de Keegan *et al.*, (1989) qui propose un équilibre entre les mesures internes et externes et entre les mesures financières et non financières, le modèle de Fitzgerald *et al.*, (1991) axé sur les résultats et les déterminants, la pyramide de la mesure de Lynch et Cross (1991) qui intègre la performance à travers la hiérarchie de l'organisation (Bourne *et al.*, 2000), le tableau de bord équilibré (*Balanced scorecard*) élaboré par Kaplan et Norton (1993), le modèle de Brown soulignant l'utilisation des bonnes variables dans une perspective horizontale et pour terminer, le Prisme de la performance de Neely (2000) sera abordé.

L'objectif principal de ces modèles est d'aider les organisations à circonscrire un ensemble de mesures ou d'indicateurs qui reflètent les objectifs organisationnels tout en évaluant leur performance de manière optimale. Les modèles sont multidimensionnels et équilibrés c'est-à-dire qu'ils soutiennent les mesures financières et non financières (Kennerley et Neely, 2002). La littérature démontre que les entreprises optant pour la mise en place de l'un des modèles intégrés de gestion des

performances se distinguent par les niveaux de performance atteints (Parida et Kumar, 2006) comparativement à leurs homologues n'ayant pas fait ce choix.

2.1.5.1 *La matrice des valeurs concurrentes de Quinn et Rohrbaugh (1983)*

Quinn et Rohrbaugh (1983) proposent le regroupement de ces quatre modèles à l'aide d'une matrice nommée la matrice des valeurs concurrentes (*Competing Values framework*). Elle est considérée comme un classique des théories des organisations (Guisset *et al.*, 2002). Toutefois, la limite de ce modèle vient du fait qu'il ne présente pas toute la richesse des théories des organisations particulièrement les approches plus contemporaines à visée intégratrice (Sicotte *et al.*, 1998). La matrice est composée de quatre quadrants faisant ainsi ressortir les différents points de vue selon lesquels la performance organisationnelle peut être envisagée.

Le modèle des buts rationnels (*rational goal model*) met l'accent sur la planification, l'établissement d'objectifs et la réalisation. Le modèle des processus internes (*internal process model*) souhaite démontrer l'efficacité organisationnelle à partir des critères de stabilité et de contrôle pour assurer la continuité. Le modèle des relations humaines (*human relations model*) soutient que l'efficacité organisationnelle provient de la cohésion entre les différents facteurs humains. Pour terminer, le modèle des systèmes ouverts (*open system model*) accorde une importance à une approche contingente de l'organisation dans une adéquation entre l'interne et l'externe (Quinn, Faerman, Thompson, McGrath, St-Clair, 2007).

La matrice soutient un axe horizontal qui établit une séparation entre l'environnement interne et externe. L'organisation est alors orientée vers l'environnement externe et les relations avec les parties prenantes externes, telles que les fournisseurs, les concurrents, les partenaires et les clients par rapport à son propre environnement et ses processus internes (Morais et Graça, 2013). Les organisations tournées vers l'extérieur et qui sont flexibles font preuve de créativité et d'innovation.

Elles se concentrent sur la croissance et l'expansion des ressources. Les organisations axées sur l'extérieur et sur le contrôle sont reconnues comme étant des organisations ayant une vision instrumentale et rationnelle (Guisset *et al.*, 2002) et sont caractérisées par la clarté des tâches et des objectifs misant sur l'efficacité et les résultats mesurables.

L'axe vertical traduit la décentralisation et la flexibilité d'une organisation par rapport à la centralisation et au contrôle des processus organisationnels (Morais et Graça, 2013). Cet axe met en opposition une conception mécaniste d'une organisation caractérisée par la stabilité et le contrôle à celle d'une organisation dite organique qui se traduit par la flexibilité et l'adaptation à un environnement en perpétuel changement (Dextras-Gauthier, Marchand, Haines, 2012). En d'autres termes, les organisations axées sur le contrôle interne adoptent une posture bureaucratique et son autorité est centralisée sur les processus organisationnels. La hiérarchie est formelle, le respect des règles est une prémisses de l'organisation. Les organisations axées à la fois sur l'externe et la flexibilité encouragent le travail d'équipe et une gestion participative, favorisent l'autonomie et font du développement des ressources humaines leur priorité (Morais et Graça, 2013).

2.1.5.2 La matrice de Keegan et al., (1989)

Le modèle de Keegan, Eiler et Jones (1989), rompt en quelque sorte avec le modèle traditionnel de la gestion. En effet, cette matrice propose une mesure de la performance opérationnelle centrée sur la qualité de production, la satisfaction des clients, la réduction des délais et des coûts prenant en compte les objectifs stratégiques de l'entreprise. À l'instar du tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton, la force de cette matrice réside dans la manière dont elle cherche à intégrer les différentes catégories de performance des entreprises - financières et non financières, internes et externes (Neely, Mills, Platts, Richards, Gregory, Bourne, Kennerley, 2000). Ce modèle repose sur le modèle des systèmes ouverts et des processus internes de Quinn et Rohrbaugh (1983).

La matrice comporte trois étapes distinctes définissant les objectifs stratégiques de l'entreprise, et en décidant comment seront traduits en objectifs selon les secteurs. L'organisation doit décider ce qui doit être mesuré et la matrice doit soutenir la réflexion sur la performance organisationnelle et particulièrement dans le cas de la budgétisation.

La matrice ne fait pas de liens explicites entre les différentes dimensions de la performance et rend ainsi complexe la mesure de la performance (Purbey *et al.*, 2007). À l'instar du tableau de bord équilibré, la matrice ne rend pas explicites les liens entre les différentes dimensions de la performance de l'entreprise qui est, sans l'ombre d'un doute, l'une des plus grandes forces du modèle de Kaplan et Norton (Neely *et al.*, 2000).

2.1.5.3 La matrice des résultats et des déterminants de Fitzgerald et al., (1991)

Fitzgerald, Johnston, Brignall, Silvestro et Voss (1991) développent un système de mesure de la performance à partir d'une revue de la littérature et des observations réalisées dans 11 grandes entreprises de services britanniques. Ils soutiennent que la mesure de la performance se concentre trop souvent sur la productivité en négligeant d'autres critères de succès et accordent une attention particulière à l'idée de classer les mesures de la performance selon les causes du succès (déterminants) et les effets (résultats) (Laitinen, 2002).

Ils distinguent ainsi deux types de mesure en y associant six dimensions de la performance organisationnelle : les résultats liés à la performance financière et à la compétitivité et l'autre liée davantage aux déterminants de ces résultats qui sont la qualité, la flexibilité et l'innovation et l'utilisation des ressources (Botton *et al.*, 2012).

2.1.5.4 La pyramide de la performance de Lynch et Cross (1991)

À l'origine développé par Judson (1990), le modèle de la pyramide de la performance est repris par Lynch et Cross (1991) (Laitinen, 2002) et réfère au modèle des processus internes de Quinn et Rohrbaugh (1983).

L'objectif principal de la pyramide de la performance est de traduire les objectifs stratégiques sur un plan opérationnel en un tout cohérent c'est-à-dire que les objectifs de la haute direction descendent et les mesures du terrain remontent (Laitinen, 2002). La pyramide est basée sur un système de communication bidirectionnelle nécessaire pour instaurer une vision stratégique dans l'organisation (Franco-Santos *et al.*, 2007). Le développement d'une pyramide de la performance débute par une vision organisationnelle qui s'articule par la suite en critères opérationnels concrets.

La pyramide est composée par quatre niveaux d'objectifs abordant la performance organisationnelle par l'efficacité externe de l'organisation (le côté gauche de la pyramide) et son efficacité interne (le côté droit de la pyramide). Sur le plan des objectifs, les mesures financières sont considérées comme des moyens de suivi de la performance dans la réalisation de la vision. Des mesures clés sont identifiées pour atteindre ces objectifs financiers et sont notamment la satisfaction du client, la flexibilité et la productivité et sont traduites en mesures opérationnelles qui forment la base de la pyramide (Laitinen, 2002). Selon Botton *et al.*, (2012), la traduction des mesures opérationnelles permet donc à une organisation de dissocier les activités performantes, des activités présentant une demande de soutien. En ce sens, l'utilisation de la pyramide est utile dans un contexte de rétroaction pour surveiller les performances organisationnelles (Laitinen, 2002). Selon Neely *et al.*, (2000), le modèle de Lynch et Cross est difficile à opérationnaliser.

C'est un modèle qui soutient la nécessité d'utiliser une approche *bottom up* dans une organisation (Watts et McNair-Connolly, 2012). Ainsi, Lynch et Cross souhaitaient introduire la notion de travail horizontal pour susciter un certain dynamisme au modèle.

2.1.5.5 *Le tableau de bord équilibré ou le balanced scored card de Kaplan et Norton (1993)*

Les concepteurs du tableau de bord équilibré sont Robert S. Kaplan et David P. Norton (1993) et est considéré comme l'un des outils de gestion les plus importants des 75 dernières années par le *Harvard Business Review* (Bourne *et al.*, 2002) faisant référence au modèle des buts rationnels de Quinn et Rohrbaugh (1983). Le tableau de bord équilibré s'inscrit dans les courants contemporains de la gestion de la qualité totale qui soutient des modèles d'intégration inter fonctionnelle, d'amélioration continue, de partenariats et de responsabilisation collective plutôt qu'individuelle (Kanji et Sà, 2007).

La prédominance d'indicateurs financiers dans le pilotage de la performance organisationnelle était source d'insatisfaction pour Kaplan et Norton et revêtait une vision étroite et traditionnelle de la gestion. Le tableau de bord équilibré vient ainsi répondre à une lacune des systèmes de gestion traditionnels en adressant les incapacités organisationnelles à lier leur stratégie à long terme aux actions à court terme (Kaplan et Norton, 1996).

Ils ont donc proposé un modèle qui permet d'enrichir la vision de la performance par d'autres dimensions en traduisant les objectifs stratégiques d'une organisation en un tout cohérent (Kaplan et Norton, 1993). Le tableau de bord prospectif est la pierre angulaire du succès actuel et futur d'une entreprise (Kaplan et Norton, 1993) et l'équilibre proposé par le modèle est nécessaire dans le but de maximiser le potentiel d'efficience et d'efficacité d'une organisation (Amaratunga et Baldry, 2002). Le tableau de bord équilibré permet d'apprécier le caractère

multidimensionnel (Botton *et al.*, 2011) et systémique d'une organisation et il est basé sur les relations de cause à effet des mesures financières et non financières provenant de la stratégie organisationnelle (Martello, Watson, Fischer, 2016 ; Perramon, Rocafort, Bagur-Femenias, Llach, 2016). Il est composé par quatre perspectives contributives et complémentaires (Purbey *et al.*, 2007) qui sont les finances, le client, les apprentissages et l'innovation et les processus internes.

La perspective financière réfère à la stratégie de croissance et à la gestion du risque du point de vue de l'actionnaire (Martello *et al.*, 2016). Selon Kaplan et Norton (1993), les mesures de performance financière indiquent si la stratégie retenue et sa mise en œuvre contribuent à l'amélioration des résultats organisationnels.

La perspective du client se résume à la stratégie de création de valeurs. C'est la capacité organisationnelle à fournir des biens et des services de qualité à la clientèle en s'assurant d'une grande satisfaction de ceux-ci (Amaratunga et Baldry, 2002). Il est vrai qu'aujourd'hui, la priorité de nombreuses organisations est d'adopter une mission traduite dans une mesure de performance centrée sur le client.

Selon Kaplan et Norton (1996), les processus internes se concrétisent par les priorités stratégiques accordées aux processus d'affaires qui génèrent de la satisfaction chez les parties prenantes. L'organisation doit ainsi identifier ses processus internes incontournables afin de s'assurer que les résultats seront au rendez-vous et que la clientèle soit satisfaite. L'identification des processus internes est primordiale dans une organisation, car elle permet de lier la haute direction aux employés qui contribuent à la mission de l'organisation par leurs actions, leurs décisions et leurs activités d'amélioration (Kaplan et Norton, 1996).

La perspective d'innovation et d'apprentissage identifie les priorités pour créer un climat soutenant le changement organisationnel, l'innovation et la croissance (Martello *et al.*, 2016). Cette perspective est mise en lien avec les processus internes.

En ce sens, l'organisation peut espérer demeurer performante seulement si les employés sont qualifiés et motivés à accomplir les tâches demandées et reçoivent les informations utiles à leur travail et ainsi qu'à l'atteinte des résultats (Kaplan et Norton, 1993).

Toutefois, certains détracteurs, dont Neely et ses collaborateurs (2000), accusent le modèle de Kaplan et Norton d'être orienté principalement vers la haute direction et que les liens entre les quatre perspectives de la performance sont mal définis.

2.1.5.6 Le modèle de Brown (1992)

Brown croit que la collecte et l'analyse des données sur le rendement constituent un élément essentiel du travail de tout gestionnaire. La collecte de données, cependant, ne fournit pas toujours les informations nécessaires pour qu'elles soient correctement analysées et utilisées ultérieurement. Le modèle de Brown (1992) encourage l'utilisation des bonnes variables dans une perspective horizontale de l'organisation par l'utilisation des processus opérationnels dans le but d'améliorer la performance (Neely *et al.*, 2000).

Le modèle de Brown met en évidence l'utilisation des bons intrants, des processus, des extrants et des résultats. En ce sens, pour bien faire comprendre son modèle, il utilise l'analogie de la cuisson d'un gâteau (Neely *et al.*, 2000). Les intrants sont alors décrits par la quantité de farine, la qualité des œufs, etc. Les processus à suivre sont la température du four et la durée de la cuisson, par exemple. Les extrants portent sur la qualité même du gâteau. La satisfaction des clients (ceux qui goûtent au gâteau) est le résultat. Kaplan et Norton ont largement influencé le modèle de Brown puisqu'il propose une démarche en cinq étapes qui peuvent aider une organisation à concurrencer d'autres organisations et ainsi se démarquer par une meilleure performance.

2.1.5.7 *Le Prisme de la performance de Neely et al., (2000)*

Le Prisme de la performance de Neely *et al.*, (2000) réfère au modèle des systèmes ouverts et à celui des relations humaines de Quinn et Rohrbaugh (1983) venant remédier à la faiblesse identifiée des tableaux de bord équilibrés de Kaplan et Norton. Contrairement à la pensée dominante que les mesures de performance doivent provenir de la stratégie organisationnelle, le Prisme de Neely *et al.*, (2000) suggère que la mesure doit provenir avant tout de la connaissance des parties prenantes de l'organisation (Neely *et al.*, 2002). Ce modèle de performance est davantage orienté vers l'externe en se souciant des attentes et des besoins des parties prenantes qu'il arrime par la suite aux différentes perspectives notamment celles des stratégies organisationnelles, des processus et des capacités. Le Prisme prend ainsi assise sur la théorie des parties prenantes qui conçoit l'organisation à travers une analyse politique. Selon Atkinson, Waterhouse, Wells (1997), une partie prenante est définie comme un individu ou un groupe situé à l'interne ou à l'externe d'une organisation et qui influence la performance organisationnelle.

Il convient de noter que le Prisme de la performance est un outil qui peut être utilisé par les équipes de gestion pour alimenter leur réflexion sur des questions clés reliées à la gestion de la performance de l'organisation (Neely, Adams et Crowe, 2001).

Ce modèle de mesure de la performance intègre la perspective des parties prenantes sous cinq aspects inter reliés : la satisfaction des parties prenantes, la contribution des parties prenantes, les stratégies, les capacités et les processus (Yadav, Sagar, Sagar, 2013). À l'instar d'un questionnement en cascade, les gestionnaires peuvent utiliser les cinq questions proposées par Neely et ses collaborateurs (2001) et ainsi couvrir l'ensemble des dimensions organisationnelles.

A. D'emblée, la première question a trait à l'identification des parties prenantes. Ainsi, les gestionnaires ont à répondre à la question suivante : qui sont les

parties prenantes importantes de notre organisation, que veulent-elles et quels sont leurs besoins ?

- B. La deuxième perspective se concentre sur les stratégies. Les gestionnaires ont alors à réfléchir à partir de la question suivante : Quelles sont les stratégies à déployer pour s'assurer que les besoins des différentes parties prenantes soient satisfaits ?
- C. La troisième question est libellée de la façon suivante : Quels sont les processus que notre organisation doit mettre en place permettant la mise en œuvre des stratégies identifiées ?
- D. La quatrième question s'adresse aux capacités de l'organisation comprises dans le sens des éléments fondamentaux de la capacité de l'organisation à concurrencer. Sans les bonnes personnes, sans les bonnes pratiques, sans la technologie et sans l'infrastructure en place, il est impossible pour une organisation d'accomplir, d'améliorer ses processus. La question clé associée est la suivante : Quelles sont les capacités dont nous avons besoin pour faire fonctionner nos processus ?
- E. La cinquième perspective se concentre sur la contribution réciproque des parties prenantes et est une caractéristique unique du Prisme de la performance (Neely *et al.*, 2001). Il n'y a pas de question associée à cette cinquième et dernière perspective, mais doit plutôt favoriser un échange sur la contribution de chacun.

Malgré que le concept de la performance soit difficile à définir, il semble exister cependant un réel consensus qui émane des modèles vus précédemment. L'ensemble des modèles propose l'adoption d'une lunette assez large pour circonscrire la performance tant dans l'atteinte des objectifs que dans les processus internes de production que dans la capacité de réconcilier les différents intérêts des parties prenantes et notamment par la création de valeur pour le client. Les modèles consolident la vision d'une organisation dans sa globalité et non pas seulement dans une vision réductionniste financière. Les modèles de performance consolident un principe de causalité, car ils relient les objectifs poursuivis et les moyens pour les atteindre et conduisent vers un double alignement : le vertical et l'horizontal. En ce sens, les modèles qui ont largement influencé le domaine de la santé sont notamment

le modèle de Quinn et Rohrbaugh (1983) et le tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton (1993).

2.2 LE PILOTAGE DE LA PERFORMANCE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les défis auxquels sont confrontés actuellement la plupart des pays occidentaux sont notamment le vieillissement accéléré de la population, l'augmentation connexe de l'incidence des maladies chroniques et des comorbidités (Arah, Westert, Hurst, Klazinga, 2006), la mise en place de la médecine fondée sur des évidences scientifiques, la réduction des délais d'attente et des soins de qualité axés sur le patient (Jankuj et Voracek, 2015 ; Mesabbah et Arisha, 2015). Ces différents défis relèvent de la performance organisationnelle (Guisset *et al.*, 2002). Ces changements accentuent la pression (Aghren, 2014 ; Guisset *et al.*, 2002 ; Kämäräinen, Peltokorpi, Torkki, Tallbacka, 2015) sur les établissements de santé et de services sociaux afin d'améliorer leur performance et d'offrir des services de santé de la manière la plus efficace possible et d'en réduire les coûts (Charfeddine et Montreuil, 2008).

C'est dans un tel contexte d'amélioration de la performance, qu'entre les années 1980-1990, le concept de performance fait son apparition dans l'ensemble des services publics et plus particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux (Kennerley et Neely, 2002 ; Thiebaut *et al.*, 2015).

2.2.1 Le modèle de Donabedian

Le modèle en triade d'Avedis Donabedian a influencé plusieurs cadres d'évaluation de la performance dans le secteur de la santé et réfère au caractère multidimensionnel et au concept d'intégration dans l'analyse de la performance. Donabedian (1988) suggère que la performance en soins de santé soit mesurée et évaluée selon trois composantes : les résultats, la structure et les processus. Le modèle

de Donabedian réfère au modèle des buts rationnels et des processus internes de Quinn et Rohrbaugh (1983).

Son postulat de base est qu'il existe des relations entre les résultats, la structure et les processus en ce sens qu'une bonne structure doit promouvoir un bon processus et qu'un bon processus doit promouvoir de bons résultats (Ameh, Gomez-Olivé, Kahn, Tollman, Klipstein-Grobush, 2017). Plus précisément, la structure inclut tant les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières. Les services se concrétisent par l'ensemble des activités réalisées pour générer les meilleurs services (résultats) pour le patient. Les résultats de santé sont, par exemple, définis par le niveau de longévité de la population ou par la réduction des risques de maladie et de comorbidité et d'équité en matière de soins de santé (Ameh *et al.*, 2017 ; Tchouaket *et al.*, 2012).

Donabedian (1992) raffine sa triade et propose de lier les trois composantes de son modèle (structure-processus-résultats) à l'efficacité, à l'efficacités et à la productivité. Ainsi, l'efficacité lie les résultats de santé obtenus et les ressources disponibles. L'efficacités agence les résultats de santé obtenus aux services et la productivité lie la production des services aux ressources disponibles (Tchouaket *et al.*, 2012).

2.2.2 Le modèle de l'Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (ÉGIPSS)

C'est à la demande du Conseil de la santé et du bien-être, en 2005, que le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal réalise un modèle permettant d'intégrer les différentes dimensions de la performance (Champagne, Guisset, Veillard, Trabut, 2005).

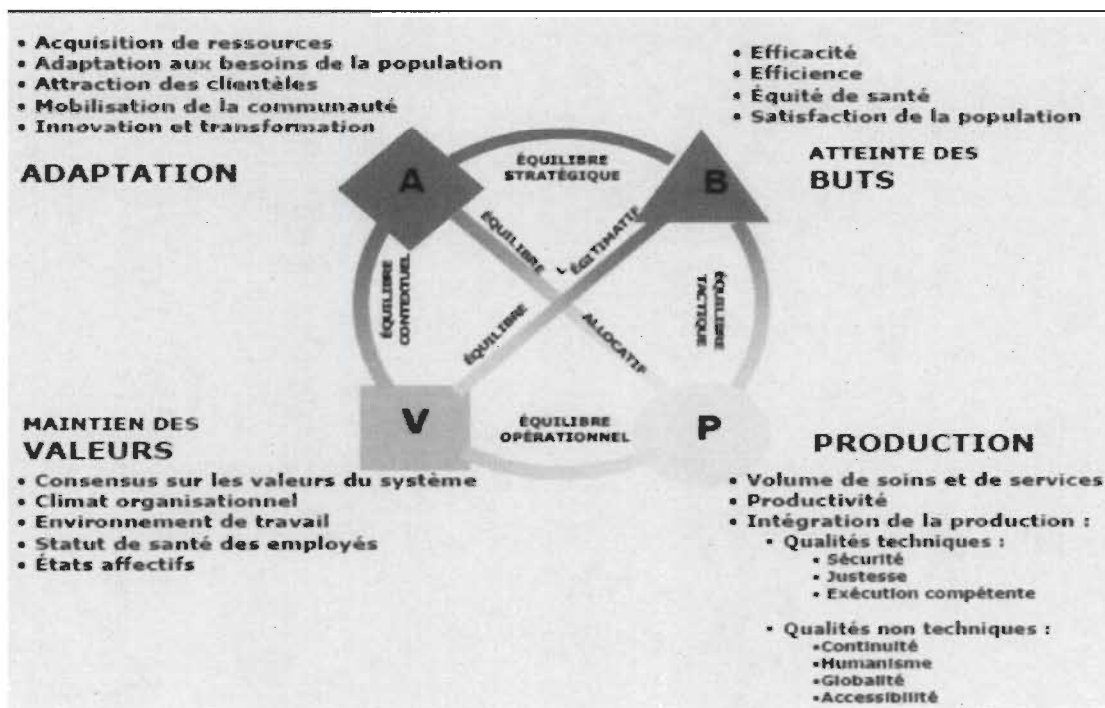
Ce modèle intégrateur prend ancrage dans la théorie de l'action sociale développée par Talcott Parsons, sociologue américain contemporain (1920-1979) et professeur à l'université de Harvard à partir de 1937 (Fermon et Grandjean, 2015). La théorie de l'action sociale considère les organisations à travers les fonctions essentielles qu'elles remplissent pour assurer leur survie (Thiebaut *et al.*, 2015). Ces fonctions sont inter reliées et reflètent la complexité des milieux de la santé et des services sociaux (Sicotte *et al.*, 1999). Ces fonctions sont décrites, à la figure 2, comme étant :

- A. La fonction adaptative : à court terme, l'établissement de santé doit se procurer les ressources nécessaires au maintien et au développement de ses activités. À long terme, l'établissement doit développer son habileté à se transformer afin de s'adapter aux différents changements sur les plans populationnels, technologiques, politiques ou sociaux (Champagne *et al.*, 2005).
- B. La fonction d'atteinte des buts : c'est la capacité d'un établissement de santé à atteindre ses objectifs en prenant en considération les attentes de ses parties prenantes (Fermon et Grandjean, 2015) notamment les médecins, les employés, les professionnels, les clients, etc.
- C. La fonction intégrative : c'est le noyau technique d'un établissement de santé (Sicotte *et al.*, 1999). Cette fonction définit la majorité des indicateurs utilisés pour mesurer la performance organisationnelle (volume d'activités, coordination, productivité, qualité des soins) (Champagne *et al.*, 2005).
- D. La fonction du maintien des valeurs : c'est la capacité de l'établissement de santé à générer du sens, de la cohésion et de l'engagement de ses acteurs internes aux buts de l'organisation. Il est question de culture organisationnelle (Fermon et Grandjean, 2015).

Ces quatre fonctions rappellent les dimensions du modèle de Quinn et Rohrbaugh (1983). La fonction de l'atteinte des buts au modèle des buts rationnels ; la fonction intégrative au modèle des processus internes ; la fonction adaptative du modèle ÉGIPSS réfère au modèle des systèmes ouverts et celle du maintien des valeurs au modèle des relations humaines.

À l'instar des tableaux de bord équilibrés, les quatre fonctions doivent maintenir un équilibre réciproque et elles sont soutenues par six tensions que les chercheurs nomment « alignements » (Champagne *et al.*, 2005) qui peuvent être compris comme de la cohérence organisationnelle. Le modèle nous apprend que l'équilibre stratégique influence la fonction adaptative et par conséquent la fonction de l'atteinte des buts. En d'autres mots, l'équilibre stratégique s'assure que les ressources nécessaires soient au rendez-vous pour atteindre les buts organisationnels. Le modèle met en exergue l'ensemble des processus de gestion sur lesquels il faut capitaliser dans le but d'améliorer la performance de l'établissement de santé (Sicotte *et al.*, 1999).

Figure 2.2
Le modèle ÉGIPSS



Source : Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, Nguyen (2005)

Le modèle ÉGIPSS est la base de référence dans plusieurs pays de l'OCDE qui ont développé un cadre d'évaluation de la performance et également une inspiration

certaine pour l'OMS (Marchal *et al.*, 2014) notamment pour son programme PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals).

2.2.3 Cadres d'évaluation de la performance de l'OMS et de l'OCDE

Le caractère multidimensionnel de la performance et les dimensions de l'efficacité, de l'efficacités et de la productivité telles que présentées par Donabedian influencent l'élaboration de plusieurs cadres d'évaluation de la performance notamment ceux de l'OMS et de l'OCDE. Ces dernières sont des organisations internationales préoccupées par l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Elles ont élaboré des cadres d'évaluation qui soutiennent les différents pays membres de ces organisations à évaluer et à comparer leur performance des soins de santé et sont perçus comme des outils de gestion qui poursuivent trois grands objectifs liés à la gouvernance d'une organisation : fournir des informations sur les volumes des activités, sur l'imputabilité des parties prenantes de l'organisation et améliorer la performance de l'organisation (Boland et Fowler, 2000).

En 2003, le bureau européen de l'OMS développe le modèle nommé PATH (Fermon et Grandjean, 2015 ; Groene, Skau, Frolich, 2008). Il retient quatre dimensions interdépendantes, dont l'efficacité clinique, l'efficacité, l'orientation du personnel et la gouvernance réactive. Le modèle juxtapose également deux dimensions transversales, dont les soins centrés sur le patient et la sécurité (Fermon et Grandjean, 2015). PATH est destiné aux établissements de santé qui se portent volontaires à comparer leur performance avec leurs homologues. Ce modèle aide les gestionnaires des établissements de santé à évaluer leur performance, à questionner les résultats et à les traduire en actions d'amélioration (Veillard *et al.*, 2005).

L'efficacité clinique représente une dimension de la performance selon laquelle un établissement de santé a la capacité d'offrir des soins tout en obtenant les résultats souhaités pour tous les patients. L'efficacité consiste à l'utilisation optimale des

ressources disponibles utilisées pour atteindre un résultat donné. L'orientation du personnel concerne la disponibilité d'un personnel compétent en lui offrant la possibilité de poursuivre son apprentissage et sa formation, et ce, de façon continue et de lui offrir des conditions de travail intéressantes générant un engagement et une satisfaction liés au travail. La gouvernance réactive est la mesure selon laquelle un établissement de santé répond aux besoins de la communauté, offre la garantie de la continuité et la coordination des soins, fait la promotion de la santé, innove et offre des soins à tous les citoyens sans discrimination à l'égard des caractéristiques socio-économiques de la population desservie (Fermon et Grandjean, 2015 ; Veillard *et al.*, 2005).

La sécurité décrit les structures et les processus appropriés pour travailler en amont des risques en réduisant ainsi les préjudices pour les patients et les membres du personnel. L'approche centrée sur le patient est une dimension de la performance qui accorde une attention particulière aux besoins de l'individu et de sa famille, à ses attentes, au respect de son autonomie, qui facilite l'accès aux différents partenaires communautaires, au respect de la confidentialité, à la dignité et finalement qui offre des soins sans délai à la population (Fermon et Grandjean, 2015 ; Veillard *et al.*, 2005).

Adoptant certains aspects du cadre d'évaluation de l'OMS, l'OCDE traduit la performance en cinq grands objectifs dans son cadre d'évaluation par l'évaluation de la qualité des soins et la prévention, l'accessibilité aux soins de santé, la capacité de réponse pour assurer la satisfaction des patients, les coûts raisonnables, le financement durable et l'efficacité (Hurst et Jee-Hugues, 2001). Toutefois, l'OCDE considère que l'accessibilité devrait être une composante principale pour permettre une équité quant à l'accès aux soins et services de santé (Thiebaut *et al.*, 2015).

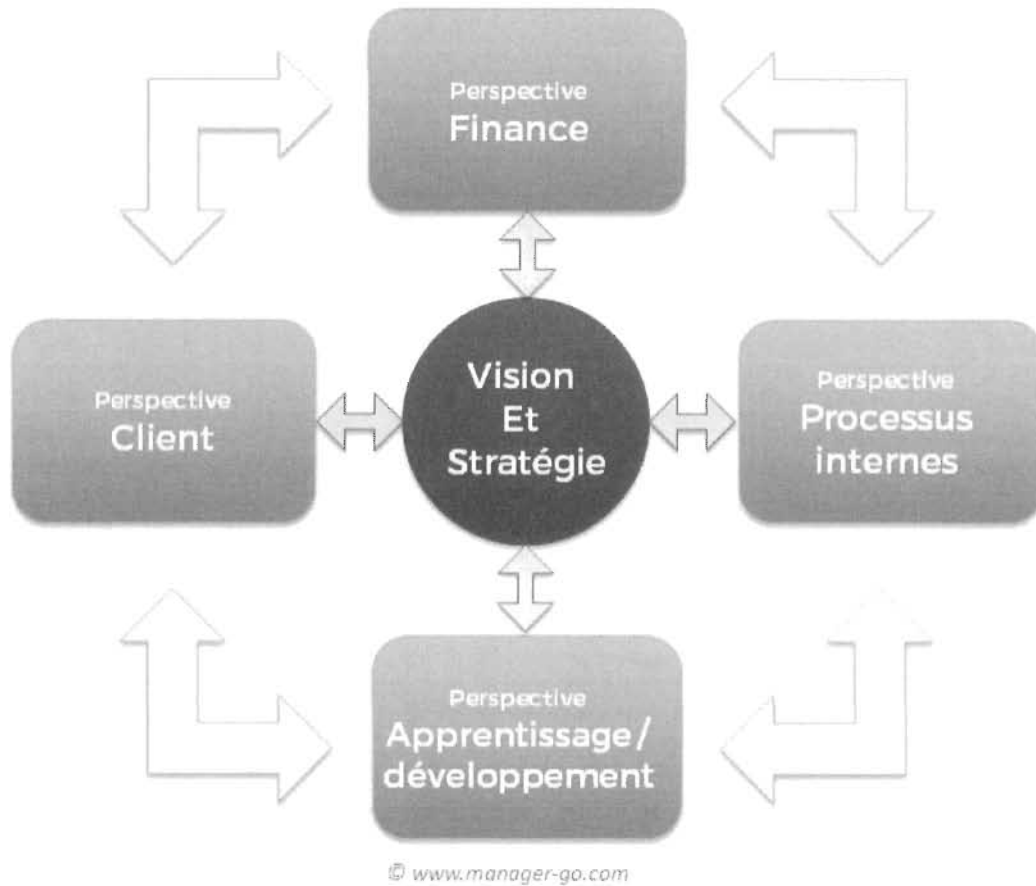
2.2.4 Le cadre de mesure de la performance de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

L'Institut canadien d'information sur la santé propose en 2013, un nouvel outil nommé cadre de mesure de la performance du système de santé (PSS). Cet outil doit faciliter la coordination et l'harmonisation de la diffusion d'information sur la performance au Canada. Il vise à soutenir les provinces dans l'atteinte de leurs objectifs prioritaires en matière d'amélioration de la qualité des soins et des services et à répondre aux besoins des différents groupes de clientèles (ICIS, 2015).

Ce cadre s'inscrit dans une compréhension multidimensionnelle de la performance organisationnelle et dans cette perspective, il est composé de quatre dimensions : les déterminants sociaux de la santé, les intrants des systèmes de santé qui se traduisent par les ressources utilisées et l'organisation des services, les extrants qui réfèrent à la qualité des soins et des services issus des systèmes de santé et les objectifs ou les résultats attendus des systèmes de santé (ICIS, 2013).

Considérant les quatre perspectives contributives et complémentaires qui s'amalgament avec la définition de la performance retenue comme étant multidimensionnelle, contingente et paradoxale, le modèle de Kaplan et Norton (1995) servira d'assise à cette thèse en ce qui concerne le système intégré de gestion de la performance qui sera abordé dans les prochaines parties. Ce modèle est illustré à la figure 2.3.

Figure 2.3
Modèle de Kaplan et Norton (1995)



Source : Kaplan et Norton (1995)

Les quatre axes du tableau de bord équilibré (finances, client, processus internes, innovation et apprentissages) présentent une vision multidimensionnelle de la performance et sont transposables aux établissements de santé (Amaratunga et Baldry, 2002 ; Fermon et Grandjean, 2015 ; Jacquet, 2011 ; Northcott et Taulapapa, 2012). Toutefois, pour obtenir le plein potentiel du tableau de bord équilibré, une adaptation au système de santé est toutefois nécessaire (Mesabbah et Arisha, 2015). Cette adaptation se traduit par un accent mis sur la qualité des soins, les résultats et l'accès aux soins.

L'axe client sera représenté par certains indicateurs notamment par l'expérience client, les taux de re-signalements à la DPJ, l'attente pour avoir des services sociaux après une évaluation en CLSC par exemple. La performance clinique est associée fortement à l'axe client. L'axe financier comprend évidemment l'équilibre financier, la réduction des coûts des médicaments, la maîtrise du temps supplémentaire et de l'assurance salaire notamment. L'axe des processus internes se concrétise également par la performance clinique et fait référence, par exemple, au temps d'attente à la centrale de réception et de traitements des signalements. L'axe des apprentissages inclut les niveaux de compétences, la qualité des outils d'information et la convergence des buts (Fermon et Grandjean, 2015). Les indicateurs retenus dans le domaine de la santé et des services sociaux peuvent être la gestion prévisionnelle de la main d'œuvre, le développement des compétences en lien avec les meilleures pratiques, l'ergonomie des lieux de travail, la reconnaissance des employés, etc.

Le tableau de bord équilibré participe à la maîtrise des processus tout au long de la trajectoire du patient, au partage des orientations stratégiques, et encourage à reconnaître les initiatives du personnel (Fermon et Grandjean, 2015). Malgré que le modèle de Kaplan et Norton semble orienté vers la haute direction selon Neely et ses collaborateurs (2000) et que les liens entre les quatre dimensions de la performance ne sont pas nettement établis, il n'en reste pas moins que ce modèle soutient la responsabilité collective, l'intégration inter fonctionnelle et l'amélioration continue.

2.3 LES SYSTÈMES INTÉGRÉS DE GESTION DE LA PERFORMANCE

Au cours des dernières décennies, différents concepts de gestion de la performance ont émergé. La gestion de la qualité totale (TQM), le *Lean* et le Six sigma sont appliqués par de nombreuses organisations et ont grandement influencé les modes de gestion dans le secteur de la santé et des services sociaux notamment. La TQM, le Six sigma et le *Lean* représentent des approches ayant de nombreuses similitudes en ce qui concerne leurs origines, les méthodologies adoptées, les outils utilisés et elles sont

complémentaires. L'origine étant située dans l'après-deuxième guerre mondiale au Japon (Dahlgaard et Dahlgaard-Park, 2006), ces trois approches intégrées de la performance soutiennent le fait que des améliorations peuvent être apportées en minimisant les gaspillages et en améliorant autant la satisfaction de la clientèle que les résultats financiers. Les valeurs portées par la TQM sont présentes tant dans le *Lean* que le *Six Sigma* rendant le client au cœur de toutes ces approches (Andersson et Bellgran, 2009).

2.3.1 Le système de gestion de la qualité totale

Selon la littérature consultée, il semble n'y avoir aucun consensus quant à la date et la source originale de la TQM et la plupart des articles rapportent que les fondateurs identifiés sont Feigenbaum, Ishikawa, Deming, Juran et Crosby (Chiarini et Vagnoni, 2017 ; Langabeer, DelliFraine, Heineke, Abbass, 2009). Ses origines semblent prendre racine en 1926 bien que le concept de la TQM semble avoir évolué à partir des cercles de qualité développés par Edward Deming dans les années 50 (Ngambi et Nkemkiafu, 2015).

La popularité de la gestion de la qualité totale ne se dément pas pendant les années 1980 et 1990 et elle décline par la suite dans les années 2000. Dans les années 1990, des prix d'excellence comme le *Malcolm Baldrige Award* aux États-Unis et la *Fondation européenne pour la gestion de la qualité* (EFQM) en Europe (Gómez-López, Serrano-Bedia, López- Fernández, 2015) contribuent à l'essor de la TQM. De plus, la certification ISO 9001 stimule la mise en œuvre de la gestion de la qualité totale en encourageant l'intégration des systèmes de gestion de la qualité les plus performants (Psomas et Pantouvakis, 2015). La TQM est alors considérée comme une philosophie de gestion influençant la culture organisationnelle plutôt qu'un véritable système de gestion (Chiarini et Vagnoni, 2017). Le mouvement de la TQM appelle à développer et à mettre en œuvre une culture d'entreprise globale mettant l'accent notamment sur le leadership, la mobilisation des employés, l'analyse de

l'information, la formation, l'expérience client, l'amélioration continue, la gestion des processus et la relation avec les fournisseurs (Alolayyan, Ali, Idris, 2011). La TQM fournit un cadre de référence pour la mise en œuvre d'initiatives efficaces de qualité et de productivité pouvant accroître la rentabilité et la compétitivité des organisations (Ngambi et Nkemkiafu, 2015).

L'entreprise a comme préoccupation d'aligner la conception de produits ou de services aux attentes des clients et privilégie ainsi les processus soutenant la qualité, et ce, à tous les stades du processus de production, de l'offre de soins et de services. L'amélioration de la qualité des produits et, en retour, une amélioration des performances de l'entreprise est considérée comme des moteurs de l'amélioration de la performance organisationnelle (Kannan et Tan, 2005). En conséquence, cela implique que chaque personne du haut vers le bas dans la structure organisationnelle est impliquée dans la TQM, car chaque joueur a un impact significatif sur l'excellence opérationnelle. Le principe soutenu par la TQM est sans aucun doute le leadership et l'engagement de la haute direction. Deming propose un leadership visionnaire qui a la capacité de donner une vision à long terme pour l'organisation soutenue par la réponse aux besoins évolutifs des clients, et ce, par opposition au contrôle de gestion interne. La littérature révèle que le leadership est en quelque sorte l'épine dorsale de la TQM (Mosadeghrad, 2013).

Prajogo et Sohal (2006) relèvent dans la littérature deux arguments contradictoires reliant la TQM à la performance et à l'innovation. Le premier argument suggère que la TQM est positivement liée à la performance et à l'innovation, car elle permet d'établir un système et une culture qui offrent un terrain fertile aux organisations pour innover. L'argument contraire soutient que les principes et pratiques de la TQM peuvent empêcher les organisations d'être novatrices. Par exemple, la préoccupation axée sur le client aurait un impact négatif sur l'innovation. Selon Prajogo et Sohal (2006), il y a un risque à prendre uniquement en considération la satisfaction des besoins des clients actuels. Cette philosophie, teintée par les valeurs

organisationnelles, peut éventuellement ralentir une organisation dans la recherche de solutions novatrices en ignorant le potentiel des autres marchés.

Selon Sitkin, Sutcliffe et Schroeder (1994), la TQM a longtemps été publicisée comme étant universellement applicable aux organisations sans prêter attention à la nature de l'incertitude et de la résistance aux changements pouvant être rencontrées dans l'organisation. La TQM était, dans certaines occasions, surévaluée, mal utilisée et conséquemment inefficace.

2.3.2 Le système de production de Toyota

Après la Seconde Guerre mondiale, des écarts de performance entre Toyota et les fabricants d'automobiles, notamment américains, sont observés (Hines, Holweg, Rich, 2004). Pour remédier à ce déficit de productivité et de qualité, Taiichi Ohno, ingénieur industriel, qui travaille alors à l'usine Toyota modifie le processus d'assemblage des automobiles menant à la création du système de production Toyota. Ainsi, cet ingénieur rend possible la production de voitures en petites séries et à prix compétitifs (Liker, 2004). La fabrication est concentrée sur les processus de production et sur la qualité du produit plutôt que sur la production de masse comme c'est le cas pour General Motor Company (GMC) et la compagnie Ford (Ben-Tovim, Bassham, Bolch, Martin, Dougherty, Szwarcbord, 2007). Malgré les travaux de l'ingénieur Ohno, il est à souligner que les origines de Toyota remontent au début du XXe siècle alors que Sakichi Toyoda, bricoleur et inventeur, produit des métiers à tisser qui fonctionnent mieux et qui sont moins chers que ceux qui étaient déjà sur le marché. Sa contribution au système de gestion Toyota réside dans le fait de la transmission de sa philosophie et de son approche du travail motivés par une obsession absolue de l'amélioration continue (Liker, 2004).

Le système de production Toyota se concentre sur l'élimination des gaspillages (*muda*) et l'excès dans les processus de production (Bashin et Burcher, 2006) et la

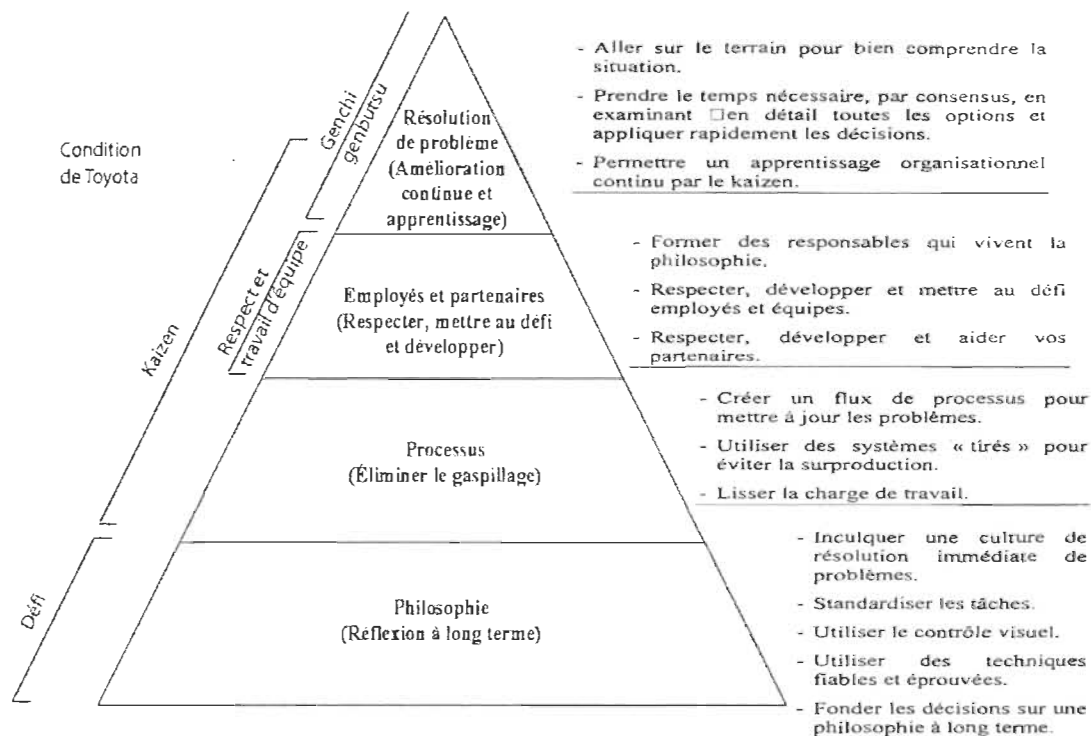
philosophie transmise par Toyota est la manifestation la plus tangible de la quête d'excellence de Toyota (Liker, 2004).

Le système de production de Toyota est représenté par une maison (Liker, 2004). La solidité est d'ordre structurel notamment par son toit, ses piliers et ses fondations. Advenant la présence d'un élément faible, il pourrait contribuer à affaiblir toute la maison, autrement dit, le système. Ainsi, l'amélioration de la qualité, la réduction des coûts et l'optimisation du temps constituent le toit. Les deux piliers extérieurs représentent le *juste-à-temps* et le *jidoka*. Le *juste-à-temps* est une approche visant à éliminer les gaspillages en remettant à un client les biens demandés, et ce, dans la quantité requise (Mazzocato, Savage, Brommels, 2010). Quant au *jidoka*, il permet à un opérateur de surveiller visuellement (à l'aide de signaux visuels tels que les panneaux d'affichage nommés *andon*) et de contrôler simultanément plusieurs machines et processus. Ces pratiques fournissent la capacité de détecter et de signaler les problèmes en temps réel et d'établir les bases de l'apprentissage et de l'amélioration (Mazzocato *et al.*, 2010). Enfin, il y a les fondations qui sont décrites par des processus stables en raison de leur standardisation. Selon Liker (2004), chaque élément de la maison est essentiel et la manière dont il se renforce est un élément capital.

Le système de production Toyota n'est pas un ramassis d'outils. Il est avant tout constitué par quatre orientations dominantes regroupant 14 principes de gestion favorisant la gestion participative impliquant tous les employés à la détection précoce des problèmes et par la mise en place d'activités liées à la résolution de problèmes. Les quatre grandes orientations sont : la philosophie, le bon processus qui produit le bon résultat, la valorisation de l'entreprise en développant l'ensemble des parties prenantes et la résolution en continu des problèmes rencontrés générant des apprentissages organisationnels (Liker, 2004).

Les quatre orientations dominantes et les 14 principes sont illustrés ci-dessous à la figure 2.3.

Figure 2.4
Modèle Toyota selon les quatre catégories de principes



Source : Liker (2004)

Le terme *Lean* est introduit par Womack et ses collaborateurs en 1991 par la publication du livre *The machine that Changed the World*. Le système de production de Toyota et le développement du *Lean* reflètent une philosophie plus profonde appelée *Toyota Way* (Liker et Morgan, 2011).

2.3.3 La gestion *Lean* : un système de gestion multidimensionnel

Le *Lean* est une approche de gestion multidimensionnelle qui repose sur un ensemble de principes et de pratiques visant à améliorer la valeur pour les clients en éliminant les activités sans valeur ajoutée (Gupta, Sharma, Sunder, 2016 ; Hadid et Mansouri, 2014 ; Langabeer *et al.*, 2009).

Ainsi, Womack et Jones (2003) décrivent le *Lean* comme étant le système de production de Toyota visant à améliorer continuellement l'efficacité et l'efficience d'un système grâce à l'élimination des gaspillages et à une production *juste à temps*. Les éléments de gaspillage sont : la surproduction, l'attente, le transport ou la manutention inutile, les méthodes de travail inefficaces, les stocks excédentaires, les gestes inutiles, les défauts sur les produits et la créativité des employés inexploitées (Jancarik et Vermette, 2013).

Le *Lean* est également utilisé dans une approche philosophique, d'une culture de gestion en amélioration continue qui vient soutenir un système intégré de gestion de la performance. L'adoption de cette philosophie vient garantir que les décisions se prennent à l'endroit le plus proche où se déroule l'action ; elle favorise l'apprentissage organisationnel à partir des éléments de satisfaction des clients et encourage le développement systématique du leadership, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation. L'amélioration continue doit être considérée comme un état d'esprit, et ce, pour chaque employé qui est quotidiennement à la recherche d'opportunités d'amélioration pour accomplir le travail demandé (Martin, 2012). L'ensemble des parties prenantes travaillent en synergie à résoudre des problèmes (Landry et Beaulieu, 2016). La philosophie encourage également l'utilisation d'une gestion visuelle à partir d'indicateurs clés, d'un travail standard pour les leaders, de la quotidienneté et d'une rigueur incontestée (Mann, 2005). Le *Lean* n'est pas seulement une boîte à outils pour améliorer la performance d'une organisation. Au contraire, il est une façon de penser et les outils sont des instruments pour passer à l'action (Bhasin et Burcher, 2006 ; Liker, 2004).

Le *Lean* peut être associé à une approche par processus (Al-Hyari, Hammour, Abu Zaid, Haffar, 2016). Aronsson, Abrahamsson, Spens (2011), définissent un processus comme une chaîne d'activités ayant un point de départ clair et d'arrivée et composé par un nombre d'étapes à la fois planifiées et répétitives. Le processus poursuit un objectif clair traduit en des résultats attendus. L'organisation doit éliminer les étapes

d'un processus qui n'ajoutent pas de valeur et créer un débit continu pour les étapes suivantes dans le but de travailler continuellement à la recherche de la perfection c'est-à-dire à l'élimination complète du gaspillage (Womack et Jones, 2003). L'approche par processus interpelle l'importance accordée aux clients dans un sens large du terme. Il peut signifier autant le patient que l'employé. Tout dépend de l'interlocuteur.

Pour terminer, c'est la mise en œuvre de l'ensemble des pratiques *Lean* qui conduit les entreprises à une meilleure performance (Al-Hyari *et al.*, 2016). Cependant, la majorité des entreprises ont utilisé les techniques et les outils de gestion *Lean* sans comprendre véritablement la philosophie sous-jacente d'amélioration continue. Une organisation qui souhaite implanter les stratégies du *Lean* doit avant tout les considérer comme une philosophie et non comme une stratégie à court terme pour réaliser des économies (Bhasin et Burcher, 2006). En d'autres mots, ces stratégies de quête d'excellence doivent devenir un mode de vie ancré dans l'ADN de l'organisation.

2.3.4 Le *Lean* santé

Dans le domaine de la santé, il est difficile de situer avec certitude le moment où la gestion *Lean* est apparue. Selon de Souza (2009), les premières publications remontent en 1995 où Heinbuch publie une étude de cas sur l'implantation du management de la qualité totale et du *juste à temps* dans un hôpital. Cependant, d'autres auteurs (Costa et Filho, 2016 ; Mazzocato, Thor, Bäckman, Brommels, Carlsson, Jonsson, Hagmar, Savage, 2014), situent l'arrivée des publications sur la gestion *Lean* en santé au début des années 2000.

Dans le contexte d'aujourd'hui, la production *Lean* n'est plus la panacée exclusive des entreprises manufacturières et industrielles (Dannapfel, Poksinska, Thomas, 2014 ; Drotz et Poksinska, 2014). Plusieurs organisations, de tous les secteurs d'activités, tentent d'améliorer leur performance en utilisant des méthodes de

production *Lean* (Liker, 2004) et c'est aussi vrai pour le secteur de la santé et des services sociaux. Le *Lean* santé est considéré comme un moyen de rationaliser, d'optimiser les soins et les services en réduisant les gaspillages, en améliorant les trajectoires des patients, l'information et la communication notamment (de Souza, 2009). Ainsi, le *Lean* est largement accepté dans le secteur de la santé et des services sociaux comme étant une méthodologie visant l'amélioration de la qualité des soins et des services (Nelson-Peterson et Leppa, 2007 ; Salah, Rahim, Carretero, 2010). Radnor *et al.*, (2012) retiennent trois grands principes *Lean* qui sont la valeur (l'utilisateur au centre des préoccupations), la chaîne de valeur (ensemble des activités créatrices de la valeur) et le flux (mouvement continu des activités nécessaires à la prestation d'un soin ou d'un service). De plus en plus d'établissements de santé sont confrontés à des problématiques de gestion consistant à la fois à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des services, à augmenter l'accessibilité, à favoriser la continuité et à freiner l'augmentation des coûts (Costa et Filho, 2016 ; Graban, 2012 ; Radnor *et al.*, 2012 ; Simons, Benders, Bergs, Marneffe, Vandijck, 2016). Au cours de la dernière décennie, de nombreux établissements de santé ont déployé une démarche *Lean* afin de relever les défis liés à de tels enjeux. Ces pays sont notamment la France (Fermon et Grandjean, 2015), l'Australie, la Grande-Bretagne, la Belgique, le Canada (Feropon, Landry, Beaulieu, McLachlin, 2013) dont les principales provinces sont l'Alberta, la Saskatchewan et le Québec.

Le *Lean* santé est décrit comme un système de gestion de la qualité et de l'amélioration continue des processus basés sur le système de production Toyota (Graban, 2012) qui cible les besoins des clients, l'amélioration de la qualité, la réduction des délais et des coûts appuyés par une démarche d'amélioration continue et l'implication des employés (Dahlgaard, Pettersen, Dahlgaard-Park, 2011 ; Dannapfel *et al.*, 2014 ; Landry et Legentil, 2010). L'amélioration continue trouve son fondement dans un principe introduit par Shewhart (1891-1967) et affiné par le pionnier de l'amélioration de la qualité Edwards Deming (1900-1993). La roue de Deming connue sous l'acronyme de *Plan-Do-Study-Act* (*PDSA*) est le principe central du *Lean* dans la

résolution de problème. L'approche *PDSA* est reconnue comme une méthode scientifique appliquée au travail quotidien : définir le problème et planifier l'expérience, analyser les résultats et faire les apprentissages nécessaires. Selon les résultats obtenus, ancrer le processus amélioré à partir du processus standard et ainsi de suite jusqu'à ce que d'autres améliorations puissent être apportées (Landry et Beaulieu, 2016 ; Toussaint et Berry, 2013).

L'élimination systématique des gaspillages est également un axe majeur de la philosophie *Lean* et selon Toussaint et Gerard (2010), les gaspillages du système de production Toyota peuvent être facilement transposés aux soins et services de santé: attente (rendez-vous), mouvement (recherche de médicaments), transport (transfert de patients vers de nouvelles unités), surproduction (traitement inutile), défaut (inspection des travaux déjà effectués pour des erreurs), sur traitement (formulaires inutiles) et inventaire (surcharge ou non des stocks de médicaments), talent (échec de former le personnel aux nouvelles techniques d'intervention). Le *Lean* est une méthodologie permettant aux établissements de santé d'améliorer la qualité des soins et des services aux patients, de soutenir les employés et les médecins, d'éliminer les obstacles et de se concentrer sur la prestation de soins et de services sociaux. Le *Lean* santé aide également à surmonter les silos entre les différents départements permettant de mieux travailler ensemble, dans un contexte multidisciplinaire, au profit des patients (Dannapfel *et al.*, 2014 ; Graban, 2012). De plus, le *Lean* nécessite un changement culturel passant de la gestion hiérarchique traditionnelle *top down* (Collar *et al.*, 2012) à une gestion contemporaine favorisant l'horizontalité par la gestion des processus et des trajectoires patients.

2.3.5 Le Six Sigma

En 1987, Motorola développait le *Six Sigma*. Des entreprises telles que GE, Honeywell, Sony, Caterpillar ont implanté le *Six Sigma* et ont généré des bénéfices importants (Zu, Fredenhall, Douglas, 2008). Dans la littérature consultée, il semble y

avoir autant de définitions du *Six Sigma* qu'il en existe pour la performance. Le *Six Sigma* est décrit comme étant un processus qui réduit les sources de variation en appliquant un ensemble rigoureux d'outils de qualité et hautement compatibles avec les approches *Lean* (Hines *et al.*, 2004). La standardisation des processus est utilisée pour limiter la variation. Quant à Schroeder, Linderman, Liedtke, Choo (2004), ils définissent le *Six Sigma* comme un processus d'affaires qui permet aux entreprises de s'améliorer considérablement en concevant et en surveillant les activités quotidiennes de manière à minimiser les gaspillages et les ressources tout en augmentant la satisfaction de la clientèle.

La méthode d'amélioration connue pour les processus du *Six Sigma* est celle du DMAIC (définir, mesurer, analyser, améliorer, contrôler) qui ressemble au cycle *PDSA* de Deming. La DMAIC prend son départ en définissant le processus à améliorer, à cibler les membres de l'équipe pour l'améliorer et les besoins des clients à être répondus ; la mesure identifie les facteurs clés qui ont le plus d'influence sur le processus, ensuite vient le temps d'analyser les éléments qui ont besoin d'être améliorés. Avant de contrôler la solution trouvée, il faut évidemment la concevoir et estimer les coûts-bénéfices pour identifier la meilleure solution (Andersson, Aghren, Axelsson, Eriksson, Axelsson, 2011).

Il existe des caractéristiques communes entre le *Lean* et le *Six Sigma* notamment sur les objectifs, l'approche, les outils et la méthodologie utilisée (Langabeer *et al.*, 2009). Les objectifs du *Lean* se concentrent davantage sur les activités à valeur ajoutée en éliminant les gaspillages et le *Six Sigma* soutient l'élimination des défauts par la conformité aux besoins des clients. Le *Lean* nécessite une approche de standardisation des processus en rendant plus fluide le flux de production et le *Six Sigma* est axé sur la réduction de la variabilité des processus. Les principaux outils utilisés par le *Lean* sont notamment la cartographie de la chaîne de valeurs, le kanban et le 5S tandis que le *Six Sigma* retient le contrôle statistique des processus et le diagramme de cause à effet. Le *Lean* adopte une méthodologie centrée autour du cycle *PDSA* de Deming qui est

similaire au DMAIC propre au *Six Sigma*. Les valeurs portées par la TQM viennent renforcer l'idée que les organisations doivent poursuivre leurs activités en étant axées sur la réponse aux besoins émergents des clients dans le but de rester compétitives (Andersson *et al.*, 2011).

À plusieurs reprises, le terme *Lean Six Sigma* est utilisé dans la littérature tellement ces deux approches d'amélioration sont complémentaires, connues et reconnues pour leur efficacité. La juxtaposition des deux approches, toutes deux orientées sur les processus, permet justement de piloter globalement la démarche d'amélioration de la performance tenant compte de l'ensemble des besoins des clients en matière de qualité, d'accessibilité par la réduction des délais et de contrôle des coûts. La valeur première du client est ainsi supportée par la TQM.

Les approches définies dans cette partie ont comme objectif d'améliorer l'efficacité et l'efficience des opérations d'une organisation. (Kannan et Tan, 2005). Ces approches consolident notamment la responsabilisation significative des employés ayant un impact sur l'atteinte des résultats, un environnement de travail qui favorise la capacité, la confiance, l'engagement de tous les artisans de l'organisation à prendre des responsabilités, à améliorer les processus et à initier les mesures nécessaires pour satisfaire les exigences du client (Ngambi et Nkemkiafu, 2015).

Ces nouveaux courants de gestion induisent ainsi une volonté organisationnelle prônant des valeurs axées sur l'importance des ressources humaines, la considération pour le client et l'adaptation rapide aux besoins émergents de l'organisation. En d'autres mots, ces modes de gestion intégrés et contemporains influencent la performance globale d'une organisation, principalement grâce aux efforts conjugués de la force du travail des parties prenantes, le soutien engagé de la direction et son leadership, la participation des employés et la responsabilisation apportant des solutions aux problèmes opérationnels, la formation, la priorité donnée aux clients, l'amélioration continue et la gestion des processus à l'intérieur de l'environnement

organisationnel (Adler, Goldoftas, Levine, 1999). L'apprentissage, par les processus d'amélioration continue, est au cœur des succès du système de production Toyota (Holweg, 2007). Ainsi, les opportunités d'améliorations apportées au sein d'un système de gestion *Lean* sont réalisées selon une méthode de résolution de problème scientifique standard, et ce, le plus près possible des opérations de l'organisation. Les organisations qui gèrent en adoptant une philosophie *Lean* partagent la même conviction selon laquelle l'humain constitue l'actif le plus important de l'entreprise et l'investissement dans les compétences et les connaissances est essentiel dans la consolidation des actifs de performance (Spear et Bowen, 1999). Le *Lean* est fortement influencé par le tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton (Barnabè et Giorgino, 2017) impliquant toutes les fonctions au sein d'une organisation et l'ensemble des fournisseurs qui participent, d'une manière ou d'une autre, à la trajectoire client ou la chaîne de valeur propre au *Lean*.

2.4 LE SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION APPLIQUÉ AU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AU QUÉBEC

La prochaine partie aborde le système intégré de gestion de la performance (SIGP) et ses principales dimensions influencées par la philosophie *Lean*. Le SIGP est une approche de gestion que le MSSS souhaite appliquer à tous ses établissements et est enchâssé dans l'entente de gestion. Le CISSS de la Gaspésie est présentement en apprentissage pour mener à terme un nouveau modèle de gestion qui vient aider à l'intégration de l'offre de services dédiée aux enfants, aux jeunes et à leurs familles.

Par ses principes, le système intégré de gestion de la performance est l'assise même qui rend possible l'intégration horizontale des soins et des services générant une performance collaborative par le travail d'équipe multidisciplinaire (Fillingham, 2007). Selon Foropon, Landry, Beaulieu, McLachlin (2014), un système de gestion permet d'améliorer les soins et les services, augmenter l'accessibilité et ralentir l'augmentation des coûts. Ce système nécessite un changement profond de culture et entraîne dans son

sillage l'ensemble des parties prenantes de l'organisation (Jobin et Lagacé, 2015). Selon Landry et Beaulieu (2016), pour opérer un changement profond de culture organisationnelle, le gestionnaire devra, au contraire de ses habitudes, laisser place à la proactivité chez ses employés et libérer le génie, afin que tous progressent ensemble vers le même objectif. On assiste ainsi à une décentralisation ou à une démocratisation des pouvoirs. Il est donné aux employés qui verront à résoudre les problèmes au quotidien. Les gestionnaires passeront ainsi de patron à coach pour supporter les individus et les équipes dans leurs réalisations favorisant l'engagement de toutes les parties prenantes à l'implantation du système intégré de gestion de la performance et faciliteront l'émergence de nouvelles habiletés et compétences tant chez les gestionnaires que chez les employés.

Actuellement, le système intégré de gestion de la performance proposé aux établissements de santé et de services sociaux au Québec est la pièce maîtresse de cette recherche. Dans le cadre de cette recherche, un système intégré de gestion de la performance est défini par un ensemble cohérent de principes, de pratiques et d'outils standardisés. Il est soutenu par un leadership ancré dans une philosophie d'amélioration continue qui permet d'atteindre les objectifs organisationnels clairement statués. La finalité du système intégré de gestion de la performance est de créer de la valeur pour les différentes parties prenantes d'une organisation. Ainsi, un système intégré de gestion de la performance est un processus de gestion qui permet un alignement entre le niveau stratégique, tactique et opérationnel, donne de la capacité à une organisation dans le but d'évaluer l'efficacité et l'efficience de ses processus en facilitant la circulation d'information (Bititci, Carrie, McDevitt, 1999 ; Brudan, 2010 ; Parida, Kumar, Galar, Stenström, 2014).

Cette gestion contemporaine soutient la décentralisation des pouvoirs aux équipes, la coordination des activités cliniques et l'interdisciplinarité entre les parties prenantes pour créer de la valeur pour le client (Rondeau, 2008). En d'autres mots, les organisations qui ont adopté un système intégré de gestion dont l'approche par

processus est l'un des éléments qui favorisent l'émergence des continuums et des trajectoires génèrent des résultats positifs (Toussaint, 2015). Les bénéfices d'une telle approche d'amélioration continue et de la performance se font sentir lorsque les gestionnaires stratégiques ont comme objectif de travailler à l'intégration horizontale des processus cliniques et administratifs (Radnor *et al.*, 2012). Les organisations doivent mettre en place des processus d'intégration horizontale pour assurer une meilleure coordination des soins et des services au bénéfice de la population et des clientèles vulnérables (Aghren et Axelsson, 2011).

Une gestion contemporaine soutenue par une philosophie *Lean* implique un nouvel état d'esprit dans lequel le client devient la priorité d'une organisation et la gestion de la performance est démocratisée devenant ainsi la responsabilité de tout le personnel (Angell et Chandra, 2001). La gestion visuelle (Grabau, 2012) est un élément majeur du système intégré de gestion de la performance et les salles de pilotage en sont les principales composantes.

2.4.1 La gestion visuelle : assise du système intégré de gestion de la performance

La gestion visuelle fait son apparition dans les années 1950 et 1960 chez Toyota. À ce moment, les outils développés sont le *kanban* et l'*andon* considérés uniquement comme des outils de contrôle visuel (Javadi, Shahbazi, Jackson, 2011). Le *kanban* est un terme japonais qui illustrent les cartons de couleurs indiquant la nécessité d'un réapprovisionnement avant la rupture de stock. Appliqué au secteur de la santé, le *kanban* identifie la disponibilité des lits, des civières, le besoin de réapprovisionnement des fournitures médicales, la disponibilité des équipements, etc. L'*andon* est un outil visuel révélant sans délai qu'un poste de travail rencontre une anomalie. Par exemple, dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'*andon* se concrétise lorsqu'un intervenant relève qu'une trajectoire client présente un maillon faible. En ce sens, Liker (2004) définit les outils visuels comme des dispositifs de communication utilisés dans

un environnement de travail et qui indiquent, d'un simple coup d'œil, si le travail effectué s'écarte de la norme prescrite.

La gestion visuelle est un outil au service de tous et est vitale pour le développement des affaires (Gullander, Fast-Berglund, Harlin, Mattsson, Groth, Åkerman, Stahre, 2014). Elle permet de communiquer les objectifs et les indicateurs liés à la performance actuelle, de manière simple et ouverte, permettant ainsi un flux d'informations efficace et efficient auprès d'une équipe de travail (Eaidgah *et al.*, 2015 ; Jaca, Viles, Jurburg, Tanco, 2014). La gestion visuelle améliore, par l'utilisation des salles de pilotage, la compréhension des processus, des cibles de performance ; soulève les problèmes associés et renforce avant tout la transparence, la rigueur, la responsabilité ; souligne les embûches qui freinent la synergie entre les membres de l'équipe et empêche d'atteindre les objectifs souhaités. Elle met en évidence les opportunités d'amélioration, encourage la perfection en éliminant les gaspillages et propose des initiatives pour appuyer une culture d'amélioration continue (Eaidgah *et al.*, 2015).

Il est relativement aisé pour de nombreuses entreprises de posséder toutes les informations nécessaires pour leur fonctionnement. Le défi réside dans les difficultés rencontrées pour analyser et communiquer de manière efficace les informations cruciales au jour le jour et le plus près possible de l'action. En ce sens, la gestion visuelle est un outil puissant pour soutenir les processus de prise de décision dans les organisations en créant une stratégie qui offre des informations vitales pour un bon fonctionnement (Jaca *et al.*, 2014). Dans la gestion visuelle de la performance, les objectifs stratégiques sont notamment déployés aux autres niveaux hiérarchiques de l'organisation dans le but de valoriser les flux, les processus, les équipes et les individus grâce à des mesures de performance (Bititci, Cocca, Ates, 2016). Les gestionnaires ont ainsi la capacité de mettre en place une culture de collaboration et de respect mutuel dans l'objectif de générer des idées et de porter une réflexion stratégique. L'organisation doit s'assurer de fournir les bonnes informations, aux bonnes personnes

et au bon moment de manière efficace afin de prendre les bonnes décisions (Tezel, Koskela, Tzortzopoulos, 2016) et qu'elles puissent se sentir engagées, et ce, dans l'intérêt de l'organisation.

Pour terminer, Tezel *et al.*, (2016) considèrent la gestion visuelle comme un système de gestion qui améliore la performance organisationnelle en alignant la vision, les valeurs fondamentales, les objectifs et la culture dans le but de comprendre le contexte d'un simple coup d'œil. La gestion visuelle facilite l'exécution des tâches courantes et quotidiennes, permet la formation sur le terrain et influence les comportements des employés pour induire une démarche d'amélioration de la qualité. La gestion visuelle supprime également les silos et propose une gestion transversale de l'organisation afin de bien comprendre et saisir les différents enjeux.

La prochaine partie aborde les principaux outils issus du système intégré de gestion de la performance utilisés dans le cadre du projet d'intégration.

2.4.1.1 Les salles de pilotage ou Obeya

L'*Obeya* est reconnue comme étant un outil faisant partie intégrante du système de production Toyota (Aasland et Blackenburg, 2012). *Obeya* est un mot japonais signifiant "grande pièce" (Javadi, Shahbazi, Jackson, 2011 ; Terengi, Cassina, Kristensen, Terzi, 2014). C'est une salle de réunion qui utilise des outils visuels simples pour prendre des décisions efficaces et résoudre les problèmes dans les processus organisationnels (Aasland et Blankenburg, 2012 ; Jusko, 2016 ; Liker, 2004 ; Liker et Morgan, 2011).

La première salle de pilotage ou *Obeya* a été créée au début des années 90 par Takeshi Uchiyamada, un dirigeant de Toyota, qui a développé la première génération d'automobiles Prius. Monsieur Uchiyamada n'avait pas toute l'autorité nécessaire pour faire progresser son projet, car certaines décisions nécessitaient l'approbation des autres

gestionnaires provenant de différents secteurs chez Toyota. C'est ainsi que, pour résoudre ce problème, il crée l'*Obeya* qui lui sert de lieu de rassemblement des gestionnaires qui détiennent une autorité décisive pour faire progresser le projet. Considérant que l'*Obeya* a fait ses preuves dans la gestion du projet de monsieur Uchiyamada, elle est alors adoptée comme un outil du système de production Toyota (Aasland et Blankenburg, 2012 ; Hoppmann, Rebentisch, Dombrowski, Zahn, 2011). L'utilisation de l'*Obeya* s'avère efficace pour optimiser le flux de valeur des processus de gestion collaborative et se traduit par une réduction des discussions inutiles et offre la possibilité de prendre des décisions collectives plus rapidement (Terenghi *et al.*, 2014). Cet outil tend à briser les barrières de l'organisation afin d'obtenir une bonne collaboration durant les rencontres de gestion de la performance (Terenghi *et al.*, 2014). C'est une occasion de partager les connaissances, de construire une cohésion d'équipe et de s'améliorer de façon continue (Barnas, 2014).

L'*Obeya* désigne différents types de "grandes pièces" notamment une salle de travail, une salle de réunion, une salle de partage, une salle de découverte, une salle de flux de travail, une salle de gestion (Gullander *et al.*, 2014 ; Javadi *et al.*, 2011). On la désigne également dans le monde anglo-saxon par *Mission Control Room* ou *Visual Room* (Lagacé et Landry, 2016). Dans le cadre de la présente recherche, le terme salle de pilotage et *Obeya* sera utilisé sans distinction. Quel que soit le nom retenu, l'*Obeya* est une salle de contrôle visuel où les activités et les produits livrables sont décrits et représentés dans un format visuel à discuter lors de réunions fréquentes, par une équipe interdisciplinaire qui prend des décisions clés en temps réel sur place et escompte ainsi des gains de performance.

Liker (2004) décrit l'*Obeya* comme une grande salle où sont présentés sur ses murs différents outils de gestion visuelle qui servent à gérer l'information et appuyer la prise de décision en temps réel. Les outils de gestion visuelle utilisés dans l'*Obeya* comprennent notamment des graphiques, des tableaux de bord indiquant la condition actuelle et la condition cible, des informations sur la qualité des services, sur la

mobilisation du personnel, des indicateurs clés de performance financière (Jusko, 2016 ; Liker, 2004). Le contenu des outils de gestion visuelle doit être constamment mis à jour par les personnes responsables (Liker, 2004). Oppenheim (2004), quant à lui, décrit l'*Obeya* comme une salle qui contient les matrices de chaînes de valeurs où toutes les activités organisationnelles sont intégrées. Dans le domaine de la santé, ces chaînes de valeurs peuvent être traduites par des trajectoires patients que Graban (2012) définit comme l'ensemble des processus de soins et de services sociaux de l'entrée du client à sa sortie, et ce, à travers les départements, les services ou les programmes de l'établissement de santé. Jusko (2016) quant à lui décrit l'*Obeya* comme un processus qui comprend trois grandes étapes : l'information recueillie est accessible et combinée avec d'autres informations relatives à l'organisation ; l'analyse et le tri des informations pour retenir seulement les informations clés et la prise de décisions. Selon Jusko (2016), les méthodes de résolution de problèmes sont importantes dans l'*Obeya* par les cycles d'apprentissage *PDSA* (Liker et Morgan, 2011) soutenus par Deming.

Selon Aasland et Blankenburg (2012), l'*Obeya* encourage la performance organisationnelle par deux éléments. Le premier élément se réalise par la prise de décision rapide et en temps réel par les gestionnaires. Ils font partie de l'équipe interdisciplinaire liée au processus et prennent des décisions collectives en temps réel (Jusko, 2016). Ce n'est pas seulement le gestionnaire qui gère le processus, mais l'ensemble des acteurs impliqués dans celui-ci (Liker, 2004). L'*Obeya* scelle un niveau élevé de gestion transversale (Söderberg et Alfredson, 2009). Le deuxième élément étant la réduction des discussions non pertinentes et inutiles qui éliminent ainsi les discussions à non-valeur ajoutée (Aasland et Blankenburg, 2012). Les autres avantages résident dans la transparence des processus de son rapport à la norme prescrite et permettent aux gestionnaires de cibler ce défi immédiatement (Flinchbaugh, 2016 ; Liker, 2004) et dans la capacité de responsabiliser les différentes parties prenantes qui participent à l'*Obeya*. L'*Obeya* exige une bonne collaboration entre les individus par une interaction réciproque et une communication franche et ouverte (Jusko, 2016).

Abordé précédemment, l'*Obeya* soutient une logique d'amélioration par l'utilisation des cycles *PDSA* et ce, à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation (stratégique, tactique et opérationnel). Selon le cadre de référence élaboré par le Ministère de la Santé et des Services sociaux et la Chaire IRISS (2015), une salle de pilotage stratégique et tactique comprend les quatre dimensions du cycle de Deming : *Plan-Do-Study-Act* et sont affichées sur les quatre murs d'un espace dédié. L'utilisation du cycle *PDSA* améliore la gestion de l'information, réduit le temps des discussions et la bureaucratie, augmente l'intégration des équipes et rend les problèmes visibles permettant de mieux comprendre les objectifs du projet organisationnel (Shahbazi et Javadi, 2012).

L'*Obeya* est initiée par le premier mur qui représente le *Plan* pour planifier l'action. Ce mur sert à illustrer les plans stratégiques globaux de l'organisation et conséquemment la mission, la vision et les valeurs à long terme. C'est le *True North* ou le Vrai Nord qui aligne la gestion et les actions de l'organisation (MSSS et Chaire IRISS, 2015). Le Vrai Nord doit être considéré comme un concept se distinguant, à la fois, par la simplicité de son énoncé et par le défi qu'il représente par rapport au statu quo. Il trace la voie de l'idéal vers lequel doit tendre chaque membre de l'organisation et contribue à l'amélioration continue au quotidien. Il guide la transformation par la cohérence qu'il procure lors de l'exercice de planification stratégique. Le Vrai Nord comporte peu d'objectifs transformationnels et il est aligné sur la performance de l'organisation déclinant quelques indicateurs caractérisés par des cibles ambitieuses.

La maison du système de production Toyota reflète bien ces valeurs et les principes sous-jacents définis par l'équipe de travail dans le but d'introduire une nouvelle culture portée par l'amélioration continue (Liker et Morgan, 2011). Les principaux piliers sont notamment le *kaizen*, pour accompagner les équipes dans l'amélioration continue ; le *juste-à-temps* pour soutenir le flux d'informations ; et le *Jidoka*, pour accroître la transparence et détecter les écarts par rapport à la norme (Mazzocato *et al.*, 2010). De plus, une matrice de cohérence ou matrice en X est

affichée au mur *Plan* et décline l'ensemble des objectifs stratégiques vers les salles de pilotage tactiques (MSSS et Chaire IRISS, 2015) et opérationnelles. La matrice de cohérence est issue du principe *Hoshin Kanri* et provient du modèle Toyota. Le *Hoshin Kanri* vise à aligner les objectifs stratégiques de l'organisation définis et gérés par le niveau stratégique avec les plans et les activités du niveau tactique et le travail effectué par les employés au niveau opérationnel (Barnabè et Giorgino, 2017).

Le deuxième mur, *Do*, vient illustrer les objectifs fixés lors de l'étape précédente (*Plan*) en opportunités d'amélioration et permet l'appréciation des changements en cours. Cette dimension fait en sorte que les gestionnaires utilisent des outils de résolution de problèmes et de planification et reflète une gestion transversale. L'utilisation des A3 permet la gestion du portefeuille de projets permettant à l'organisation d'effectuer un suivi quant à sa capacité à mettre en œuvre l'ensemble des travaux souhaités. Les A3 sont des feuilles de papier de format A3 et servent à regrouper toutes les informations nécessaires à la prise d'une décision complexe (Liker, 2004). De plus, c'est sur ce mur que sont affichées les trajectoires favorisant l'intégration horizontale des soins et des services dans le but d'une bonne collaboration, de cohésion d'équipe et de partage d'information.

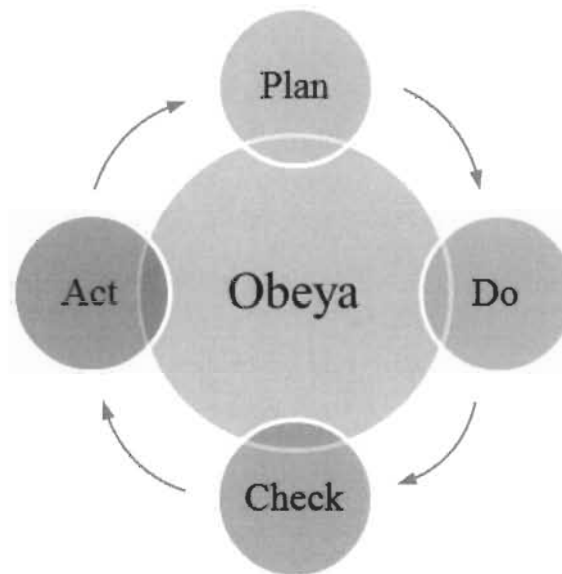
Le troisième mur, *Study*, affiche tous les résultats actuels, c'est-à-dire le statut et les résultats de chaque initiative permettant ainsi aux participants de comprendre la situation actuelle de l'organisation dans une perspective globale. Le mur *Study* stimule également une gestion transversale où la participation de chacun est demandée dans le but de réduire la criticité de certains indicateurs affectant la performance organisationnelle. C'est cette étape qui permet un véritable cycle d'amélioration continue.

Le dernier mur, *Act*, démontre les contre-mesures mises en place à l'intérieur d'un plan d'action à court terme pour répondre aux problématiques soulevées. Les contre-mesures restent affichées sur le mur jusqu'à ce qu'elles soient terminées. De

plus, le cadre de référence du MSSS et de la Chaire IRISS (2015) prévoit un espace à l'intérieur du mur *Act* permettant l'affichage des bons coups réalisés par le personnel méritant d'être signalés et valorisés.

La figure 2.5 illustre le cycle itératif de l'*Obeya* avec chaque élément représentant un mur.

Figure 2.5
Cycle *PDSA* et *Obeya*



Source : Alaassar (2017)

La salle de pilotage n'est pas un simple outil, au contraire il s'agit d'une pièce maîtresse qui encadre le changement occasionné par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance : un levier important de la transformation organisationnelle (Lagacé et Landry, 2016). Selon Barnas (2014), le rassemblement des personnes concernées est une opportunité de partager les connaissances de chacun, reconnaître leur apport, raffermir la cohésion d'équipe et améliorer continuellement les processus critiques priorités et ce, dans un but de création de valeur pour l'utilisateur.

2.4.1.2 La salle de pilotage stratégique

La salle de pilotage stratégique a pour objectif de refléter la performance globale d'une organisation. Elle est pilotée par le Président-directeur général et le comité de direction (MSSS et Chaire IRISS, 2015). La salle de pilotage stratégique se décline, par la suite, par les salles de pilotage tactiques habituellement configurées selon les directions de l'organigramme organisationnel.

2.4.1.3 La salle de pilotage tactique

La performance d'une direction est intimement liée à la performance organisationnelle. Ainsi, par la salle de pilotage tactique, un directeur est en capacité de gérer la performance de ses équipes en assurant une liaison cohérente avec celle de son établissement. La salle de pilotage tactique est en quelque sorte le catalyseur de la chaîne décisionnelle car elle permet une communication avec la salle de pilotage stratégique et s'intègre aisément aux salles de pilotage opérationnelles. Le principe de cascade et d'escalade est omniprésent puisque les salles de pilotage tactiques alimentent la salle de pilotage stratégique et ce sont les salles de pilotage opérationnelles qui alimentent, à leur tour, la salle de pilotage tactique de leur direction respective (MSSS et Chaire IRISS, 2015).

2.4.1.4 Les salles de pilotage opérationnelles

Les salles de pilotage opérationnelles¹¹ sont connues sous le vocable de caucus ou de mêlée d'équipe et permettent une gestion quotidienne des opérations permettant la création de valeurs dans l'organisation (MSSS et Chaire IRISS, 2015). L'excellence du modèle Toyota se retrouve dans les opérations d'une organisation (Shahbazi et Javadi, 2012).

¹¹ Dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2018-2019, il est mentionné que les salles de pilotage opérationnelles devront être déployées d'ici le 31 mars 2020.

Cette gestion quotidienne est en quelque sorte l'image de marque du système intégré de gestion de la performance. Elle permet la détection des opportunités d'amélioration dans un flux régulier d'informations, insuffle un mouvement proactif aux opérations quotidiennes des équipes dans la recherche de solutions pérennes avant même l'apparition de situations détériorées imposant l'urgence d'intervenir rapidement (Barnas, 2014).

La gestion quotidienne engendre des rencontres hebdomadaires de courte durée (5-15 minutes) avec les employés opérationnels d'une équipe de travail, souvent interdisciplinaire (Barnas, 2014). Un principe de cascade et d'escalade de circulation d'informations lié à la performance organisationnelle, entre les salles de pilotage placées aux différents niveaux hiérarchiques, contribue à la performance globale d'une organisation.

2.4.1.5 Une cellule modèle : la direction du programme jeunesse

Les salles de pilotage offriront une valeur optimale lorsqu'elles pourront être mises en place à tous les paliers de l'organisation notamment stratégique, tactique et opérationnel. Le CISSS de la Gaspésie s'est inspiré des travaux de Taher (2014) en déployant les salles de pilotage selon la méthode en « T » et en sélectionnant la direction du programme jeunesse comme étant la première cellule modèle à expérimenter les salles de pilotage dans les processus d'intégration des soins et des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles. Selon Taher (2014), le déploiement des salles débute par la haute direction de l'organisation et de déployer par la suite jusqu'aux opérations. Une fois le modèle des salles de pilotage consolidé et les apprentissages réalisés pour garantir la pérennité il est alors reconnu qu'il convient de pouvoir déployer le système dans d'autres secteurs de l'établissement. Le terme cellule modèle renvoie au fait que les salles de pilotage sont déployées dans un

secteur contrôlé de l'organisation notamment au niveau stratégique, tactique et opérationnel et ce, pour un seul secteur d'activités (Toussaint, 2015).

2.4.1.6 *Kaikaku*

Le mot japonais *kaikaku* se traduit comme étant un changement radical et il est considéré comme un processus permettant d'obtenir des résultats spectaculaires en remplaçant les pratiques existantes par de nouvelles.

Le *kaikaku* est habituellement initié par le niveau stratégique d'une organisation soutenant ainsi une logique de gestion plutôt traditionnelle et verticale. Malgré que l'initiative du changement provienne de la direction, cela ne signifie pas qu'un changement *top down* soit toujours directif et jamais collaboratif ou participatif (Balogun et Hailey, 2008).

Yamamoto (2010) décrit le *kaikaku* comme étant un processus d'amélioration peu utilisé offrant une gestion radicale des changements et où une augmentation spectaculaire des performances est obtenue. L'utilisation du *kaikaku* est particulièrement prisée en raison des changements fondamentaux apportés, par exemples, par des réformes ou par l'introduction de nouvelles connaissances, de méthodes de travail et de stratégies notamment.

2.4.1.7 *Kaizen*

Le mot *kaizen* est un terme japonais qui contracte les mots *kai* pour changement et *zen* pour bon. Ce mot signifie donc un bon changement traduisant ainsi l'amélioration continue par un processus de résolution de problème (Imai, 1997). Il permet de petites améliorations, des petits changements à l'intérieur des processus existants. Le *kaizen* est considéré comme l'amélioration continue et progressive d'une activité dans le but d'augmenter les performances d'un système de production. Les

activités typiques liées à la tenue de *kaizen* mettent à jour les normes de travail et réduisent graduellement les gaspillages sur le plan des opérations (Yamamoto, 2010). Selon Berger (1997), les caractéristiques du *kaizen* décrites par Imai et d'autres auteurs peuvent être résumées en trois notions clés : orientation sur les processus, amélioration par de petites étapes et orientation sur les personnes.

2.4.1.8 A3

Le A3 est un outil visuel de résolution de problème proposé par Toyota Motor Corporation (Sobek II et Jimmerson, 2004) et fait référence aux dimensions internationales d'une feuille de papier qui est d'environ 11 1/2 par 17 pouces. Le A3, outil de résolution de problèmes, permet de présenter les défis organisationnels sur une seule page et d'arriver à élaborer des pistes de solution. C'est un outil potentiellement utile pour une organisation à la recherche d'amélioration continue. Il documente simultanément les résultats clés des efforts de résolution de problèmes de manière concise et incarne une méthodologie de résolution de problèmes approfondie qui commence par une meilleure compréhension de la façon dont le travail est effectué (Sobek II et Jimmerson, 2004) venant ainsi renforcer le cycles *PDSA* à tous les niveaux de l'organisation (Tortorella, Cauchick-Miguel, Gaiardelli, 2019).

Il existe une multitude de A3 mais deux de ces types sont utilisés dans cette recherche. L'un est axé sur le niveau stratégique (A3 mère) et l'autre se trouve davantage à un niveau opérationnel (A3 fille) (Landry et Beaulieu, 2016). Le A3 stratégique vient encadrer les priorités organisationnelles favorisant ainsi l'atteinte des objectifs de la planification stratégique et est lié à un A3 opérationnel. Ce dernier est utilisé comme un outil pouvant faire avancer un projet.

2.4.1.9 Rapport d'état

La littérature abordant le rapport d'état n'est pas très abondante puisqu'il s'agit d'un outil maison développé par Thedacare au Wisconsin. Il constitue le fondement même de leur système de gestion de la performance (Barnas, 2014). Le rapport d'état favorise un dialogue permettant d'apprendre et de mieux comprendre l'état de situation des opérations qui se déroulent dans l'organisation. Il guide un dialogue, à partir d'une dizaine de questions standardisées et d'une durée maximale de 20 minutes quotidiennes entre un employé et son supérieur immédiat. Les questions précises contenues au rapport d'état ont pour but de soutenir une gestion proactive passant ainsi des conversations superficielles à des informations essentielles pour prévenir et éviter d'éventuels problèmes et d'identifier les besoins de développement des employés et les reconnaître dans la mise en place de la trajectoire pour les usagers. Le rapport d'état se différencie de la salle de pilotage puisqu'il est un outil qui favorise l'échange individuel alors que la salle de pilotage mise sur la force du travail d'équipe à l'atteinte des cibles.

2.5 L'INTÉGRATION : VECTEUR DE PERFORMANCE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

2.5.1 L'intégration : un concept multidimensionnel

L'intégration n'est certes pas une visée nouvelle pour améliorer la performance d'un réseau de la santé et de services sociaux (Kodner et Spreeuwenberg, 2002 ; Reddy, 2016). Toutefois, elle est devenue, au fil des différentes réformes pour les pays occidentaux, un moyen de maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements des systèmes de santé (Contandriopoulos *et al.*, 2001). Selon Kodner et Spreeuwenberg (2002), tant en Amérique du Nord qu'en Europe, l'intégration des soins et des services démontre un potentiel certain pour développer un réseau de soins et services plus performant.

Avec l'avènement de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), la tendance s'oriente vers le renforcement de l'intégration des soins et des services et d'une meilleure collaboration intersectorielle notamment en santé publique. Depuis la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, un certain nombre d'initiatives ont été prises pour améliorer l'intégration des différents organismes et secteurs impliqués dans la santé publique (Axelsson et Axelsson, 2006). Selon Reddy (2016), l'intégration devient un pont entre les soins primaires et secondaires.

Depuis plus de trois décennies, les problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins et des services sont au cœur des multiples réformes qui ont transformé le réseau socio sanitaire québécois. Les réformes, de 2003 et celle de 2015, qui ont eu cours dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec interpellent plus que jamais un mode de gestion collaboratif qui favorise l'émergence d'une gestion par trajectoires de soins et des services entre les différentes missions des établissements nouvellement fusionnés. Le fait que la démarche d'intégration soit soutenue par un système intégré de gestion pourrait être un gage de succès (Bourne *et al.*, 2010 ; Pekkola, 2013) favorisant la coopération inter organisationnelle et la conscience collective de la performance de l'ensemble des employés d'une organisation (Pekkola, 2013 ; Van Rossum, Aij, Simons, Van der Eng, Ten Have, 2016). L'intégration est devenue, au cours des réformes successives, une réponse importante dans la gestion contemporaine des organisations de la santé et des services sociaux qui sont devenues des organisations multi vocationnelles (Axelsson et Axelsson, 2006) et un antidote aux problèmes d'accès, aux services fragmentés et aux coûts qui ne cessent d'augmenter (Kodner, 2009). L'intégration soutenue par le système intégré de gestion de la performance pourrait éventuellement susciter la coopération entre les différentes unités opérationnelles de l'organisation pour permettre d'obtenir une amélioration significative et durable des indicateurs critiques liés à l'accessibilité et à la continuité des soins et des services.

À l'instar de la performance, le concept d'intégration révèle une multitude de définitions (Armitage, Suter, Oelke, Adair, 2009 ; Leatt, 2002 ; Singer, Burgers, Friedberg, Rosenthal, Leape, Schneider, 2011). En ce sens, Armitage et ses collaborateurs (2009) ont recensé plus de 175 définitions du concept d'intégration. Il n'existe donc pas de compréhension claire quant à sa signification, à sa forme et à sa raison d'être (Durand, 2010 ; Simoens et Scott, 2005).

Le concept d'intégration des services a évolué au fil des ans. Dans les années 80, la coordination des soins par la mise en place de la gestion de cas était une forme prépondérante d'intégration. Dans les années 90, le travail entre les organisations devient d'actualité. Les notions de soins intermédiaires, de protocoles de soins partagés et de gestion des soins et des maladies font leur apparition. Dans les années 2000, les notions de travail interdisciplinaire et de réseaux de services intégrés, de soins centrés sur l'utilisateur, de trajectoires de soins intégrés sont devenues populaires auprès des différentes organisations (Shaw, Rosen, Rumbold, 2011). Considérant l'évolution du concept d'intégration, il est souvent nommé autrement et l'accent est mis notamment sur l'intégration des organisations et des activités organisationnelles (Axelsson et Axelsson, 2006) ; sur la collaboration centrée sur les soins généraux ou primaires (Shortell, Gillies, Anderson, 1994) ; sur les soins centrés sur le patient et sur les réseaux intégrés de soins et services (Gröne et Garcia-Barbero, 2001 ; Singer *et al.*, 2011). Shortell *et al.*, (1994) soulignent que l'intégration des systèmes de soins de santé comprend différents éléments fonctionnant de manière intégrée pour assurer un continuum de soins de santé à une population de patients définie. Une intégration qui s'inscrit dans un continuum implique nécessairement des maillages plus serrés entre les organisations, entre les différents services et entre les individus.

Le concept d'intégration semble avoir été défini par Lawrence et Lorsch (1967) auquel est juxtaposé le concept de différenciation. Ils concluent qu'une grande partie des connaissances existantes sur les organisations peuvent être réduites à ces deux concepts. Ainsi, pour ces deux chercheurs, une organisation doit s'adapter à ce qui se

passé dans le monde extérieur faisant appel à la théorie de la contingence. Selon cette dernière, la différenciation peut s'expliquer par la complexité de l'environnement, par exemple, les besoins sans cesse grandissants des patients ou des clients (Lawrence et Lorsch, 1967). Ainsi, cette différenciation apporte avec elle un besoin croissant d'intégration dans le domaine de la santé. Si jamais l'intégration ne peut être réalisée, les risques de fragmentation entre les différentes organisations pourraient, malheureusement, survenir (Øvretveit, 1993). Pour s'adapter à un environnement contingent, une organisation va tendre à se différencier, à intégrer ses différents secteurs en améliorant son fonctionnement lui permettant ainsi d'assurer sa pérennité (Axelsson et Axelsson, 2006). L'intégration peut être considérée comme un ensemble de méthodes de financement, de gestion, d'organisation, de prestation de soins et de services créant un alignement cohérent et une collaboration entre les différentes parties prenantes dans le but d'améliorer l'état de santé de la population (Kodner et Spreeuwenberg, 2002). C'est cette définition de l'intégration qui est retenue dans le cadre de cette recherche puisqu'elle est fait consensus parmi la communauté scientifique ayant pour intérêt l'intégration.

L'intégration des services de santé et des services sociaux est un défi majeur pour plusieurs systèmes de santé à travers le monde (Gröne et Garcia-Barbero, 2001) et l'Organisation Mondiale de la Santé (2001) la soutient et la définit comme un moyen d'améliorer les services en matière d'accès, de qualité, de satisfaction des clients et de performance et souligne l'importance de la collaboration intersectorielle (Willumsen, Aghren, Odegard, 2012). L'OMS souscrit à une approche en santé dans une perspective multidimensionnelle inscrite dans un continuum de soins et de services (Kodner et Spreeuwenberg, 2002).

D'autres auteurs suggèrent que l'intégration permet une plus grande efficacité et efficience, moins de duplication et de gaspillage, une prestation de services plus flexible ainsi qu'une meilleure coordination et une meilleure continuité des soins et des services auprès des patients (Brown et McCool, 1992). Pellinen et ses collaborateurs

(2015), quant à eux, définissent l'intégration comme un processus permettant la synergie des efforts entre les différents sous-systèmes dans la prestation des soins et des services de santé. L'intégration réfère également à la qualité de collaboration entre différents départements impliquant un effort conjoint des différents secteurs d'activités et des professionnels concernés (Willumsen *et al.*, 2012). La collaboration est alors réalisée au moyen d'accords volontaires et d'ajustements mutuels. Cette forme d'intégration repose principalement sur la volonté de collaborer, de travailler ensemble et est consolidée par des communications régulières entre les différentes organisations (Axelsson et Axelsson, 2006). Strandberg-Larsen (2008) définit l'intégration des soins et des services comme un ensemble de services cohérents et coordonnés, planifiés, gérés et fournis aux patients ainsi qu'aux populations. Ces services sont offerts par un éventail de professionnels qui coopèrent et provenant de différents horizons professionnels. L'intégration est également un moyen d'améliorer les services en termes d'accès, de qualité, de satisfaction des clients et d'efficacité (Gröne et Garcia-Barbero, 2001). Enfin, Selden, Sowa et Sandfort (2006) ont résumé un continuum de collaboration incluant la coopération, la coordination, la collaboration et l'intégration des soins et des services.

Plus près de nous, au Québec, Contandriopoulos *et al.*, (2001) définit l'intégration comme l'organisation d'une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une surface de contrôle et un système clinique pour créer un espace dans lequel les acteurs (organisations) sont interdépendants et trouvent un sens et un avantage à coordonner leurs actions dans un contexte particulier. Son opérationnalisation s'appuie sur deux dimensions fondamentales : la coordination et la coopération (Contandriopoulos *et al.*, 2001).

La coordination consiste à gérer l'interdépendance entre les nouvelles organisations ou entre les secteurs d'activités pour atteindre un objectif partagé (Praetorius, 2014). Les décisions d'intégration sont prises au sommet de la structure hiérarchique et mises en œuvre aux niveaux inférieurs, par exemple par des

mécanismes bureaucratiques, de supervision et de contrôle (Axelsson et Axelsson, 2006).

La coopération est considérée comme une forme d'intégration basée sur une gestion hiérarchique et combinée avec des accords ou des « ajustements mutuels » entre les organisations impliquées (Mintzberg, 1993). Cela signifie que les décisions de la hiérarchie de gestion permettent des contacts et des communications informels entre les différentes organisations (Axelsson et Axelsson, 2006).

2.5.2 Les types d'intégration

L'intégration peut être organisée selon deux modèles génériques d'alignement : l'intégration verticale et l'intégration horizontale (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Kathuria, Joshi, Porth, 2007 ; Lin et Wan, 1999 ; Shortell, 1995). Dans le cadre de la présente recherche, nous retenons l'intégration horizontale comme sujet à l'étude.

L'intégration verticale est associée à un mode de gestion traditionnel (Jacquet, 2011) qui se réalise sous la forme d'une coordination des soins et des services de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne au sein d'une même organisation (Simoens et Scott, 2005 ; Strandberg-Larsen, 2008). Elle réfère également à la gouvernance qui a la responsabilité de l'élaboration des stratégies, des objectifs, des plans d'action et des décisions ayant un impact à tous les niveaux d'une organisation. La mise en œuvre de la stratégie s'effectue efficacement, dans une logique de cascade et d'escalade de l'information, dans le but de rendre les décisions provenant des équipes terrain compatibles avec les décisions prises par les hauts dirigeants. Lorsque l'exercice de cascade et d'escalade est fluide et à valeur ajoutée pour le client, l'alignement vertical est réalisé (Kathuria *et al.*, 2007). Toutefois, l'intégration verticale peut représenter un risque potentiel pour les nouvelles organisations multi vocationnelles. L'intégration verticale pourrait, éventuellement, créer des silos plus grands (Barratt, 2004) par la cristallisation des positions de chacune des directions.

L'intégration horizontale gagne en popularité dans les systèmes de santé des pays industrialisés pendant les années 1980-1990. Dès lors, les regroupements horizontaux dans le secteur de la santé ont davantage servi à effectuer des compressions budgétaires et de réduire le nombre de lits (Tuohy, 1999). L'intégration horizontale fait référence à la coordination des soins entre les établissements (Strandberg-Larsen, 2008) et est associée à une gouvernance collaborative inter organisationnelle et est à l'opposée d'une autorité hiérarchique et bureaucratique (Vangen, Hayes, Cornforth, 2015). Ainsi, l'intégration horizontale consiste à inciter l'ensemble des intervenants opérationnels provenant de différents établissements et de champs professionnels à coopérer (Kathuria *et al.*, 2007) en toute confiance (Lamarche *et al.*, 2001) et sans compétition dans un but de mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles. L'objectif est d'éviter une fragmentation, un dysfonctionnement dans l'offre de services à l'utilisateur. L'intégration horizontale est un défi difficile à réaliser et ses progrès sont parfois longs à être observés puisqu'elle peut être freinée chroniquement par des débats corporatifs ou par une structure des pouvoirs centralisés (Aghren, 2003 ; By, Diefenbach, Klarner, 2008 ; Pettersen *et al.*, 2013).

La nécessité d'intégration des soins et des services est le résultat des dernières fusions dans les organisations de santé et l'ampleur des changements demandés par le nouveau cadre législatif de la loi 10 fait en sorte qu'une intégration horizontale s'avère un choix judicieux par le développement de trajectoires de services pour les patients. La performance se construit donc à travers la trajectoire dans une logique de gestion transversale à l'opposé d'une approche classique verticale. L'approche de gestion est donc davantage horizontale et consolide la collaboration interprofessionnelle (Jacquet, 2011).

Bref, il n'y a donc pas un seul modèle d'intégration. Le concept d'intégration est multidimensionnel. L'intégration peut être considérée comme un prisme allant de la coopération, à la collaboration inter-organisationnelle et même aux fusions. La forme d'intégration, le niveau ou le type d'intégration dépend du résultat souhaité par

l'organisation, le gouvernement ou tout simplement par une équipe dédiée à une clientèle en particulier (MacAdam, 2008).

2.5.3 Les niveaux d'intensité d'intégration

L'intégration peut différer selon un niveau d'intensité décrit par Leutz (1999) et sera abordé dans la prochaine partie. Considérant que ce modèle en est un d'importance parmi la communauté de recherche, nous limiterons notre exploration en nous concentrant sur cette typologie qui représente un modèle d'intégration organisationnelle et clinique. D'ailleurs, le Dr Réjean Hébert (2003) et l'Institut National de Santé publique (2013) basent l'ensemble de leurs travaux portant sur l'intégration sur le continuum de Leutz (1999).

L'intégration est transposée sur un continuum par Leutz (1999) qui distingue trois types d'intégration : de liaison, de coordination et de pleine intégration. Aghren et ses collaborateurs ont ajouté un point zéro à ce continuum d'intégration en ajoutant l'absence d'intégration (Strandberg-Larsen, 2008).

Le modèle de liaison souligne l'importance d'un bon aiguillage des patients vers les services répondant à leurs besoins. Les lignes directrices cliniques, les protocoles de transferts d'informations décrivant ce qui doit être fait, par qui, et quand, sont des exemples de mécanismes utilisés dans cette forme d'intégration (Aghren et Axelsson, 2005 ; Couturier, Trouvé, Gagnon, Etheridge, Carrier, Somme, 2009).

Le modèle de coordination réfère principalement aux trajectoires de soins et de services, et ce, en lien avec d'autres parties prenantes. L'existence de gestionnaires de trajectoire de soins et de services (pivot) entraîne possiblement un degré d'intégration plus élevé (Aghren et Axelsson, 2005). Le modèle de coordination est imbriqué à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux (Hébert *et al.*, 2003) et soutien notamment le modèle de réseau de services intégrés pour les personnes âgées

(PRISMA). Habituellement, la coordination exige la mise en place de structures et de mécanismes liant les différentes organisations et services d'un territoire donné. Les établissements maintiennent leur propre structure et adhèrent à l'idée d'une intégration des soins et des services. Pour ce faire, les établissements adapteront leurs ressources et leurs opérations conformément aux procédures établies par la structure de coordination (Hébert *et al.*, 2003). Ce modèle exige un degré élevé de collaboration de l'ensemble des organisations (Demers *et al.*, 2005), des dirigeants, des gestionnaires et des professionnels concernés. Pour terminer, trois communautés stratégiques référant au modèle de coordination ont été mises en place afin d'améliorer l'organisation et l'offre de soins et de services dans trois secteurs d'un établissement de santé et de services sociaux. Il s'agit de l'oncologie, de la santé mentale chez les adultes et la santé mentale pour les autres clientèles (Audet et Roy, 2016).

Dans le modèle d'une pleine intégration, une organisation centrale est responsable de fournir aux usagers l'ensemble du continuum de services. Au besoin, elle contracte au privé pour compléter l'offre de services (Couturier *et al.*, 2009). Le programme CHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly) (Pinell Beaulne Associates Ltd, 1998) et le programme All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) (Branch *et al.*, 1995) sont des exemples d'intégration complète. La gestion de cas est la composante la plus répandue des expériences d'intégration visant une pleine intégration (Leutz, Greenlick, Capitman, 1994 ; Leutz, Nonnenkamp, Dickinson, Brody, 2005). Le gestionnaire de cas joue un rôle important dans la coordination des services intégrés (Romanow, 2002) et favorise ainsi une meilleure performance clinique.

Enfin, le point zéro est considéré comme l'absence de toute forme d'intégration entre les soins et les services (Aghren et Axelsson, 2005 ; Strandberg-Larsen, 2008).

Le continuum de Leutz (1999) associe également chaque niveau d'intégration à des dimensions cliniques particulières. La gouvernance clinique est prépondérante dans les processus d'intégration. D'une part, les patients présentant une condition de

santé stable, à faible risque et nécessitant quelques services seront mieux servis dans les modèles de liaison où l'accent est mis sur l'aiguillage vers le bon service et l'identification de problèmes émergents. D'autre part, les patients à haut risque présentant des problèmes complexes et qui sont instables appartiennent à des modèles entièrement intégrés où des équipes interdisciplinaires gèrent des services complets sur l'ensemble du continuum. Le financement est également mis en commun (Kodner, 2009).

Il existe donc différentes significations et interprétations de l'intégration dans le domaine des soins de santé et des services sociaux. Essentiellement, l'intégration est le lien qui fait en sorte que les parties prenantes collaborent, en toute confiance, pour atteindre des objectifs communs et des résultats optimaux (Kodner et Spreeuwenberg, 2002). En ce sens, l'intégration est souvent utilisée pour décrire les tentatives d'améliorer la coordination des services et la collaboration interdisciplinaire. La collaboration signifie généralement que des organisations travaillent ensemble, mettent en commun et partagent des ressources, des informations et les risques associés pour tirer des avantages mutuels en fonction d'objectifs communs (Bititci, Turner, Mackay, Kearney, Parung, Walters, 2007 ; Pekkola et Ukko, 2016).

2.5.4 Les conditions de succès à l'intégration

Le dénominateur commun du continuum de Leutz (1999) ou de toutes autres formes de typologie d'intégration est la collaboration. Elle a toujours été présentée comme un moyen de trouver de nouvelles solutions aux problèmes complexes de fragmentation des soins et des services (Sowa, 2008) et quant à la porosité des structures et des frontières organisationnelles soulevant bien des controverses. Celles-ci étant alimentées par les propos des organisations ou des professionnels défendant leurs propres intérêts corporatistes (Fleury et Ouadahi, 2002). La littérature suggère des stratégies pour mitiger ces difficultés notamment la collaboration interorganisationnelle. Gray (1985), démontre que la mise en œuvre des différentes

stratégies repose sur la clarté des objectifs poursuivis, sur un soutien adéquat aux processus d'intégration, sur du personnel compétent et convaincu de la valeur ajoutée de l'intégration des services, sur des stratégies opérationnelles, sur la reconnaissance de l'interdépendance des partenaires et finalement sur l'identification des problèmes communs.

Ainsi, la spécificité de la dynamique d'intégration met en valeur la collaboration interorganisationnelle visant à garantir des services de santé de meilleure qualité. Dans le contexte des réformes énoncées précédemment, il existe une prolifération de réseaux de soins de santé basés sur la collaboration interorganisationnelle. Au fil des différentes expériences, les réseaux collaboratifs sont devenus une alternative intéressante et pérenne aux structures traditionnelles (Klijn *et al.*, 2010). Ainsi, de nouvelles collaborations se développent à mesure de l'évolution des organisations traditionnelles de type hiérarchiques à des formes organisationnelles plus flexibles dites en réseau (Ferlie *et al.*, 2011). La transition vers une offre de services intégrée est dépendante des alliances stratégiques permettant un véritable partenariat entre les organisations allant bien au-delà des frontières organisationnelles (Lewis *et al.*, 2017).

La collaboration interorganisationnelle est un thème largement étudié dans la littérature. La collaboration peut être considérée à la fois comme un processus et comme un arrangement institutionnel (Wood et Gray, 1991). En ce sens, la collaboration est définie comme un processus par lequel les différentes parties regardent sous différents aspects un problème, de manière constructive, et explorent des solutions qui vont au-delà de leur propre vision limitée à ce qui est possible (Gray, 1989). La collaboration peut être ainsi associée à une organisation. À ce moment, un arrangement concret, entre deux ou plusieurs organisations, crée une nouvelle dynamique en dehors des frontières existantes de chaque organisation (Sowa, 2008).

Il faut considérer la collaboration interorganisationnelle comme une tâche complexe à réaliser en raison des nombreuses parties prenantes impliquées. Libby et Austin (2002) soulignent l'importance de reconnaître que la collaboration est un processus continu à situer dans le temps. Certains projets réussissent partiellement (Callaly *et al.*, 2011) et d'autres échouent dans sa mise en œuvre (Beer et Nohria, 2000). Les raisons de ces échecs semblent dépendre des stratégies de gestion retenues au regard du changement organisationnel incluant l'engagement des personnes et le leadership (Glendinning, 2003). L'intégration structurelle ou sur une base volontaire sont des éléments de contexte pouvant modifier les méthodes de travail, créer de l'incertitude chez les gestionnaires et le personnel, et fragiliser les intérêts professionnels et personnels. Mettre en place la collaboration nécessaire pour établir des mécanismes de liaison, de coordination ou de pleine intégration nécessite une combinaison de circonstances organisationnelles favorables, notamment la présence d'incitations à réaliser l'intégration au profit d'une clientèle visée, un leadership fort démontrant une vision claire suscitant l'engagement des parties prenantes, une équipe de direction impliquée et engagée et un processus d'évaluation rigoureux. L'implication du personnel de première ligne dans les processus de prise de décision est un incontournable pour réussir un projet d'intégration (Packard, Patti, Daly, Tucker-Tatlow, 2013).

En ce sens, il semble que les stratégies d'intégration sont multiples et que leur déploiement dépend du contexte organisationnel et des ressources disponibles mettant tout de même en évidence l'importance de la présence d'une gouvernance, du soutien des instances centrales et de la diversification des ressources dans les processus d'intégration (Fleury *et al.*, 2006). C'est dans cette perspective que la présente recherche explorera comment les différents outils du système intégré de gestion de la performance peuvent soutenir les processus d'intégration.

2.5.5 Les dimensions de l'intégration

L'intégration peut être déployée selon six dimensions (Contandriopoulos, 2001 ; Kodner, 2009 ; Lyngsø, Godtfredsen, Frølich, 2016) fournissant un éclairage sur les dimensions impliquées dans l'implantation et le fonctionnement d'un processus d'intégration :

- A. L'intégration fonctionnelle : ce sont les activités de soutien telles que la gestion financière, les ressources humaines, la planification stratégique, l'information, l'amélioration de la qualité et sont coordonnées de façon opérationnelle dans les unités de travail.
- B. L'intégration organisationnelle : c'est la mesure avec laquelle les soins et services sont coordonnés entre les établissements de santé.
- C. L'intégration professionnelle : ce sont les relations professionnelles (intra et inter organisationnelles) entre les différentes parties prenantes.
- D. L'intégration clinique : elle réfère à la coordination des soins et des services aux patients, et ce, dans les limites professionnelles et institutionnelles.
- E. L'intégration normative : elle est caractérisée par la mission, la vision, les valeurs qui soutiennent la culture organisationnelle.
- F. L'intégration systémique : c'est la cohérence des règles, des politiques à tous les niveaux organisationnels.

Ces six dimensions peuvent être regroupées sous trois grands vocables : l'intégration des systèmes (macro), l'intégration organisationnelle (meso) et l'intégration clinique (micro). La distinction entre ces différentes dimensions n'est pas toujours aisée et elles sont en même temps complémentaires et agissent à différents niveaux d'intégration.

Au niveau macro, l'intégration des systèmes est considérée comme un moyen d'améliorer l'efficacité, la qualité des soins, la qualité de vie et la satisfaction des patients. C'est une approche globale qui place les besoins de la population au cœur du système (Armitage *et al.*, 2009 ; Kodner, 2009).

Au niveau meso, l'intégration organisationnelle fait référence à des partenariats entre professionnels à l'intérieur de l'organisation (intra) et entre (inter) les organisations (Kodner, 2009). Ces partenariats peuvent être considérés comme des formes d'intégration verticale et horizontale. Les professionnels des soins de santé et de services sociaux ont une responsabilité partagée d'offrir une trajectoire en continu coordonnée à une population vulnérable ou non (Shortell *et al.*, 1994).

Au niveau micro, l'intégration clinique désigne la coordination et la gestion des activités cliniques entre les organisations de soins primaires, de réadaptation et des services communautaires (MacAdam, 2008).

2.5.6 Les trajectoires clients : création de valeur et performance collaborative

Le système intégré de gestion de la performance, présentement en implantation dans l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux au Québec, est soutenu par le *Lean* et est une approche de gestion multidimensionnelle qui favorise l'émergence des chaînes de valeurs apparentées aux trajectoires clients propres au réseau de la santé et des services sociaux. En ce sens, ces concepts seront utilisés comme des synonymes et sans distinction dans cette recherche. La trajectoire est définie comme étant une coordination d'activités dans les soins de santé et de services sociaux dans le but d'obtenir une valeur ajoutée pour le patient. Cette trajectoire implique un travail interdisciplinaire basé sur des données probantes (Aghren, 2003). Considérant les défis actuels des systèmes de soins de santé, l'intégration des soins et des services, par la mise en place de trajectoires dans un environnement qui commande une plus grande collaboration entre les partenaires, prend de l'importance dans l'organisation de l'offre de soins et de services (Prahalad et Ramaswamy, 2004).

Les trajectoires, à l'intérieur de l'approche *Lean*, se concentrent sur la mesure du temps et des différents coûts associés aux processus alors que les trajectoires basées sur des modèles de soins intégrés se préoccupent davantage de l'organisation et de la

gestion des soins aux patients à travers les frontières professionnelles et organisationnelles et ont une perspective d'horizontalité favorisant la collaboration inter organisationnelle (Axelsson, Axelsson, Gustafsson, Seeman, 2014). La qualité de la collaboration est étroitement liée à certains facteurs clés de la situation organisationnelle dans laquelle la collaboration a lieu. La collaboration peut être entravée par des facteurs tels que les différences de culture organisationnelle, les attitudes professionnelles contraires et le manque d'incitations économiques (Paulsen, Romoren, Grimso, 2013). Les trajectoires soutiennent une philosophie de gestion qui consiste à intégrer des parcours à travers lesquels le patient chemine du premier au dernier soin ou service (Graban, 2012). Elles ont comme objectif une meilleure intégration basée sur les meilleures pratiques notamment en offrant des soins et des services centrés sur le patient, en réduisant les délais, en organisant des services sur la base d'un continuum et en améliorant sans cesse les processus associés à la trajectoire (Murray, 2009).

L'intégration des soins et des services sur la base des trajectoires offre un énorme potentiel pour améliorer la performance organisationnelle par la collaboration entre les différents partenaires dans le sens où le partage d'information permet l'alignement de la trajectoire tout en gérant les risques (Cao et Zhang, 2010). En ce sens, dans le cadre de la cartographie d'une trajectoire, les gestionnaires et les équipes de travail, incluant les médecins, travaillent en étroite collaboration pour identifier les activités à valeur ajoutée et celles qui sont à non-valeur ajoutée afin d'éliminer toutes formes de gaspillage qui contribuent à la fragmentation des soins et des services. Selon Kollberg, Dahlgaard et Bremmer (2007), une activité à valeur ajoutée est un soin ou un service qui génère de la satisfaction chez le patient, et ce, du début jusqu'à la fin du parcours à l'intérieur de la trajectoire. La collaboration des différents professionnels dans la chaîne de valeur permet notamment de développer, de maintenir et de renforcer les capacités qui contribuent à la performance organisationnelle (Mentzer, 2001). Une gestion performante des trajectoires est donc nécessaire pour faciliter l'intégration horizontale des soins et des services, et ce, dans un contexte de collaboration et de

flexibilité organisationnelle (Shankar, Mittal, Rabinowitz, Baveja, Acharia, 2013). Ainsi, la création de valeur issue de la collaboration, à travers une trajectoire, pourrait générer une performance organisationnelle grâce au transfert des meilleures pratiques, la mobilisation des capacités et une plus grande flexibilité dans la prise de décision collective et à la synergie des ressources (Sahay, 2003). Les organisations flexibles se démarquent par leurs capacités de collaboration pour adapter les processus de communication afin de modifier un service ou un soin à l'intérieur de la trajectoire (Gosain, Malhotra, El Sawy, 2004).

Dans le cadre de la gestion visuelle du système intégré de gestion de la performance, les trajectoires sont affichées à la salle de pilotage stratégique, à l'intérieur de la dimension *DO* où l'ensemble des directeurs présents sont interpellés pour favoriser une solide collaboration les uns avec les autres (Papakiriakopoulos et Pramadari, 2010). De plus, chaque directeur, à l'intérieur de la salle de pilotage tactique, a à suivre la partie de la trajectoire dont il est le propriétaire et de lever les obstacles rencontrés. L'arrimage terrain, par la salle de pilotage opérationnelle, permet aux équipes de trouver des solutions immédiates aux problèmes rencontrés. La collaboration à la trajectoire n'est pas seulement à développer parmi les employés des équipes et les partenaires externes et doit être un moteur exemplaire pour les niveaux tactiques et stratégiques de l'organisation. Nonobstant cette collaboration exemplaire, les trajectoires ne pourront porter leur fruit pour augmenter la performance organisationnelle (Barratt, 2004).

La littérature démontre toutefois qu'il n'existe pas de modèle idéal d'intégration des services. Elle présente néanmoins des repères utiles à la poursuite de l'action et non des modèles prescriptifs. Les modèles retenus doivent s'adapter au caractère contingent des organisations et aux besoins des territoires desservis (Leatt *et al.*, 2000).

Pour terminer cette partie, l'intégration horizontale sur la base d'une trajectoire sera l'objet d'étude et sera analysée selon les processus clés de Leutz (1999). L'analyse

visée à améliorer les connaissances quant au déploiement d'un système intégré de gestion de la performance pouvant faciliter l'intégration des services au profit des enfants, des jeunes et des familles. La prochaine partie abordera l'importance du leadership, comme épine dorsale, pouvant soutenir la performance et le changement organisationnel.

2.6 LE LEADERSHIP ET LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

Aucune organisation n'est jamais à l'abri de la mise en œuvre de changements organisationnels (Armenakis et Harris, 2009 ; By, 2005) et le réseau de la santé et des services sociaux québécois n'y échappe pas en raison des nombreuses réformes qui ont parsemé son parcours depuis plus de trois décennies. En effet, le réseau de la santé et des services sociaux fait face à une augmentation du rythme, de la complexité et de l'imprévisibilité des changements et ces incontournables deviennent un défi important pour l'ensemble des gestionnaires (Al-Haddad et Kotnour, 2015 ; Heckmann, Steger, Dowling, 2016) d'autant plus qu'il évolue dans un environnement hautement politisé et souvent à courte vue. Dans le cadre de la réforme actuelle, le réseau de la santé et des services sociaux est préoccupé par la mise en place d'un nouveau système intégré de gestion de la performance et de l'intégration des soins et des services, et ce, sans compromettre les opérations quotidiennes auprès de la population et de la clientèle.

Le changement organisationnel est un champ d'études qui est exploité de façon exhaustive depuis plusieurs décennies (Audet, 2009 ; Rondeau, 2008 ; Sirkin, Keenan, Jackson, 2005). La définition du changement organisationnel varie dans la revue de la littérature selon la perspective et les objectifs poursuivis. Selon la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002), le changement est défini comme une modification d'un système de valeurs et des perceptions qu'ont les acteurs d'une situation ainsi que des structures et des pratiques dans un champ organisationnel donné. La gestion du changement organisationnel est apparentée à la gouvernance d'une

organisation qui permet de développer une représentation plausible du devenir organisationnel. Collerette, Delisle et Perron (1997) définissent, quant à eux, le changement comme étant le passage d'un état à un autre pouvant être observé dans un environnement donné et il présente un caractère relativement durable.

Il semble émerger deux perspectives paradoxales du changement organisationnel, soit la vision normative et la vision descriptive. La perspective normative envisage le changement comme simple, dirigé et organisé et vise à outiller les dirigeants d'entreprise. Le changement est considéré comme une suite d'étapes et réfère à une conception plutôt traditionnelle de la gestion et fait référence notamment à Kotter (1995) avec ses « huit étapes pour transformer votre organisation » et à Kurt Lewin (1947) avec ses trois étapes décrites notamment par la dé cristallisation-le changement-la cristallisation. Pour certains auteurs, un changement planifié signifie qu'une organisation, et ce, de façon intentionnelle augmentera le niveau de stress chez les employés, perturbera les opérations en cours et mettra en jeu l'avenir de l'organisation (Jansson, 2013 ; Johnson, Bareil, Giraud, Autissier, 2015). Selon Jacobs *et al.*, (2013), le changement planifié n'est pas « entièrement possible », car les organisations évoluent continuellement dans un mode de réactivité. La perspective descriptive aborde plutôt le changement de façon complexe, conflictuelle et chaotique et emprunte plutôt l'angle de l'observateur afin d'arriver à en saisir tout le phénomène (Langley et Denis, 2008 ; Rondeau, 2008). Cette perspective est fondée sur la théorie du chaos qui part du principe que la complexité des organisations est incompatible avec toute idée de gestion d'un processus de changement.

Puisque le changement organisationnel n'est ni pleinement prédictible ni tout à fait contrôlable (Miller, Greenwood, Hinings, 1997), plusieurs auteurs tentent ainsi de réconcilier ces deux perspectives contrastées (Buono et Kerber, 2010 ; Judge et Douglas, 2009 ; Klarner *et al.*, 2008 ; Meyer et Stensaker, 2006 ; Rondeau, 2008) en proposant de s'attarder davantage à la capacité de changer plutôt qu'à la capacité de gérer le changement (Autissier et Vandangeon-Derumez, 2010; Demers, 1999;

Rondeau, 2008). Cette nouvelle perspective reçoit une attention particulière dans la littérature contemporaine en gestion du changement (Soparnot, 2011). Ces deux perspectives apprennent aux organisations à se préoccuper à la fois des changements et de la stabilité.

L'une de ces capacités organisationnelles se traduit par l'importance du leadership dans la gestion du changement (Tushman et O'Reilly, 1996). Depuis la révolution industrielle, le leadership représente un concept probant aux problèmes liés à l'amélioration de la qualité des soins et des services et des processus organisationnels (Hartley et Benington, 2010). La prochaine partie abordera les différents styles de leadership comme prémisses à la performance organisationnelle.

2.6.1 Les différents styles de leadership

Le leadership est un phénomène qui a été amplement étudié et qui a généré une multitude de définitions. L'une des définitions faisant consensus est ainsi proposée pour décrire le leadership impliquant que celui-ci poursuit un objectif commun et qu'une seule et même personne est responsable de la réalisation de cet objectif au nom d'un groupe de travail (Bass, 1999 ; Havig et Hollister, 2017 ; Yukl, 2010).

[...] the process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objectives (Yukl, 2010, p.8).¹²

La littérature concernant le leadership prend assise principalement sur les écrits de Burns (1978). Il est le premier à présenter les concepts associés au leadership transformationnel et au leadership transactionnel. Les travaux de Burns (1978) et de Bass (1985) ont permis aux différentes théories sur le leadership d'évoluer (Avolio et

¹² [...] le processus consiste à inciter les autres à comprendre et à s'entendre sur ce qui doit être fait et comment le faire. Ce processus vise à faciliter les efforts individuels et collectifs pour atteindre des objectifs communs. (Traduction libre)

Bass, 1991) pour tendre vers une conceptualisation comportant trois styles de leadership soit le leadership de laisser-faire, transactionnel et transformationnel (Bass, 1985 ; Judge et Piccolo, 2004). Ces styles sont différents les uns des autres et présentent des caractéristiques distinctes (Judge et Piccolo, 2004 ; Pearce, Sims, Cox, Ball, Schnell, Smith, Trevino, 2003).

Le leadership laisser-faire nuit à la mobilisation parce qu'il est passif et n'offre aucune rétroaction aux employés les laissant dans le néant. Il est pratiquement considéré comme une absence de leadership. Ce leader évite de prendre des décisions, est hésitant à entreprendre des actions et est absent (Judge et Piccolo, 2004). Ce type de leader entretient peu de relations avec ses employés. Il cherche à se désengager de la gestion. Un style de leadership de laisser-faire est considéré comme passif et inefficace (Furtner, Baldegger, Rauthmann, 2013) et est associé à des performances organisationnelles, de groupes et individuelles médiocres. Ces leaders entretiennent peu de relations avec leurs employés. Ils cherchent à se désengager de la gestion et peuvent, à la limite, torpiller une équipe par leur personnalité asociale (Spain, Harms, Lebreton, 2013). En ce sens, plusieurs études sur ce sujet révèlent, qu'entre 65% et 70% des employés, affirment que le pire aspect de leur travail est leur patron immédiat (Hogan et Kaiser, 2005).

Le leadership transactionnel met l'accent sur les échanges entre les ressources qu'il gère et se concentre sur le court terme (Avery, 2004). Comme son nom l'évoque, le leadership transactionnel est fondé sur un processus de transaction. Il est celui qui exprime clairement les objectifs organisationnels ou de l'équipe, celui qui donne une rétroaction en distribuant des récompenses contingentes (Judge et Piccolo, 2004). La récompense peut être positive ou simplement le refus d'une conséquence négative. De plus, il gère par exception en étant soit actif (travail en amont) ou en étant passif (intervenir lorsque le problème survient) (Hartog, Muijen, Koopman, 1997). La différence entre le leader actif et passif est caractérisée par le moment où l'écart à la norme est constaté et où une correction est apportée.

Le leadership transformationnel est considéré comme l'une des théories les plus influentes du leadership contemporain (Judge et Bono, 2000). Selon Rafferty et Griffin (2004), ce type de leadership est dépeint comme étant charismatique, motivateur, stimulant représentant une garantie de l'évolution des démarches de performance organisationnelle. Il est composé par les dimensions suivantes :

- A. Il énonce une vision inspirante du futur organisationnel pour les employés ;
- B. Il communique de façon positive pour renforcer la motivation et la confiance chez les employés ;
- C. Il est un modèle de la vision en y associant des comportements observables renforçant ainsi la capacité de changement de l'organisation (Klarner *et al.*, 2008) ;
- D. Il porte une haute considération, à chaque employé, en offrant un soutien individuel (Avery, 2004 ; Hogan et Kaiser, 2005 ; Judge et Piccolo, 2004) ;
- E. Il encourage les employés à une quête de résultats supérieurs (Antonakis, Avolio, Sivasubramaniam, 2003) ;
- F. Il favorise la stimulation intellectuelle par l'intérêt des employés à résoudre les problèmes et à penser autrement.

Un gestionnaire porte en lui ces différents types de leadership à des degrés divers. Considérant la dominance d'un type de leadership sur l'autre, eu égard à la personnalité de l'individu, le gestionnaire sera plus ou moins performant à mobiliser ses équipes, à créer des alliances et à influencer certaines décisions. La littérature démontre que le leadership transformationnel accroît ou renforce le leadership transactionnel (Judge et Piccolo, 2004), et que des comportements transactionnels et transformationnels sont nécessaires pour exercer efficacement un leadership (Hargis, Piottrowski, Watt, 2011).

La rapidité et la complexité des environnements organisationnels ont eu comme conséquence que la conception du leadership a évolué. Dorénavant, le fait de considérer le leader comme étant la propriété d'une seule et même personne est limitative et peu

adaptée aux nouveaux environnements de travail devenant de plus en plus complexes (Luc et Le Saget, 2013 ; Yukl, 2010). De là, l'importance pour les gestionnaires de revoir leur mode de gestion et d'organisation du travail (Roy et Audet, 2003) puisqu'il est de plus en plus difficile pour un seul et même individu de posséder tous les attributs pour diriger avec compétences les organisations actuelles. Dans cette perspective d'un mode de gestion à renouveler, le leadership partagé est un concept qui devient de plus en plus indispensable pour assurer la performance des organisations du XXI^{ème} siècle.

Twenty years ago or even then, the sharing of leadership and responsibility would have been advantageous to an organisation. Today it is critical to survival. Without it, the whole organisation is headed for failure (Merkens et Spencer, 1998, p.1)¹³

2.6.2 Le leadership partagé

Le leadership partagé se distingue du leadership transformationnel et transactionnel et son étude est tout à fait appropriée pour explorer comment il soutient, en complémentarité, le déploiement du système intégré de gestion de la performance dans les processus d'intégration.

Le leadership partagé trouve ses origines avec Mary Follett (1924), politologue et philosophe américaine dont les travaux eurent plus d'influence en Europe qu'en Amérique du Nord. Malgré que le début du XX^{ème} siècle représente une période qui attribue une exclusivité au leader officiel qu'elle remet en question, Follett aborde la démocratie au travail soutenue par des réseaux non-hiérarchisés de groupes autonomes soutenant ainsi que le leadership pouvait, dans certaines circonstances, provenir d'une autre source que celle du leader officiel (Pearce et Conger, 2003). Elle s'éloigne du

¹³ Il y a vingt ans même à l'époque, le partage du leadership et des responsabilités aurait été avantageux pour une organisation. Aujourd'hui, il est essentiel à sa survie. Sans cela, l'organisation est vouée à l'échec. (Traduction libre)

dirigeant qui s'abroge tous les pouvoirs et soutient plutôt le partage du pouvoir avec les employés dans l'objectif de développer leur capacité à devenir des partenaires à part entière dans l'organisation (Eylon, 1998). Les employés sont ainsi interpellés à être directement impliqués dans l'analyse des problèmes et la mise en œuvre des solutions. Il n'est donc pas surprenant que la vision philosophique de la responsabilisation des individus dans l'organisation pave la voie aux principes *Lean* (Feldheim, 2004).

Leadership development at Toyota is a shared responsibility (Liker et Convis, 2012, p.111)¹⁴

En effet, le leadership partagé permet de soutenir le modèle de développement du leadership *lean* comprenant quatre aspects :

- A. S'engager dans l'auto-développement c'est-à-dire apprendre à vivre les valeurs de l'idéal au travers des cycles d'apprentissages répétés.
- B. Coacher et développer les autres c'est reconnaître et développer le potentiel des autres par des cycles d'auto-apprentissages.
- C. Supporter quotidiennement le *kaizen* (ou l'amélioration continue) par le développement de la capacité locale de résoudre des problèmes via le *kaizen* et la gestion quotidienne.
- D. Créer une vision alignée sur les objectifs stratégiques de l'idéal en créant une vision alignée verticalement et horizontalement.

Le leadership partagé contribue, par ses assises, à promouvoir une philosophie d'amélioration continue. Il soutient une gestion démocratique impliquant tous les employés à la détection précoce des problèmes et à la mise en œuvre du système intégré de gestion de la performance notamment par les bonnes pratiques associées telles que la responsabilisation des employés, le travail d'équipe axé sur la résolution de problèmes et le partage d'informations pour une performance innovante accrue (Konczak, Stelly, Trusty, 2000). Le leadership partagé encourage le développement

¹⁴ Le développement du leadership chez Toyota est une responsabilité partagée. (Traduction libre)

systematique de leaders.

Une revue exhaustive de la littérature démontre que le leadership partagé est un concept relativement nouveau et peu défini (Sweeney, 2009) apportant son lot de confusion. Plusieurs expressions sont utilisées pour décrire le leadership partagé qui présente tantôt des similitudes et des différences, tantôt des définitions utilisées de manière interchangeable, tantôt sous différentes définitions : leadership partagé (shared leadership), leadership distribué (distributed leadership), leadership d'équipe (team leadership), leadership collectif (collective leadership) et de *co-leadership* référant ainsi au partage du leadership au sein d'une organisation (Bolden, 2011; Denis, Langley, Sergi, 2012; Park et Kwon, 2013). Il est à souligner les efforts de Denis *et al.* (2012) pour réunir l'ensemble de ces appellations qu'ils nomment le leadership pluriel. Dans le cadre de cette thèse, l'appellation leadership partagé sera utilisée.

Il existe plusieurs définitions du leadership partagé. La définition du leadership partagé comme étant la plus citée est celle de Pearce et Conger (2003) et est celle retenue dans le cadre de la recherche :

A dynamic, interactive influence process among individuals in groups for which the objective is to lead one another to the achievement of group or organisational goals or both [...] leadership is broadly in the hands of a single individual who acts in the role of a superior (Pearce et Conger, 2003, p. 286).¹⁵

Cette définition renvoie à la notion de distribution du leadership. Il encourage l'exercice d'une influence collective dans la mesure où le phénomène de distribution du leadership signifie que chacun des membres de l'équipe exerce une influence collective sur leurs pairs et que chacun d'eux participe activement et collectivement aux responsabilités associées au leadership.

¹⁵ Un processus d'influence dynamique et interactif parmi des individus à l'intérieur des groupes dont l'objectif est de conduire mutuellement vers la réalisation d'objectifs de groupe ou d'organisation ou les deux [...] le leadership est généralement entre les mains d'un seul individu qui joue le rôle d'un supérieur hiérarchique. (Traduction libre)

Une autre définition est celle de Fletcher et Kaufer (2003) qui proposent une définition du leadership partagé comme un processus d'influence collective. La notion de groupe est mise de l'avant permettant de faire ressortir l'aspect collectif du processus basé sur les interactions sociales et le partage des responsabilités mettant l'emphase sur les relations égalitaires, collaboratives « [...] *a dynamic, multidirectional, collective activity, that like all human action and cognitive sense-making, is embedded in the context in which its occurs* » (p.23).¹⁶

Friedrich, Vessey, Schuelke, Ruark et Mumford (2009) apportent une autre dimension au leadership partagé dans le sens d'une influence réciproque qui est exercée à tour de rôle.

It is a dynamic leadership process in which a defined leader, or set of leaders, selectively utilizes skills and expertise within a network, effectively distributing elements of the leadership role as the situation or problem at hand requires (Friedrich et al., 2009, p. 933).¹⁷

Cette définition a fait émerger l'idée qu'un leader assume de façon temporaire, et ce, en fonction des habiletés et des compétences requises une influence formelle au sein de l'équipe. Ainsi, c'est à tour de rôle que les différents leaders exercent un leadership dépendamment du contexte permettant d'améliorer l'atteinte des objectifs selon la tâche à réaliser, le contexte et l'environnement (Pearce, Manz, Sims, 2009).

Le leadership partagé renforce l'idée qu'il est axé sur une approche processuelle suggérant davantage une gestion horizontale par opposition à la gestion verticale entre le leader et les employés. Néanmoins, malgré l'objectif de partager son leadership

¹⁶ [...] une activité collective, multidirectionnelle et dynamique, qui, comme toute action humaine et tout processus de création de sens cognitif, est ancrée dans le contexte dans lequel elle se produit. (Traduction libre)

¹⁷ Il s'agit d'un processus de leadership dynamique dans lequel un ou plusieurs dirigeants définis utilisent de manière sélective les compétences et l'expertise d'un réseau, ce qui permet de répartir efficacement les éléments du rôle de leadership selon les besoins ou la situation. (Traduction libre).

parmi les membres de l'équipe, un leader formel peut toujours opérer son rôle (Ziegert, 2005). En ce sens, le leadership partagé implique davantage un processus d'influence latéral mais sans pour autant évacuer l'exercice d'une influence verticale, plus traditionnelle, incluant des rapports hiérarchiques au sein de l'équipe (Bligh, Pearce, Kohles, 2006).

Le leadership partagé entre tous met à contribution celui de chaque individu tout en étant complémentaire du leadership vertical, celui qui exerce l'autorité hiérarchique. Le chef n'est plus le seul à motiver, à mobiliser, à déterminer et à résoudre les problèmes ; les membres du groupe ont la responsabilité de se mobiliser et de s'influencer mutuellement afin de réaliser leur mission commune (Luc et Le Saget, 2013, p. 11).

Le leadership partagé pourrait représenter un déterminant de plus en plus pertinent pour le déploiement du système intégré de gestion de la performance puisque les concepts tels que le travail d'équipe, la collaboration et le travail multidisciplinaire sont au cœur de la performance organisationnelle. Selon Kocolowski (2010), « les organisations de santé sont réceptives au leadership partagé » (p.25). La qualité des soins et des services étant proportionnelle à la présence ou non du travail collaboratif efficace entre les différentes parties prenantes travaillant dans un but de valeur ajoutée pour l'utilisateur et a une résonance dans le travail des équipes multidisciplinaires. Les équipes dans lesquelles est partagé le leadership devraient, à bien des égards, bénéficier d'une meilleure coordination et collaboration suscitant également un engagement accru des membres de l'équipe (Ensley, Pearson, Pearce, 2003) et augmenter la satisfaction au travail (Foote et Li-Ping, 2008). Les équipes où le leadership est partagé sont moins conflictuelles, sont à la recherche de consensus et affichent une plus grande confiance et une meilleure cohésion entre les membres de l'équipe (Bergman, Rentsch, Small, Davenport, Bergman, 2012).

En résumé, le leadership partagé est un processus de leadership relationnel et collaboratif impliquant des équipes ou des groupes qui s'influencent mutuellement et

partagent collectivement des tâches et des responsabilités reléguées habituellement à un seul dirigeant dont le pouvoir est centralisé (Kocolowski, 2010). Il soutient ainsi un travail collaboratif efficace entre les différents professionnels travaillant dans un but commun. Le leadership partagé aurait également un impact positif sur la performance des services publics (Fernandez, Cho, Perry, 2010).

2.6.2.1 Conditions d'émergence du leadership partagé

Bien qu'il existe peu d'études scientifiques visant à identifier les conditions nécessaires pour faire émerger le leadership partagé, la présente recherche en retient néanmoins quatre catégories : individuelle, de groupe, liées à la tâche et à l'organisation (Bergman *et al.*, 2012 ; Carson, Tesluk et Marrone, 2007).

Il existe très peu de recherches démontrant l'apport des caractéristiques individuelles au leadership partagé. Cette catégorie réfère au concept de *self-leadership* démontrant qu'un individu doit être capable de s'influencer lui-même avant de pouvoir influencer les autres (Houghton, Neck, Manz, 2003).

Les caractéristiques de groupes réfèrent notamment à la proximité, à la familiarité et à la maturité de l'équipe et à la capacité. Le leadership partagé contribue au développement et au maintien du fonctionnement de l'équipe (Perry, Pearce, Sims Jr, 1999). La proximité réfère à la distance tant physique que géographique entre le gestionnaire et ses équipes qu'entre les membres d'un groupe (Pearce, Craig, Sims Jr, 2000). Considérant l'arrivée des nouvelles technologies soutenant des relations d'équipe virtuelles, l'exercice du leadership partagé serait exacerbé dans la mesure où la distance physique commande une distribution plus importante du leadership (Shuffler, Wiese, Salas, Burke, 2010). La maturité de l'équipe aurait une influence sur le partage du leadership (Kozlowski, Gully, Nason, Smith, 1999) dans le sens où plus une équipe démontre une maturité élevée plus elle est en capacité de générer un leadership partagé (Pearce, Craig, Sims Jr., 2000). Pour terminer, la capacité réfère au

partage du leadership selon les compétences des membres de l'équipe. Plus les membres d'une équipe démontrent des compétences à la réalisation d'une tâche, plus ils seront en mesure d'actualiser des fonctions de leadership (Pearce et Conger, 2003). Certains chercheurs ont démontré que le leadership partagé tend à se développer dans les équipes où les tâches sont hautement interdépendantes (Pearce et Manz, 2005) visant à diminuer les silos. Dans cette perspective, les employés auront un intérêt certain à collaborer et à reconnaître les compétences des uns et des autres en vue d'offrir des services de qualité aux usagers.

Quant aux caractéristiques associées à la tâche, elles se déclinent en quatre grands déterminants : la complexité, l'urgence, le sentiment d'importance et l'habilitation. La tâche est considérée comme un déterminant du leadership partagé en ce sens qu'elle a un sens et une valeur significative aussi bien pour l'organisation que pour l'équipe et les individus qui la composent (Pearce *et al.*, 2000). La complexité de la tâche notamment dans la résolution de problème a certes un lien étroit avec la capacité d'innovation et de créativité. La littérature révèle qu'il existe une corrélation entre l'innovation et la créativité et l'importance d'un leadership partagé dans le but d'offrir de répondre aux besoins de la clientèle par un meilleur service (Pearce et Manz, 2005). Néanmoins, lorsque la tâche apparaît moins complexe, le leadership partagé peut apparaître non probant. En effet, la littérature démontre que plus la tâche à effectuer est complexe et nécessitant un haut niveau de connaissances, plus le leadership sera partagé au sein de l'équipe (Pearce et Manz, 2005). Plus les tâches sont simples à exécuter moins le leadership partagé aura tendance à se développer (Kerr et Jermier, 1978). L'urgence est également considérée comme une caractéristique importante dans le développement du leadership partagé. Elle réfère principalement au respect des délais pour accomplir le travail dans les échéanciers prescrits. Le sentiment d'importance s'inscrit notamment dans les tâches à réaliser. Plus les employés considèrent que la tâche est importante à réaliser, plus ils seront mobilisés à apporter leur contribution en exerçant ainsi un leadership accru (Doucet et Sweeney, 2010). Enfin, l'habilitation démontre que le leadership partagé est tributaire à l'autonomie des

équipes de travail dans la mesure où elles sont interpellées pour prendre des décisions à l'égard de certains défis (Pearce et Conger, 2003).

Pour terminer, les caractéristiques liées à l'organisation sont des éléments externes tels que la culture organisationnelle et la reconnaissance. En ce sens, la culture organisationnelle est un élément majeur à considérer dans le développement du leadership partagé (Doucet et Sweeney, 2010). La reconnaissance valorise la performance des individus et des équipes et par conséquent, influence positivement le leadership partagé.

2.7 SYNTHÈSE DU CONTEXTE THÉORIQUE ET SCHÉMA DE RECHERCHE

Avant d'aller plus loin dans l'élaboration du contexte théorique de cette recherche, il importe de faire un retour sur la problématique du CISSS de la Gaspésie concernant le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance associé à l'évolution du leadership transactionnel et transformationnel vers un leadership partagé. Différents styles de leadership contribuant à l'intégration horizontale des services, sur la base de la trajectoire de Jimmy, comme vecteur de performance et ce, à tous les niveaux de l'organisation. La chercheuse a donc, tour à tour, exploré la littérature sur ces grands concepts.

Malgré un nombre important de publications sur les notions de performance organisationnelle et des systèmes de mesure de la performance, d'intégration des soins et des services et sur les différentes typologies de leadership, il y a peu de recherches qui font le lien entre ces différents concepts pourtant intimement liés à la performance organisationnelle. La littérature permet de constater qu'à l'instar de la performance, l'intégration et le leadership sont des artefacts multidimensionnels.

Nous basons nos travaux de recherche sur la recension des écrits réalisés pour construire le contexte théorique qui permettra notamment de combler cet écart dans la littérature et d'apporter un nouvel éclairage sur la problématique quant à la contribution d'un système intégré de gestion de la performance à l'intégration horizontale des services sociaux dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles en situation de vulnérabilité par un renouvellement du leadership des gestionnaires devant s'adapter à un nouveau contexte organisationnel.

Les écrits sur la performance permettent de saisir que ce concept ne fait aucun consensus n'a été établi à ce jour dans la communauté scientifique (Bessire, 1999 ; Lebas, 1995). Cette absence de consensus est sans doute inhérente au fait que la performance, tout comme les processus d'intégration, s'inscrit dans la théorie de la contingence (Champagne et Contandriopoulos, 2015 ; Lawrence et Lorsch, 1986) c'est-à-dire que l'environnement organisationnel exerce une nette influence. Malgré l'absence de consensus quant à la définition de la performance, plusieurs concepts émergent de la littérature. La performance est multidimensionnelle (Bititci *et al.*, 2012 ; Bourne *et al.*, 2000 ; Brudan, 2010 ; Contandriopoulos, 2008 ; Franco-Santos *et al.*, 2010 ; Kaplan et Norton, 1993 ; Sicotte *et al.*, 1999 ; Tchouaket *et al.*, 2012), paradoxale (Brudan, 2010 ; Contandriopoulos, 2008 ; Kaplan et Norton, 1993 ; Keegan *et al.*, 1989 ; Neely *et al.*, 1995 ; Pisano et Verganti, 2008 ; Sicotte *et al.*, 1999) et finalement contingente (Bititci *et al.*, 2012 ; Botton *et al.*, 2012 ; Contandriopoulos, 2008 ; Jacquet, 2011 ; Sicotte *et al.*, 1999 ; Thiebaut *et al.*, 2015).

La performance dirige l'organisation à adopter un modèle de gestion de la performance qui vise, d'une part à établir les bases de la gouvernance de l'organisation et d'autre part, à dresser un cadre sur la manière dont les décisions doivent être prises par les dirigeants en ce qui a trait à la création de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes (Botton *et al.*, 2012 ; Chatelin-Ertur et Nicolas, 2011). La littérature soulève que l'adoption d'un système intégré de gestion de la performance permet aux établissements d'atteindre des niveaux de performance que les organisations qui n'ont

pas fait ce choix. L'adoption d'un tel système représente une solution potentielle d'intégration horizontale des services tout en misant sur une performance collaborative des équipes de travail interdisciplinaire (Fillingham, 2007).

Ainsi, les organisations souhaitant adopter un système de gestion peuvent se référer à plusieurs modèles théoriques qui ont fait leur apparition au début des années 1990 afin de relever les défis liés aux problématiques en lien avec la performance organisationnelle (Botton *et al.*, 2012) notamment par une augmentation de l'accessibilité, de la continuité des services (Foropon *et al.*, 2014) et la mobilisation des employés (Kaplan et Norton, 1996 ; Kennerley et Neely, 2002). La performance est avant tout considérée comme étant un système couvrant l'ensemble des secteurs d'une organisation (Kaplan et Norton 1996). En ce sens, c'est le modèle de Kaplan et Norton qui est retenu dans le cadre de cette recherche. Néanmoins, la littérature démontre qu'il existe très peu de systèmes de gestion soutenant les processus d'intégration (Aghren, 2012).

Les fusions d'établissements sont soumises à des efforts incontestés d'intégration et ce, tant verticalement qu'horizontalement. L'intégration horizontale vise à regrouper des services similaires offerts sur des territoires différents (Shaw *et al.*, 2011 ; Valentinj *et al.*, 2013). L'intégration verticale vise à regrouper des services qui se situent en amont ou en aval d'une trajectoire de soins, de services ou dans un continuum de services (Shaw *et al.*, 2011 ; Valentinj *et al.*, 2013). La performance se construit donc à travers une trajectoire de services dans une logique de complémentarité entre l'intégration verticale et horizontale (Pellinen *et al.*, 2016 ; Valentinj *et al.*, 2013).

Leutz (1999) transpose les différentes formes d'intégration sur un continuum d'interdépendance imbriquant trois modèles d'intégration notamment de liaison, de coordination et de pleine intégration auquel s'ajoute une absence d'intégration (Strandberg-Larsen, 2008). L'intégration, sur la base des trajectoires, offre un énorme

potentiel pour améliorer la performance par un partage d'information permettant l'alignement de la trajectoire de l'utilisateur (Cao et Zhang, 2010 ; Toussaint, 2015).

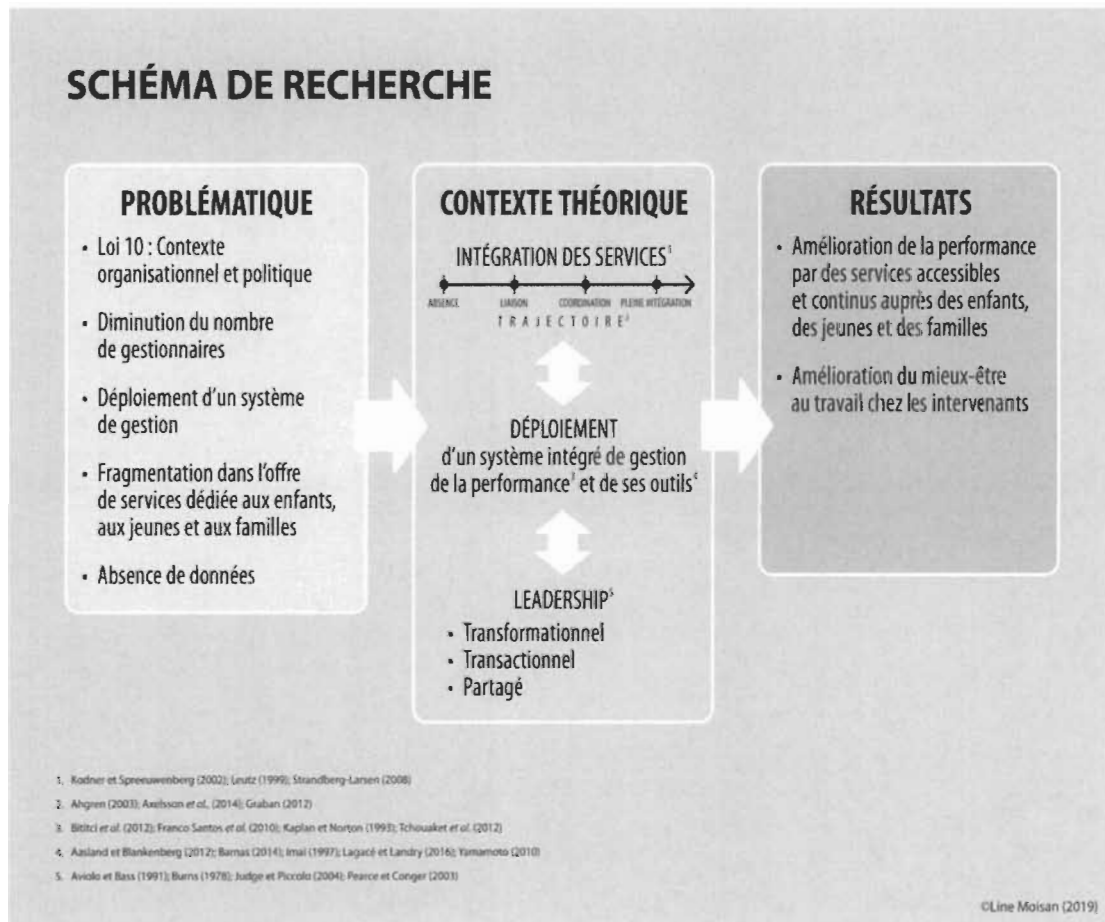
Certaines études démontrent l'importance du leadership dans la gestion du changement dans les organisations contemporaines (Morrow *et al.*, 2014 ; Tushman et O'Reilly, 1996). Les différentes réformes ont contribué à la complexité des environnements organisationnels et commandent une évolution dans la conception du leadership. De là, l'importance pour les gestionnaires de revoir leur mode de gestion et d'organisation du travail (Roy et Audet, 2003) puisqu'il est de plus en plus difficile pour un seul et même individu de posséder tous les attributs pour diriger avec compétences les organisations actuelles. La typologie comportant trois styles de leadership (Bass, 1985 ; Judge et Piccolo, 2004) notamment de laisser-faire, transactionnel et transformationnel est un bon point de départ dans la compréhension de l'évolution du leadership pouvant soutenir un système intégré de gestion de la performance. Le leadership partagé pourrait représenter un déterminant pertinent pour le déploiement du système intégré de gestion de la performance. Selon Kocolowski (2010), « les organisations de santé sont réceptives au leadership partagé » (p.25) mettant l'accent sur l'importance d'exercer un leadership d'influence à différents niveaux au sein d'une organisation (Fitzgerald *et al.*, 2013).

En résumé, les concepts performance et de ses systèmes, d'intégration des services sur la base d'une trajectoire, de l'adaptation des différents styles de leadership représentent des éléments théoriques et sensibilisants fondamentaux dans le cadre de cette thèse.

Nous terminons cette partie en présentant le schéma du contexte théorique (figure 2.6) qui rassemble les différents concepts qui seront utilisés lors de notre démarche. Cette dernière s'avère avant tout une tentative d'intégration entre les différents concepts explorés au cours de la revue de la littérature et rend compte de la

complexité de la problématique managériale abordée au chapitre 1 ouvrant la voie à une étude exploratoire par une question ouverte de recherche.

Figure 2.6
Schéma du contexte théorique



2.8 QUESTION DE RECHERCHE

Comment le système intégré de gestion de la performance contribue-t-il à l'intégration horizontale des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles et ce, tant au niveau stratégique, tactique et opérationnel ?

TROISIÈME CHAPITRE

CADRE OPÉRATOIRE

Ce chapitre présente le cadre opératoire de la recherche abordant tour à tour les objectifs de la recherche, les considérations philosophiques, méthodologiques et finalement les considérants éthiques qui guideront les actions tout au long du processus de recherche.

3.1 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Cette recherche doctorale souhaite enrichir les dimensions relatives à l'intégration horizontale des soins et des services dédiés aux enfants par la mise en œuvre d'un système intégré de gestion de la performance. La littérature reconnaît la nécessité d'une évolution des pratiques de gestion plus ouvertes et inclusives afin de créer des organisations flexibles s'adaptant à un environnement où la norme est le changement (Klarner *et al.*, 2008).

En lien avec la question de recherche, trois objectifs spécifiques sont poursuivis et sont les suivants :

- A. Comprendre comment évolue les différents styles de leadership dans la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance favorisant l'intégration des services ;
- B. Comprendre quels sont différents outils du système intégré de gestion de la performance qui soutiennent les processus d'intégration ;
- C. Comprendre comment le système intégré de gestion de la performance permet une amélioration de l'accessibilité et de la continuité des soins auprès des enfants, des jeunes et des familles et contribue à améliorer le mieux-être au travail du personnel.

3.2 CONSIDÉRATIONS PHILOSOPHIQUES

3.2.1 Paradigme de recherche

Se positionner par rapport à un paradigme n'est pas chose aisée. Le paradigme renvoie à un ensemble de postulats, de croyances, de valeurs et à une vision du monde définissant la nature de la réalité et la représentation que s'en font les acteurs (Allard-Poesi et Maréchal, 2007). Le paradigme n'est pas qu'un simple énoncé, mais plutôt un modèle de référence sur lequel prend appui un chercheur pour orienter sa recherche conformément à son orientation philosophique (Fortin et Gagnon, 2016). Le paradigme retenu influence et guide le chercheur dans les choix liés à l'ontologie, à l'épistémologie et à la méthodologie (Guba et Lincoln, 1994) dans le but d'atteindre les objectifs de la recherche.

Considérant la question de recherche et les objectifs poursuivis, cette recherche s'ancre dans un paradigme constructiviste. L'épistémologie constructiviste réfère à la métaphore de la construction (Nguyên-Duy et Luckerhoff, 2007) qui appréhende la réalité comme un construit social dans lequel les sujets de l'étude tentent d'y donner une signification. La réalité peut être conjuguée au pluriel et, en ce sens, présente des significations subjectives et contextualisées qui émergent des expériences vécues par les sujets à l'étude (Guba et Lincoln, 2005).

3.2.2 Posture de la chercheuse

Endossant une posture constructiviste, il était impossible d'envisager une recherche sans être en interaction avec le milieu de recherche. Cette approche constructiviste permet d'élaborer le projet final (Le Moigne, 1995) à partir des représentations de la réalité des différentes parties prenantes (Denzin et Lincoln, 2011 ; Hlady Rispal, 2002). C'est ainsi que la chercheuse a adopté, depuis le début de sa

résidence¹⁸ en entreprise en 2017, un rôle d'observatrice au projet lui offrant l'opportunité d'assister à des rencontres d'animation des salles de pilotage et du rapport d'état, de justifier sa présence sur le terrain et aux rencontres des gestionnaires du programme jeunesse et ainsi de décupler ses observations pour enrichir sa compréhension liée aux objectifs de la recherche. Ainsi, l'étudiante était en capacité d'observer les interactions entre les participants provenant de différents horizons professionnels (Denzin et Lincoln, 2011 ; Guba et Lincoln, 1994) pour bien comprendre l'influence des différents outils du système intégré de gestion de la performance sur l'intégration horizontale des services dont le but avoué est d'assurer une fluidité des processus à valeur ajoutée pour le client. La présence de l'étudiante au CISSS de la Gaspésie s'est inscrite dans cette vision constructiviste qui fait en sorte que la question, l'objectif spécifique et les choix méthodologiques ont évolué de façon constante depuis sa résidence entreprise.

3.2.3 Considérations ontologiques et épistémologiques

Dans le cadre de ses études doctorales, la chercheuse constructiviste a adopté une position ontologique interprétativiste qui souscrit à l'idée des réalités plurielles et socialement construites à partir du vécu des personnes (Denzin et Lincoln, 2011). Il n'existe donc pas une seule réalité objective et ce qui existe, relève de la perception. Propre à la philosophie qui soutient le SIGP, la recherche s'est déroulée sur le terrain, le plus près possible où se passe l'action. Ainsi, depuis sa résidence, la chercheuse a marché son terrain et co-construit, par un processus d'interaction et d'influence mutuelle avec les participants, les représentations des réalités organisationnelles et personnelles dans une perspective subjective construite à partir des connaissances acquises par les expériences de chacun (Creswell, 2013). La connaissance a été vue à travers la subjectivité (Fortin et Gagnon, 2016).

¹⁸ La résidence en entreprise est un cours (DBA-6950-1E) prévu dans le programme du doctorat en administration de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Le paradigme constructiviste endossé par la chercheuse a permis de se questionner sur un risque certain de biais de la part de cette dernière étant donné d'une part, ses valeurs et son expertise dans le domaine de la santé, et d'autre part, par les biais apportés par les valeurs et l'expérience des répondants sollicités. Les biais des répondants se sont concrétisés par la désirabilité sociale chez les participants, par des intérêts particuliers ou par des considérations politiques et corporatives. Robson (2011) souligne que la seule présence de la chercheuse pouvait créer un biais sur les comportements observés dans le milieu de recherche. Guba et Lincoln (1985) nomment cet effet comme étant un phénomène de réactivité.

Préoccupée depuis le début de ses études doctorales quant à la gestion des risques de biais, la chercheuse en a minimisé les effets par une grande rigueur professionnelle, par une connaissance approfondie du milieu à l'étude et par un grand souci sur le plan méthodologique (Robson, 2011). Selon Prévost et Roy (2015), une attention particulière a été portée par l'adoption des règles de validité et par la rigueur du processus de collecte de données. D'ailleurs, la section portant sur la validité démontre les différentes stratégies de mitigation utilisées dans cette recherche dont le but est d'en minimiser les différents biais possibles.

3.3 CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

La prochaine section présente le type de recherche retenue ainsi que la stratégie associée. Il y est également abordé l'unité d'analyse, de la collecte et de l'analyse des données. Enfin, une dernière partie présente les considérations liées à la validité ainsi qu'à l'éthique de la recherche.

3.3.1 Une recherche qualitative

Considérant la nature du projet et la question de recherche, il convient qu'une approche méthodologique qualitative a permis d'étudier les phénomènes dans leur

milieu naturel et de les interpréter en se fondant sur les significations que les participants y ont attribuées (Fortin et Gagnon, 2016). Il s'agit d'accorder ou de construire un sens (Deslauriers et Kérésit, 1997). La recherche qualitative a mis l'accent sur les questions touchant les mécanismes et les acteurs « le comment et le qui des phénomènes » (Deslauriers et Kérésit, 1997). La chercheuse a procédé à des observations détaillées et ne s'est pas engagée vis-à-vis un modèle théorique particulier. Ce sont là deux postulats de base de la recherche qualitative (Hlady Rispal, 2002).

La chercheuse a abordé les objets de recherche en toute ouverture manifestant de la compréhension à l'égard d'une situation donnée (Paillé, 1996) permettant de recueillir des données précieuses auprès des participants qui animent le terrain et qui offrent différents points de vue, d'autres préoccupations quant à l'objet de la recherche. Le rôle du participant s'est rapproché de celui du co-chercheur. La découverte et la compréhension ont été nécessaires pour soutenir la recherche qualitative et la chercheuse a accordé une place importante voire prépondérante aux acteurs ciblés par la recherche.

La chercheuse, par une recherche qualitative, a accentué sa compréhension visant à élargir et à diversifier le phénomène organisationnel étudié. En fait, il s'agissait de mettre en lumière l'émergence des différents styles de leadership lors du déploiement du SIGP soutenant l'intégration horizontale des services dédiés aux jeunes par une trajectoire axée sur l'utilisateur.

3.3.2 Stratégie de recherche : étude de cas

La stratégie de recherche retenue pour mener à bon port ce projet de doctorat a été celle de l'étude de cas unique puisque la généralisation n'était pas un enjeu (Creswell, 2013). L'étude de cas est définie par Yin (1994) dans (Prévost et Roy, 2015) comme « une investigation empirique qui examine un phénomène contemporain en

contexte réel lorsque les frontières entre phénomène et contexte ne sont pas clairement tracées et pour laquelle de multiples sources d'information sont utilisées pour mettre le phénomène en évidence » (Prévost et Roy, 2015, p.135). En d'autres mots, l'étude de cas s'est ancrée dans le quotidien des participants dans le but de mieux comprendre le cas en profondeur tout en reconnaissant sa complexité et son contexte (Fortin et Gagnon, 2016).

Les motifs du choix d'une étude de cas unique ont trouvé écho dans le fait que le phénomène étudié était relativement récent et peu documenté. La particularité de l'étude de cas du CISSS de la Gaspésie a proposé d'explorer l'alliance entre le système intégré de gestion de la performance, l'évolution des différents styles de leadership et la mise en place d'une gestion horizontale interpellant la notion de trajectoire axée sur l'utilisateur. L'intégration des services sociaux par l'utilisation du rapport d'état et des salles de pilotage sont deux sujets qui ne sont pas ou peu documentés par la littérature universitaire.

L'étude de cas s'avérait une stratégie flexible en offrant un large éventail de méthodes et de techniques de recherche pouvant ainsi être constituée par une seule et unique étude de cas, s'appliquer à différents niveaux organisationnels notamment aux individus, aux groupes et aux organisations (Hartley, 2004). Ainsi, l'étude de cas a permis l'accès à une panoplie de sources d'information telles que la documentation, les entrevues, l'observation, etc., et a permis de générer une richesse d'information. La chercheuse a opté pour l'étude de cas puisqu'elle est familière avec une multitude de techniques de collecte de données.

Le momentum où l'étudiante entreprenait ses études doctorales et au fait que la Présidente-directrice générale du CISSS de la Gaspésie souhaitait intégrer les services de 1^{ère} et de 2^{ème} ligne au profit des enfants, des jeunes et des familles représentait un facteur clé pour associer un projet de recherche à cet ambitieux projet d'intégration.

Le choix de procéder à une étude de cas au CISSS de la Gaspésie est justifié par la proximité géographique du lieu de résidence de l'étudiante. Cette dernière ne pouvait se résoudre à réaliser sa recherche au sein du réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-St-Laurent puisqu'elle y a œuvré pendant plus de 20 ans apportant du coup une véritable préoccupation quant aux risques de biais.

Les limites de l'étude de cas unique ont soulevé la question de la transférabilité des résultats. Or, il faut reconnaître le caractère unique du projet d'intégration soutenu par le système intégré de gestion de la performance au CISSS de la Gaspésie dans le contexte d'une fusion imposée par la loi 10. La richesse de l'étude de cas revêtait un caractère unique quant à un projet d'intégration soutenu par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance et permettra possiblement aux autres établissements de santé ou aux autres directeurs du CISSS de la Gaspésie de juger de la transférabilité des résultats obtenus. Considérant que la mise en place des salles de pilotage est incluse dans l'entente de gestion provenant du MSSS, le contexte des établissements de santé et des autres directions au CISSS de la Gaspésie est semblable. Tous pourront, sans contredit, se reconnaître dans la plupart des éléments de contexte apporté au début de ce document et dans les résultats provenant de la collecte de données.

Les parties prenantes qui ont participé à la recherche et qui sont impliqués dans le déploiement d'un nouveau système de gestion favorisant notamment l'intégration des services sociaux auraient pu être animés par une forte désirabilité sociale qui, aurait, éventuellement fait en sorte que celles-ci auraient pu répondre favorablement aux questions d'entrevues pour faire rayonner leur organisation et eux-mêmes par ricochet. Or, la chercheuse a observé, depuis sa résidence les comportements, les rapports entre les personnes et les non-dits. L'observation réalisée sur cette longue période a permis de bien connaître les dynamiques internes en présence et de s'assurer de livrer ce qui se passe réellement à la direction programme jeunesse et à la direction de la protection de la jeunesse.

Pour terminer, la vaste expérience de la chercheuse au sein du réseau de la santé et des services sociaux aurait pu éventuellement apporter un risque de biais dans certaines perceptions du sujet à l'étude. Or, afin d'en réduire la portée, la chercheuse a documenté, à l'intérieur d'un journal de bord, ses observations décrivant les situations rencontrées pavant ainsi la voie à une rigueur incontestée par une vigilance manifeste.

3.3.3 Objet d'étude

Dans cette recherche, l'objet d'étude est le suivant : la contribution du système intégré de gestion de la performance dans l'intégration horizontale des soins et des services auprès des enfants, des jeunes et des familles dans un contexte de changement organisationnel.

3.3.4 Unités et niveaux d'analyse

Il importe de bien préciser les unités et les niveaux d'analyse liés à l'objet d'étude. L'unité d'analyse permet de dessiner les frontières du phénomène à l'étude facilitant ainsi la compréhension de la signification des données (Hlady Rispal, 2002). Le choix des unités d'analyse a été revu tout au long de la recherche et selon l'exploration réalisée lors de la collecte de données. Les types d'unités d'analyse les plus couramment retenus sont notamment les acteurs, les actions et le contexte (Hlady Rispal, 2002).

Ainsi, dans cette recherche, l'unité d'analyse est à niveaux multiples : l'ensemble des parties prenantes (gestionnaires et intervenants) qui utilisent différents outils du système intégré de gestion de la performance contribuant à l'intégration horizontale d'une trajectoire de services axés sur l'utilisateur.

3.3.5 Les outils de collecte des données

La présente section porte particulièrement sur la présentation de la rigueur qui a été mise dans la collecte de données de notre recherche qualitative exploratoire. Selon Prévost et Roy (2015), une étude de cas doit être soutenue par des sources et des méthodes multiples et variées suscitant une compréhension globale de la problématique organisationnelle d'intérêt dans le cadre de la recherche. Les techniques de collecte de données retenues ont été multiples. Elles sont notamment l'entrevue semi-dirigée, l'observation non participante, le groupe de discussion, le journal de bord et l'analyse documentaire de l'organisation. Le fait d'avoir retenu plusieurs techniques de collecte de données a permis une triangulation de celles-ci assurant une crédibilité à la recherche ainsi qu'à minimiser les biais des données recueillies (Fortin et Gagnon, 2016).

3.3.5.1 *L'entrevue semi-dirigée*

L'entretien semi-dirigée est une méthode appropriée pour connaître la réalité telle que vécue par les participants dans un contexte donné (Savoie-Zajc, 2003). L'établissement a eu la générosité de permettre l'accès à des données riches puisées à même l'expérience des différentes parties prenantes au projet (Prévost et Roy, 2015). De plus, le fait de conduire des entrevues semi-dirigées permettait de les rencontrer et de développer une compréhension de la problématique à l'étude (Savoie-Zajc, 2003).

Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées jusqu'à saturation auprès des participants de l'ensemble des niveaux organisationnels : stratégique, tactique et opérationnel. La saturation recherchée a été atteinte lorsque des thèmes et des catégories sont devenus répétitifs ou n'apportaient plus d'informations nouvelles ou différentes (Fortin et Gagnon, 2016). La participation volontaire a été sollicitée par courriel ou en personne et ce, en collaboration avec les supérieurs immédiats des équipes. Les objectifs poursuivis par les entretiens étaient de bien capter les éléments

des différents outils du SIGP contributifs à l'intégration horizontale des services par l'utilisation d'une trajectoire de services auprès des enfants, des jeunes et des familles.

La collecte de données s'est échelonnée, sur le lieu de travail des participants, entre le mois d'août 2018 et octobre 2018 auprès de quatre intervenants psychosociaux ; six gestionnaires de la haute direction et auprès de cinq cadres intermédiaires. Les entretiens se sont déroulés au moment choisi par le répondant selon l'horaire qui leur convenait. Chaque entretien, d'une durée se situant entre 60 et 90 minutes, a été réalisé à partir d'un guide d'entretien semi-structuré (annexe B) réalisé suite à la résidence de la chercheuse et comportant des questions ouvertes basées en partie sur une revue systématique de la littérature abordant le processus de mise en place du SIGP et de l'intégration des services sociaux. Le guide étant considéré comme un aide-mémoire plutôt qu'un outil contraignant. La souplesse du guide consolidait notre approche constructiviste et permettait d'adapter les questions en fonction des opportunités rencontrées lors des entretiens individuels et permettait notamment de renforcer la réflexion de l'interviewé sur la problématique à l'étude.

Avant de débiter l'entretien, un rappel des principaux éléments du projet a été fait mettant en évidence le caractère volontaire et confidentiel de la participation des répondants. À cet effet, un formulaire de consentement, incluant l'enregistrement de l'entrevue, a été présenté et signé conjointement entre la chercheuse et chaque participant (annexe A). Néanmoins, aucun des répondants n'a demandé de mettre fin à l'enregistrement de l'entretien. Le projet de recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et porte le numéro CER-18-244-07.01.

Tableau 3.1
Entretiens semi-directifs

	Nombre de rencontres	Nombre d'heures
Hors-cadres et cadres supérieurs (CODIR)	6	9,0
Cadres intermédiaires	5	8,0
Intervenants	4	4,0
Total	15	21

3.3.5.2 Groupes de discussion

Dans le but d'enrichir les entretiens individuels, la chercheuse a réalisé trois groupes de discussion selon la logique des salles de pilotage : stratégique, tactique et opérationnelle. Chaque groupe avait une durée de 90 minutes et un guide contenant des questions ouvertes a été élaboré pour soutenir l'animation (annexe B). De plus, un formulaire d'information et de consentement (annexe A) a été signé entre le participant et la chercheuse demandant l'autorisation d'enregistrer la séance. Le groupe de discussion est une méthode unique puisqu'il combine à la fois l'entrevue, l'observation participante et l'interaction de groupe (Fortin et Gagnon, 2016).

La force du groupe a permis une validation importante de l'interprétation des données recueillies lors des entrevues individuelles. Le groupe de discussion n'a pas été la panacée exclusive des participants aux entretiens mais a été ouvert aux membres de leur équipe de travail. Les groupes de discussion se sont tenus jusqu'en octobre 2018. Le fait de regrouper les participants, par niveau de gestion hiérarchique, a permis un sentiment de liberté pour s'exprimer en diminuant les craintes de représailles ou de placer un employé dans une situation délicate s'il s'exprimait devant un supérieur immédiat.

3.3.5.3 L'observation non participante, les notes de terrain et la documentation organisationnelle

Après plus de deux ans à la découverte de cette organisation, ce sont plus de 350 heures de collecte de données qui ont été consignées à l'intérieur des notes de terrain provenant notamment des entretiens semi-dirigés, des groupes de discussion et de l'observation non participante (Annexe C). Pour ce faire, la chercheuse a assisté à différentes rencontres interdisciplinaires qui avaient pour but l'intégration des services ainsi qu'aux animations des salles de pilotage stratégique, tactique et opérationnelle. Les notes de terrain se sont avérées être des alliées pour l'enregistrement des données pertinentes tout au long de la collecte de données et se prêtaient bien à l'interprétation des observations (Fortin et Gagnon, 2016).

L'observation non participante est une collecte de données flexible, peu contraignante qui contribue notamment à voir les non-dits, les messages non verbaux, les difficultés relationnelles entre les participants, les comportements, les paradoxes contenus dans certains discours (Prévost et Roy, 2015). L'observation non participante a permis à la chercheuse de recueillir une grande quantité d'information dans le but d'approfondir sa compréhension de son sujet d'étude. Pour justifier sa présence aux différents comités, un représentant de l'organisation présentait la chercheuse comme une étudiante au doctorat en administration de l'UQTR. Un formulaire de consentement pour l'observation non participante a été signé entre les participants et la chercheuse (annexe A).

La documentation pertinente au projet de recherche produite par le CISSS de la Gaspésie a été consultée auprès de la Présidente-directrice générale et également sur le site WEB de l'organisation portant notamment sur les rapports annuels, les comptes rendus des différentes rencontres et finalement sur des documents préparés à l'interne en lien avec le sujet à l'étude.

3.3.6 Stratégies d'analyse des données

Tel que le décrit Creswell (2007), l'étude de cas implique un examen approfondi d'une problématique dans son contexte. Les stratégies d'analyse utilisées ont permis de procéder à une description détaillée à partir des différentes sources de données. Ces stratégies apparentées à la théorisation ancrée comprennent trois grandes étapes de codification dont le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif (Prévost et Roy, 2015).

Une fois les entretiens individuels terminés, la chercheuse a procédé à une première analyse ayant pour but de produire une synthèse à partir des données recueillies. De plus, elle a procédé à une retranscription intégrale du contenu de l'ensemble des entretiens individuels à partir des enregistrements audio. Elle a pris alors soin d'indiquer les silences, les moments d'hésitation et les moments inaudibles. Pour bien saisir l'ensemble des échanges avec chaque participant, elle a validé le verbatim retranscrit de l'entrevue avec la collaboration du répondant et s'assurer ainsi de la validité de construit de la recherche (Guba et Lincoln, 2005). L'analyse des données a contribué à réduire les volumes d'informations en plus petites unités et riches de sens qui ont été traitées, décrites, interprétées et présentées pour faciliter la compréhension chez l'ensemble des parties prenantes (Fortin et Gagnon, 2016 ; Patton, 2002). Une fois cette validation complétée, l'étudiante a identifié les premiers codes émergents qui ont été regroupés en familles thématiques pour constituer la grille de codage abordée dans une prochaine partie. À ce moment, l'étudiante a mis en évidence les éléments de convergence et de divergence d'opinions entre les participants.

Le codage ouvert convient qu'à partir de l'ensemble des données recueillies il y a un repérage des unités de sens qui seront regroupées à partir du contexte théorique de la recherche dans le but de générer optimalement des catégories. Certes, une liste de catégories a été développée et il appert que la flexibilité et l'ouverture devaient être au rendez-vous laissant ainsi émerger des nouvelles catégories selon les propos des

participants. Au fur et à mesure du processus de codification, l'étudiante a conçu la grille de codage qui a constitué un premier jalon de conceptualisation de la problématique à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016) et ce, à l'aide du logiciel de traitement des données retenu soit NVivo.

Le deuxième niveau est celui du codage axial qui consiste à une analyse en profondeur du niveau conceptuel des relations entre les différentes catégories identifiées à l'intérieur de la grille de codification ouverte. En d'autres mots, le codage axial permet un niveau plus élevé d'abstraction en rassemblant les données morcelées.

Enfin, le troisième niveau est celui du codage sélectif. C'est ainsi que certaines catégories ont été regroupées, intégrées dans une arborescence reflétant la structure des idées et des relations permettant ainsi à des thèmes clés d'émerger (Bazeley, 2007). Le codage sélectif a pour but de dégager des caractéristiques importantes de l'étude et de passer d'un processus descriptif à un processus de conceptualisation (Prévost et Roy, 2015). Concrètement, le codage sélectif a permis de mettre en contexte l'intégration soutenue par les outils du système intégré de gestion de la performance en mettant en évidence les principaux éléments de l'intégration des services, des styles de leadership et de la performance révélée pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services.

3.3.7 Contrôle de qualité des résultats

La recherche qualitative endossée par un paradigme constructiviste est influencée par la subjectivité du chercheur. Il est essentiel de prendre toutes les mesures nécessaires pour prouver la validité de la recherche dans laquelle nous nous sommes engagées comme chercheur. Dans cette perspective de rigueur et de contrôle, Guba et Lincoln (1985) nomme, *trustworthiness*, quatre critères, habituellement reconnus pour une recherche quantitative et qui sont adaptés à une recherche de type qualitatif.

L'étudiante a choisi de s'y conformer pour assurer et attester de la qualité de la recherche qualitative.

La confirmabilité (validité de construit) réfère à l'objectivité dans les données et à leur interprétation. Ce critère s'assure de l'intégrité d'une recherche en reportant l'objectivité ou la neutralité des données et de leur interprétation par le chercheur et le milieu de recherche (Fortin et Gagnon, 2016).

La crédibilité (validité interne) évalue dans quelle mesure la description de l'objet et des résultats vécus par les répondants du milieu de recherche reflètent la réalité. En d'autres mots, la crédibilité repose sur la concordance des liens établis entre les observations empiriques et leur interprétation (Mabry, 2008).

La plausibilité (fidélité) démontre la stabilité des données et à la constance dans les résultats, et ce, dans le temps et dépendamment des conditions (Fortin et Gagnon, 2016).

Enfin, la transférabilité (validité externe) offre une opportunité pour le chercheur d'appliquer ses conclusions de recherche à d'autres contextes ou à d'autres groupes (Guba et Lincoln, 1985). La transférabilité est apparentée à la généralisation (Fortin et Gagnon, 2016).

Comme abordé lors des parties précédentes, l'utilisation de différents outils de collecte de données, tout au long du processus de recherche, satisfait aux critères exigés. La triangulation des données a permis de valider les données et faire émerger les multiples perceptions et significations de la réalité par les propos recueillis et limiter les sources potentielles de biais (Prévost et Roy, 2015).

Le tableau 3.2 présente les critères d'évaluation ainsi qu'une liste non exhaustive des stratégies ayant été utilisées tout au long du processus de recherche afin

de se conformer aux critères de validité d'une recherche qualitative constructiviste. Le tableau est inspiré par les travaux de Audet (2006) et de Fortin et Gagnon (2016).

Tableau 3.2
Critères de validité

Critères de validité	Stratégies utilisées pour se conformer aux critères
Confirmabilité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lors de la résidence, validation de la problématique de recherche auprès du CISSS de la Gaspésie. 2. Suivi de la méthodologie proposée. 3. Enregistrement et transcription des entrevues. 4. Validation des transcriptions des entrevues par les participants. 5. Triangulation des sources et des méthodes de collecte de données. 6. Validation des données auprès des différentes parties prenantes tout au long de la recherche. 7. Vigilance quant aux biais et à l'effet produit par la présence de la chercheuse sur le terrain.
Crédibilité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observation soutenue de l'établissement sur une longue période donnée. 2. Triangulation des sources et des méthodes de collecte de données. 3. Recherche d'explications divergentes qui renvoie à d'autres possibilités pour s'assurer que les conclusions qui seront tirées des données sont plausibles. 4. Vérification par les pairs, par des personnes expérimentées notamment le directeur de cette recherche et les membres du jury de thèse. 5. Sollicitation des répondants sur la crédibilité des informations et les résultats obtenus.
Plausibilité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clarification des schémas de codes et du processus d'analyse des données. 2. Rôle de la chercheuse expliqué aux participants. 3. Tenue d'un journal de bord (descriptions riches). 4. Traçabilité du processus de recherche. 5. Triangulation des sources et des méthodes de collecte de données. 6. Utilisation d'un logiciel de traitement de données.
Transférabilité	<ol style="list-style-type: none"> 1. Description détaillée du contexte du CISSS de la Gaspésie permettant de porter un jugement quant à l'application des futurs résultats de la recherche à d'autres milieux. 2. Utilisation de plusieurs méthodes pour analyser les données de façon à bien documenter la contribution des différents styles de leadership lors du déploiement du SIGP favorisant l'intégration sur la base d'une trajectoire. 3. Suggestion de milieux où les résultats pourront être testés dans le cadre de nouvelles avenues de recherche.

La proximité de la chercheuse adoptant une posture constructiviste nécessite un cadre solide et des précautions particulières pour éviter toute contamination des données.

3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans le cadre de la résidence en entreprise et dans un souci d'utiliser potentiellement les données issues de cette immersion, une demande de certification éthique impliquant des sujets humains était adressée, en juin 2017, au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le projet a reçu l'aval le 5 juillet 2017 et porte le numéro CER-17-236-07-02. À ce moment, un document avait été présenté et contenait les éléments requis par le Comité d'éthique de la recherche abordant notamment un résumé du projet, les aspects méthodologiques considérés, les outils de recherche, l'échantillon et les risques associés. De plus, un guide d'entretien individuel et les formulaires de consentement usuels ont été développés. Le certificat d'éthique a été acheminé à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique pour se conformer aux politiques internes du CISSS de la Gaspésie.

Dans le cadre de la présente recherche, une nouvelle demande au Comité d'éthique a été acheminée en raison de l'évolution des travaux de recherche notamment en ce qui concerne la méthodologie. En ce sens, le Comité d'éthique a délivré un nouveau certificat portant le numéro CER-18-244-07.01 valide du 27 mars 2018 au 27 mars 2019.

3.4.1 Le processus de consentement

Dans le cadre de cette recherche, le principe éthique incontournable est sans l'ombre d'un doute la capacité d'un éventuel participant de donner son accord après avoir reçu l'ensemble des informations pertinentes à sa collaboration à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016).

Considérant la présence et l'engagement de l'étudiante depuis 2017 au CISSS de la Gaspésie, l'ensemble des personnes concernées par la trajectoire jeunesse a bénéficié d'une présentation du projet de recherche venant établir de bonnes bases de collaboration entre l'étudiante et les équipes quant aux attentes pour soutenir un consentement libre et éclairé au projet. En ce sens, l'étudiante a utilisé les formulaires de consentement présentés au Comité d'éthique de la recherche de juin 2017 et elle avait apporté quelques modifications afin d'être en cohérence avec la nouvelle méthodologie empruntée en mars 2018. Le formulaire de consentement est une entente écrite et signée entre le chercheur et le participant. Le formulaire décrit ainsi les modalités d'une participation volontaire à la recherche (Fortin et Gagnon, 2016). Trois formulaires de consentement ont été élaborés dans le cadre de la présente recherche notamment pour les entretiens individuels, les groupes de discussion et lors de l'observation non participante des rencontres ciblées en lien avec la coordination des soins et des services et de l'animation des salles de pilotage et du rapport d'état, et ce, au niveau stratégique, tactique et opérationnel. Le contenu des formulaires est composé par les éléments suivants : présentation des objectifs et de la question de recherche, les aspects méthodologiques utilisés pour la collecte de données, l'identification du chercheur et du directeur, la nature de la participation et de sa durée ainsi que les avantages, les inconvénients et les risques associés à participer à un tel projet de recherche.

En conformité avec le principe de consentement libre et éclairé, les répondants ont été recrutés sur une base volontaire et pouvaient se retirer en tout temps de l'étude, et ce, sans préjudice (Robson, 2011).

3.4.2 Protection des données personnelles

L'étudiante s'est engagée également à protéger les données personnelles des répondants tout au long de la recherche. Les répondants ont démontré une générosité

sans borne en acceptant de participer à la recherche et c'est dans le plus grand respect qu'une garantie est apportée en ce sens.

Les informations recueillies lors de la collecte de données notamment par un support audio ou par la prise de notes lors des entretiens individuels et des groupes de discussion et leur retranscription sont gardées confidentielles. Les enregistrements ont été effacés immédiatement après leur transcription. L'étudiante et son directeur sont les seules personnes autorisées à y avoir accès. L'ensemble des artefacts de cette recherche seront détruits un an après la fin du doctorat par l'étudiante.

De plus, lors de la production du rapport de recherche, aucun nom des participants n'apparaîtra pour garantir la confidentialité des sources de données (Robson, 2011). Les participants ne pourront être reconnus ou identifiés de sorte qu'aucun propos recueilli ne puisse être associé à une personne en particulier. En ce sens, l'étudiante s'engage au fait que les publications issues de cette recherche porteront principalement sur les résultats obtenus.

3.4.3 Avantages, inconvénients et risques

Les avantages de participer à cette recherche reposent avant tout sur l'enrichissement des connaissances pour les participants sur l'intégration horizontale soutenue par les différents outils du SIGP. De plus, l'organisation pourra apprendre de cette expérience d'intégration et faire des apprentissages pour entreprendre un nouveau changement. Les participants pourront éventuellement assurer un principe de transférabilité dans leur organisation et à d'autres directions internes notamment. Le temps relié à la participation est l'inconvénient principal. Le risque associé de participer à cette recherche est en fait très minime et est comparable à celui de la vie quotidienne. Éventuellement, si un participant s'avérait fragilisé, l'étudiante s'assurera qu'il puisse recevoir l'aide dont il a besoin lors d'un échange ouvert et en toute

confiance avec le répondant. Des mesures seront prises pour s'assurer d'un haut niveau d'éthique tout au long du processus.

3.5. SYNTHÈSE DU CADRE OPÉRATOIRE

La question de recherche énoncée par la chercheuse s'inscrit dans une recherche de nature qualitative endossant un paradigme constructiviste. Ce type de recherche convient de considérer le contexte et l'expérience des sujets à l'étude. Ainsi, l'étude de cas unique est une stratégie de recherche qui a été considérée puisqu'elle a permis de comprendre la situation du CISSS de la Gaspésie dans un contexte de déploiement d'un système de gestion pouvant contribuer aux processus d'intégration horizontale. Les différents moyens de collecte et d'analyse des données ont permis une description riche de la réalité de cette organisation et une meilleure compréhension du soutien du système intégré de gestion de la performance dans les processus d'intégration.

QUATRIÈME CHAPITRE

ARTICLES DE LA THÈSE

Le quatrième chapitre propose trois articles visant essentiellement à répondre à la question de recherche et aux objectifs de la thèse. La figure 4.1 présente un schéma intégrateur des résultats de la recherche permettant au lecteur de mieux situer l'importance des différents styles de leadership à la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance qui soutient, par ses outils, les différents processus d'intégration au bénéfice de Jimmy. C'est dans cette perspective logique que les articles sont présentés.

Le premier article s'intéresse particulièrement à l'évolution du rôle du leader dans le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance soutenant les processus d'intégration des services. Le leadership est aujourd'hui reconnu comme étant une capacité essentielle pour soutenir le changement organisationnel (Pamfilie Petcu, Draghiciu, 2012). L'implantation d'un tel système de gestion, notamment par ses principes et ses outils, génère de nouveaux comportements tant chez les employés que chez les gestionnaires et devient l'assise rendant possible le travail d'équipe multidisciplinaire et la performance collaborative (Fillingham, 2007). En ce sens, il contribue à soutenir la décentralisation des pouvoirs aux équipes, la coordination des activités cliniques et l'interdisciplinarité entre les parties prenantes pour créer de la valeur pour le client (Rondeau, 2008). L'article contribue à saisir comment les différents styles de leadership permettent l'adoption de nouvelles pratiques de gestion soutenues par le système intégré de gestion de la performance permettant l'intégration des services selon un modèle de liaison, de coordination et de pleine intégration (Leutz, 1999).

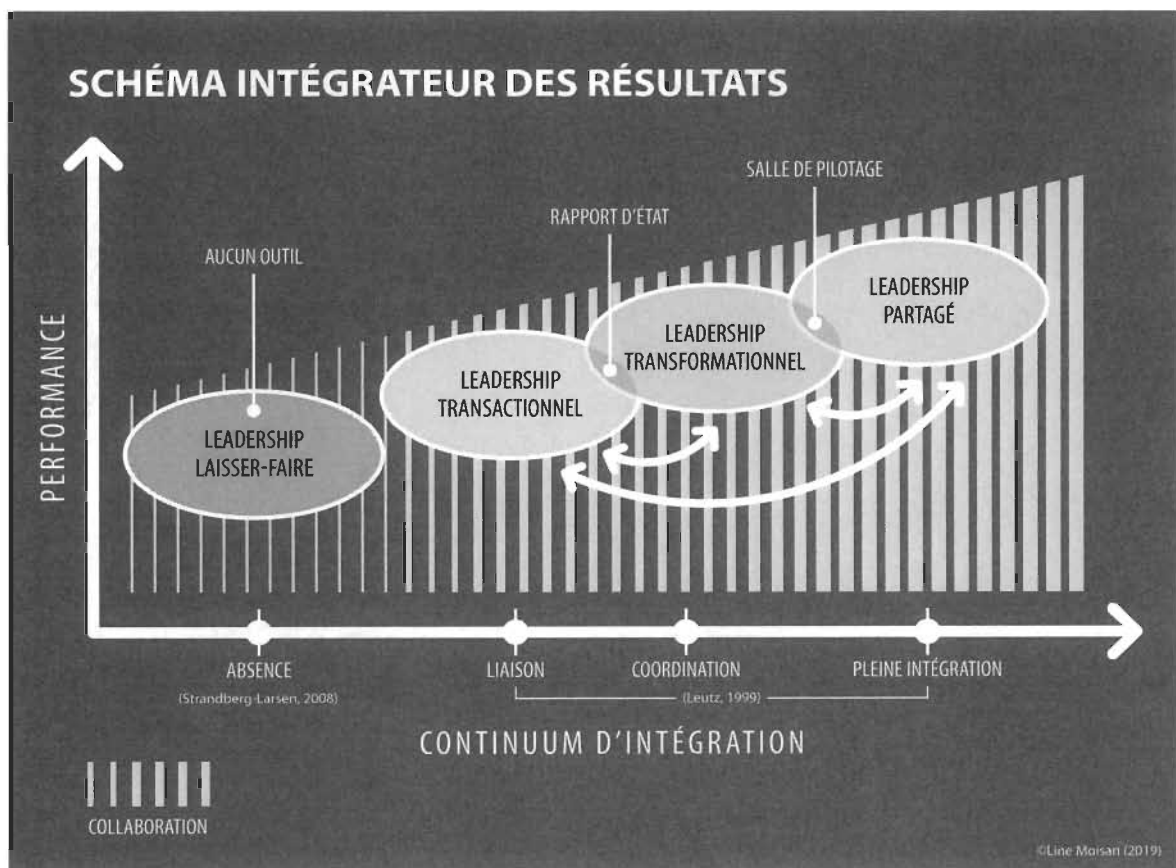
Par cette quête de performance collaborative, les compétences et habilités associées au leadership du dirigeant ne sont plus une panacée exclusive et sont de plus en plus partagées avec l'ensemble des employés. C'est ainsi qu'un nouveau rôle de

gestionnaire devra passer d'un leadership axé sur la personne à un leadership partagé sur des personnes (Denis *et al.*, 2012). L'article s'appuiera sur les travaux de Burns (1978) et de Bass (1985) permettant aux différentes théories sur le leadership d'évoluer (Avolio et Bass, 1991) pour tendre vers une conceptualisation comportant trois styles de leadership basés sur l'individu soit le leadership transformationnel, transactionnel et celui de laisser-faire. De plus, l'article considère que le système intégré de gestion de la performance ouvre la voie au leadership partagé puisqu'il soutient un travail collaboratif efficace entre les différents professionnels travaillant dans un but commun (Koccolowski, 2010). La revue de la littérature démontre que certaines études ont tenté d'identifier les facteurs contributifs lors du déploiement d'un système intégré de gestion de la performance dont les prémisses reposent sur le *Lean*. Peu d'études abordent la contribution des différents styles de leadership au déploiement d'un système intégré de gestion de la performance soutenant des processus d'intégration des services sociaux. Le but de notre article est de combler cette lacune dans la littérature.

C'est sur cette base de collaboration nécessaire à l'intégration horizontale des services que le deuxième article aborde de façon plus spécifique cette dimension centrale de la transformation du réseau. Il met en lien les processus d'intégration et le système intégré de gestion de la performance dans la nouvelle architecture du réseau de la santé et des services sociaux. Le système intégré de gestion de la performance, par une approche de gestion multidimensionnelle, favorise l'émergence des trajectoires axées sur le client. Ces dernières impliquent un travail interdisciplinaire basé sur des données probantes (Aghren, 2003). Cet article relatara l'expérience de la trajectoire de Jimmy et de son évolution à travers les différents outils du système intégré de gestion de la performance qui ont soutenu le travail d'équipe, la circulation de l'information et la résolution de problèmes quant aux difficultés d'intégration rencontrées. Les différentes dimensions de l'intégration seront analysées selon le continuum de Leutz (1999) : de liaison, de coordination et de pleine intégration auquel s'ajoute une absence d'intégration (Strandberg-Larsen, 2008).

Le troisième article tentera de démontrer les gains de performance réalisés par l'utilisation de différents outils du système intégré de gestion de la performance dans l'intégration des soins et services. L'article considère la performance comme un concept multidimensionnel, à l'instar des travaux de Kaplan et Norton (1995), et s'attardera à trois dimensions principales issues du projet Jimmy : l'accessibilité, la continuité des soins et des services et la qualité notamment par le bien-être au travail des ressources.

Figure 4.1
Schéma intégrateur des trois articles de la thèse



4.1 PREMIER ARTICLE : L'INFLUENCE DES DIFFÉRENTS STYLES DE LEADERSHIP DANS LE DÉPLOIEMENT D'UN SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DE LA PERFORMANCE ET L'INTÉGRATION DES SERVICES SOCIAUX

4.1.1 Avant-propos

Moisan, L., Lagacé, D. (2019). L'influence des différents styles de leadership dans le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance et l'intégration des services sociaux.

Article rédigé

Contribution spécifique : Line Moisan (100 %) et Denis Lagacé (réviseur)

Revue identifiée: Leadership in Health Services

4.1.2 Introduction

Depuis les dernières décennies, les systèmes de santé des pays industrialisés vivent au rythme de diverses réformes (Tchouaket, Lamarche, Goulet, Contandriopoulos, 2012) intensifiant la pression liée à la performance des établissements de santé (Aghren, 2014). Pour mitiger ces difficultés, la plupart de ces pays (Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh, Murukutla, 2007) sont engagés dans des processus d'intégration. La littérature démontre que l'intégration est souvent reconnue comme une solution potentielle pour réduire la fragmentation des soins et des services (Kodner et Speuwerberg, 2002 ; Organisation mondiale de la santé, 2008) et constituerait ainsi une mesure efficace pour accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services (Kringos, Boerma, Van der Zee, Groenewegen, 2013). L'intégration semble devenue, au cours des réformes successives, une réponse importante dans la gestion contemporaine des organisations de la santé et des services sociaux devenues des organisations multi vocationnelles (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002). L'intégration est ainsi perçue par les décideurs politiques comme étant une réponse aux problèmes d'accès, aux services fragmentés et

aux coûts qui ne cessent d'augmenter (Kodner, 2009). L'intégration des soins et des services sur la base des trajectoires semble offrir un énorme potentiel pour améliorer la performance par la collaboration entre les différents partenaires dans le sens où le partage d'information permet l'alignement des services auprès de l'utilisateur (Toussaint, 2015 ; Cao et Zhang, 2010).

Le réseau de la santé et des services sociaux québécois ne fait pas exception à ce courant d'idées. Étant confronté depuis plusieurs années aux défis d'offrir des soins et des services accessibles, continus et de qualité (Québec, 2014 ; Tchouaket *et al.*, 2012) il s'est modifié, s'est transformé au gré des initiatives ministérielles et réformes. Le Québec met en force le 1^{er} avril 2015 la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des Services sociaux par l'abolition des Agences régionales. L'intégration devient le point central de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Ainsi, l'architecture du système de santé québécois est revue pour soutenir l'intégration des services. La nouvelle réforme impose donc une intégration structurelle réduisant le nombre d'établissements les faisant passer de 182 à 34 établissements créant les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)¹⁹.

La création des CISSS et des CIUSSS donne lieu à des mégastructures réparties sur plusieurs sites et a mené à l'abolition de 1300 postes cadres²⁰. Ces changements d'envergure soutiennent une réflexion quant au renouvellement du rôle des cadres dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces nouveaux environnements de travail sont de plus en plus complexes et le fait de considérer le leader comme étant la propriété d'une seule et même personne est limitative et peu adaptée (Luc et Le Saget, 2013 ; Yukl, 2006). De là, l'importance pour les gestionnaires de revoir leur mode de gestion et d'organisation du travail (Merkens et Spencer, 1998 ; Roy et Audet, 2003) puisqu'il

¹⁹ Certains établissements n'ont pas été fusionnés et conservent leurs missions respectives notamment les CHUS et Instituts de cardiologie de Québec et de Montréal.

²⁰ Planification stratégique MSSS (Objectif 19) : Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau par la réduction de 1 300 postes cadres ETC d'ici 2017-2018.

est de plus en plus difficile, pour un seul et même individu, de posséder tous les attributs pour diriger avec compétences les organisations actuelles. Dans cette perspective d'un mode de gestion à renouveler, le leadership partagé est un concept qui devient de plus en plus indispensable pour assurer la performance recherchée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Un leadership contributif au déploiement du système intégré de gestion de la performance et notamment par les salles de pilotage stratégiques²¹.

Cet article présente une étude de cas illustrant comment les différents styles de leadership viennent appuyer le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance dans un contexte d'intégration des services.

4.1.3 Contexte théorique

4.1.3.1 Les différents styles de leadership

Le leadership est un phénomène qui a été amplement étudié et qui a généré une multitude de définitions suivant une évolution à travers les différents contextes depuis la révolution industrielle. La littérature concernant le leadership prend assise principalement sur les écrits de Burns (1978). Il est le premier à présenter les concepts associés au leadership transformationnel et au leadership transactionnel. Bass (1999) s'inspire de ces travaux et s'attarde principalement au leadership transformationnel qui permet notamment le développement d'employés plus engagés, dévoués pouvant atteindre un haut niveau de performance (Bass, 1990). Les travaux de Burns (1978) et de Bass (1985) ont permis aux différentes théories sur le leadership d'évoluer (Avolio et Bass, 1991) et tendre vers une typologie comportant trois styles de leadership soit le leadership de laisser-faire, transactionnel et transformationnel. Cette typologie soutient des caractéristiques distinctes pour chacun des styles de leadership (Pearce, Sims, Cox,

²¹ Planification stratégique MSSS (Objectif 20) : Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance. 100% des établissements d'ici 2018 auront déployé leur salle de pilotage stratégique.

Ball, Schnell, Smith, Trevino, 2003) et correspondent au modèle étudié par cette étude de cas.

Le leadership laisser-faire nuit à la mobilisation parce qu'il est passif et n'offre aucune rétroaction aux employés les laissant dans le néant. Il est absent lorsque les problèmes surviennent. Ce type de leader entretient peu de relations avec ses employés. Il cherche à se désengager de la gestion (Spain, Harms, Lebreton, 2013).

Le leadership transactionnel met l'accent sur les échanges entre les ressources qu'il gère. Il est celui qui exprime clairement les objectifs organisationnels ou de l'équipe, celui qui donne une rétroaction en distribuant des récompenses contingentes. Il gère également par exception en étant soit actif (travail en amont) ou en étant passif (intervenir lorsque le problème survient) (Hartog, Muijen, Koopman, 1997).

Le leader transformationnel est dépeint comme un gestionnaire charismatique, motivateur, stimulant qui est en capacité de porter une haute considération à chaque employé (Hogan et Kaiser, 2005). Il est capable d'énoncer une vision inspirante pour les employés et en y associant des comportements observables renforçant ainsi la capacité de changement de l'organisation (Klarner, Probst, Soparnot, 2008). Ce type de leadership est axé sur un processus d'interaction entre le dirigeant et l'employé évoluant dans un contexte où ils partagent un but commun. Le leader transformationnel est recherché puisqu'il représente en quelque sorte une garantie de l'évolution des démarches de performance organisationnelle. Le leadership transformationnel a influencé la conception du leadership authentique de la psychologie positive (Gardner, Cogliser, Davis, Dickens, 2011).

Un gestionnaire porte en lui ces différents types de leadership à des degrés divers. Considérant la dominance d'un type de leadership sur l'autre, eu égard à la personnalité de l'individu, le gestionnaire sera plus ou moins performant à mobiliser ses équipes, à créer des alliances et à influencer certaines décisions (Judge et Piccolo, 2004).

4.1.3.2 *Le leadership partagé*

Le leadership partagé représente un style de leadership s'adaptant à l'environnement contingent du réseau de la santé et des services sociaux. Le leadership partagé est défini comme une distribution de l'influence du leadership sur plusieurs membres de l'équipe (Carson, Tesluk, Marrone, 2007). Le leadership partagé soutient un travail collaboratif efficace entre les différents professionnels travaillant dans un but commun (Koccolowski, 2010).

Bien qu'il existe peu d'études scientifiques visant à identifier les conditions nécessaires pour faire émerger le leadership partagé, la littérature révèle qu'il y a néanmoins quatre catégories de caractéristiques : individuelle, de groupe, liées à la tâche et à l'organisation (Bergman, Rentsch, Small, Davenport, Bergman, 2012 ; Carson *et al.*, 2007).

Les caractéristiques individuelles réfèrent au concept de self-leadership démontrant qu'un individu doit être capable de s'influencer lui-même avant de pouvoir influencer les autres (Houghton, Neck, Manz, 2003).

Les caractéristiques de groupes réfèrent notamment à la proximité, à la familiarité et à la maturité de l'équipe et à la capacité. Le leadership partagé contribue au développement et au maintien du fonctionnement de l'équipe (Perry, Pearce, Sims, 1999). La proximité réfère à la distance tant physique que géographique entre le gestionnaire et ses équipes qu'entre les membres d'un groupe (Pearce et Sims, 2000). Considérant l'arrivée des nouvelles technologies soutenant des relations d'équipe virtuelles, l'exercice du leadership partagé serait exacerbé dans la mesure où la distance physique commande une distribution plus importante du leadership (Shuffler, Wiese, Salas, Burke 2010). La maturité de l'équipe aurait une influence sur le partage du leadership (Kozlowski, Gully, Nason, Smith, 1999) dans le sens où plus une équipe démontre une maturité élevée plus elle est en capacité de générer un leadership partagé

(Pearce et Sims Jr., 2000). Pour terminer, la capacité réfère au partage du leadership selon les compétences des membres de l'équipe. Plus les membres d'une équipe démontrent des compétences à la réalisation d'une tâche, plus ils seront en mesure d'actualiser des fonctions de leadership (Pearce et Conger, 2003). Certains chercheurs ont démontré que le leadership partagé tend à se développer dans les équipes où les tâches sont hautement interdépendantes (Pearce et Manz, 2005) visant à diminuer les silos. Dans cette perspective, les employés auront un intérêt certain à collaborer et à reconnaître les compétences des uns et des autres en vue d'offrir des services de qualité aux usagers.

Quant aux caractéristiques associées à la tâche, elles se déclinent en quatre grands déterminants : la complexité, l'urgence, le sentiment d'importance et l'habilitation. La tâche est considérée comme un déterminant du leadership partagé en ce sens qu'elle a un sens et une valeur significative aussi bien pour l'organisation que pour l'équipe et les individus qui la composent (Pearce et Sims, 2000). La complexité de la tâche notamment dans la résolution de problème a certes un lien étroit avec la capacité d'innovation et de créativité. La littérature révèle qu'il existe une corrélation entre l'innovation et la créativité et l'importance d'un leadership partagé dans le but de répondre aux besoins de la clientèle par un meilleur service (Pearce et Manz, 2005). Néanmoins, lorsque la tâche apparaît moins complexe, le leadership partagé peut apparaître non probant. En effet, la littérature démontre que plus la tâche à effectuer est complexe et nécessitant un haut niveau de connaissances, plus le leadership sera partagé au sein de l'équipe (Pearce et Manz, 2005). Plus les tâches sont simples à exécuter moins le leadership partagé aura tendance à se développer (Kerr et Jermier, 1978). L'urgence est également considérée comme une caractéristique importante dans le développement du leadership partagé. Elle réfère principalement au respect des délais pour accomplir le travail dans les échéanciers prescrits. Le sentiment d'importance s'inscrit notamment dans les tâches à réaliser. Plus les employés considèrent que la tâche est importante à réaliser, plus ils seront mobilisés à apporter leur contribution en exerçant ainsi un leadership accru (Doucet et Sweeney, 2010).

Enfin, l'habilitation démontre que le leadership partagé est tributaire à l'autonomie des équipes de travail dans la mesure où elles sont interpellées pour prendre des décisions à l'égard de certains défis (Pearce et Conger, 2003).

Pour terminer, les caractéristiques liées à l'organisation sont des éléments externes tels que la culture organisationnelle et la reconnaissance. En ce sens, la culture organisationnelle est un élément majeur à considérer dans le développement du leadership partagé (Doucet et Sweeney, 2010). La reconnaissance valorise la performance des individus et des équipes et par conséquent, influence positivement le leadership partagé.

4.1.3.3 Le système intégré de gestion de la performance

Depuis quelques années, il y a une réelle préoccupation pour augmenter la performance des systèmes de santé (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle, Breton, 2014 ; Organisation Mondiale de la Santé, 2012 ; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1999) en tentant d'éliminer, par exemple, les délais d'attente ou la fragmentation des soins et des services apportant des préoccupations quant à la qualité et la sécurité des soins et des services offerts. En réponse à ces lacunes, le Québec misait, déjà en 2011, sur l'expérimentation de l'approche *Lean* management notamment par la réalisation de grands projets d'amélioration pour apporter des correctifs aux dysfonctionnements observés (Bourdages, Goudreault, Collette, Lagacé, Turcotte, 2017).

Les initiatives québécoises quant à l'application du *Lean* démontrent de bons résultats quant à l'amélioration de la performance du réseau notamment des gains sur la réduction des délais, sur une meilleure collaboration des intervenants dans le parcours de l'utilisateur (Bourdages *et al.*, 2017 ; Jobin, Lagacé, Fournier, Benomar, 2015). Fort de cette évaluation positive de l'implantation du *Lean*, le MSSS enchâsse en avril 2015, dans sa planification stratégique (2015) et dans l'entente de gestion et

d'imputabilité à l'intention des présidents-directeurs généraux des treize CISSS, des neuf CIUSSS et des douze CHUS ou Instituts de cardiologie, une obligation de doter chacun des nouveaux établissements de salles de pilotage stratégiques qui sont les premiers jalons du déploiement du système intégré de gestion de la performance. Ce dernier est défini comme une philosophie de gestion basée sur l'amélioration continue visant à maximiser les processus centrés sur la valeur client. Il est composé par un ensemble cohérent de principes, pratiques, outils standardisés et coordonnés contribuant par un leadership fort à atteindre les objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes.

Dans la présente étude de cas, les principaux outils du système intégré de gestion de la performance utilisés par les différents leaders de l'organisation sont les salles de pilotage et le rapport d'état, qui seront décrits dans la prochaine partie.

Les salles de pilotage. Pour relever le défi d'améliorer la performance, les salles de pilotage déployées actuellement dans tout le réseau socio-sanitaire québécois sont considérées comme les pièces maîtresses du système intégré de gestion de la performance. Les salles de pilotage ou *Obeya* sont reconnues comme étant un outil faisant partie intégrante du système de production Toyota (Aasland et Blackenburg, 2012). *Obeya* est un mot japonais signifiant "grande pièce" (Terengi, Cassina, Kristensen, Terzi, 2014 ; Javadi, Shahbazi, Jackson, 2011). Les salles de pilotage soutiennent une logique d'amélioration continue par la complétion des cycles *PDSA* (*Plan-Do-Study-Act*) de Deming à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation notamment stratégique, tactique et opérationnel. Ces quatre dimensions du cycle de Deming sont affichées sur les quatre murs d'une salle de réunion et ont pour but l'amélioration de la gestion de l'information, la réduction des temps de discussions et de la bureaucratie, l'augmentation de la cohésion d'équipe et de rendre les problèmes visibles (Shahbazi et Javadi, 2012) permettant ainsi de lever les obstacles et d'apporter des solutions collectives au profit de l'utilisateur. C'est un outil qui tend à briser les barrières organisationnelles ou les silos afin d'obtenir une bonne collaboration durant

les rencontres de la gestion de la performance (Terenghi *et al.*, 2014). Le fait de rassembler les équipes au sein d'une salle de pilotage devient une occasion de partager les connaissances, de construire une cohésion d'équipe et de s'améliorer de façon continue (Barnas, 2014).

Actuellement, au Québec, ce sont 34 salles de pilotage stratégique qui sont animées²². Les cibles actuelles font état qu'en 2020, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec pourrait éventuellement compter sur le déploiement de 500 salles de pilotage tactiques et plus de 10 000 salles de pilotage opérationnelles. Ces dernières seront animées par les 7000 cadres intermédiaires du réseau de la Santé et des Services sociaux et devraient voir le jour d'ici les prochaines années.

L'épine dorsale dans le déploiement d'un système de gestion axée sur la performance est sans contredit le leadership transformationnel, qui, par sa vision encourage l'ensemble des gestionnaires et des employés vers un but collectif se traduisant par une amélioration de la performance des services offerts (Deming, 1986; Mosadeghrad, 2013).

Le rapport d'état. La littérature abordant le rapport d'état n'est pas très abondante puisqu'il s'agit d'un outil maison développé par Thedacare au Wisconsin. Il constitue le fondement même de leur système de gestion de la performance (Barnas, 2014). Le rapport d'état favorise un dialogue permettant d'apprendre et de mieux comprendre l'état de situation des opérations qui se déroulent dans l'organisation. Il guide un dialogue, à partir d'une dizaine de questions standardisées et d'une durée maximale de 20 minutes, selon un horaire standardisé, entre un employé et son supérieur immédiat. Les questions précises contenues au rapport d'état ont pour but de soutenir une gestion proactive passant ainsi des conversations superficielles à des informations essentielles pour prévenir et éviter d'éventuels problèmes. Le rapport

²² Données provenant de la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'université du Québec à Trois-Rivières.

d'état se différencie de la salle de pilotage puisqu'il est un outil qui favorise l'échange individuel alors que la salle de pilotage mise sur la force du travail d'équipe à l'atteinte des cibles.

Le leadership transactionnel est un excellent vecteur pour animer le rapport d'état puisqu'il est axé sur la tâche et les résultats tangibles. L'animation débute par une série d'indicateurs liés à l'accessibilité, la continuité et la qualité afin de constater rapidement les écarts à la norme. Le leader transactionnel se concentrera alors à faire émerger des pistes de solution provenant d'un employé dans le but que des corrections soient apportées. Néanmoins, il peut soutenir l'émergence d'un leadership partagé par la collaboration attendue dans la deuxième partie du rapport d'état qui est axée sur des dimensions qualitatives notamment sur les perceptions quant au climat de l'équipe, sur la gestion des risques, sur les commentaires reçus par les usagers.

4.1.4 Cadre opératoire

Une étude de cas unique a été réalisée au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie et plus spécifiquement à l'intérieur de deux directions soit celle du programme jeunesse et celle de la direction de la protection de la jeunesse²³. L'exercice d'intégration des services a débuté en juin 2016 par la réalisation d'une cartographie de la trajectoire actuelle d'un enfant de 10 ans. La réalité de son parcours entre le programme jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse frappe l'imaginaire. Le constat est lourd et démontre une multiplicité d'intervenants dans la

²³ La Direction des programmes jeunesse offre des services de première ligne (santé et services sociaux) aux enfants et aux jeunes âgés entre 0-18 ans et gère les programmes de réadaptation interne et externe ainsi que l'application des mesures (article 33) déléguée par la Direction de la Protection de la jeunesse. La Direction de la Protection de la jeunesse a comme mandat de protéger les enfants et les adolescents dont la sécurité ou le développement est compromis. Elle intervient à partir de signalements reçus de personnes qui ont des motifs raisonnables de croire que le développement ou la sécurité d'un jeune âgé de 0 à 17 ans est compromis.

vie de l'enfant et de celle de sa famille, d'une multiplicité d'évaluation, de signalement, d'allers-retours de l'enfant entre sa famille d'origine et sa famille d'accueil notamment.

Cette étude de cas explore comment les différents styles de leadership et le système intégré de gestion de la performance contribuent à l'intégration des soins et des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles. La collecte de données s'est échelonnée, sur le lieu de travail des participants, entre le mois d'août 2018 et octobre 2018 auprès de quatre intervenants psychosociaux, six gestionnaires de la haute direction et auprès de cinq cadres intermédiaires qui se sont portés volontaires pour participer à la recherche. Chaque entretien d'une durée de 60 minutes a été réalisée à partir d'un guide d'entretien semi-structuré comportant des questions ouvertes basées en partie sur une revue systématique de la littérature abordant le processus de mise en place du système intégré de gestion de la performance et de l'intégration des soins de santé et des services sociaux. Tous les interviews ont été enregistrés sur bande audio, transcrits et codés à l'aide du logiciel NVivo.

De plus, trois groupes de discussion ont été réalisés. Chaque groupe de discussion tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel avait une durée de 90 minutes et a permis d'enrichir les données captées lors des entretiens individuels. Un guide d'entretien contenant des questions ouvertes a également été élaboré pour soutenir l'animation.

Dans le but de minimiser les risques de biais, la recherche a été réalisée en conformité avec le principe de triangulation des données notamment par des entretiens semi-dirigés, des groupes de discussion et plus de 350 heures d'observation non-participante. Une consultation de la documentation organisationnelle a été effectuée.

Le projet de recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous les participants ont donné leur accord après avoir reçu l'ensemble des informations pertinentes à leur collaboration (Fortin et

Gagnon, 2016). Ils ont signé un formulaire d'information et de consentement autorisant ainsi l'enregistrement de l'entretien individuel et du groupe de discussion.

La prochaine partie traitera notamment des relations entre le leadership partagé et le système intégré de gestion de la performance contribuant à l'intégration des soins et des services. L'étude de cas a privilégié une observation des caractéristiques liées au groupe, à la tâche et au contexte organisationnel.

4.1.5 Problématique

Le contexte d'un changement majeur apporté par la loi 10 et les mesures de réduction des postes d'encadrement ont été des éléments préoccupants pour la Présidente-directrice générale dans la mise en place d'un projet d'intégration des services. Ces problématiques sont apparues comme étant des facteurs contributifs à une gestion renouvelée dans une perspective d'accompagner les équipes par un gestionnaire de proximité. Les équipes, tant au niveau stratégique, tactique et opérationnelle auront un rôle accru pour faire émerger la collaboration interprofessionnelle en participant activement à l'identification des écueils sur la trajectoire, à trouver des solutions et à les mettre en oeuvre.

4.1.6 Résultats

4.1.6.1 Une vision inspirante d'un projet d'intégration portée par un leadership transformationnel

En 2016, aux premiers balbutiements du projet d'intégration, la Présidente-directrice générale énonce une vision traduisant ses attentes au regard des services offerts à la clientèle jeunesse. Une vision basée sur les grandes orientations stratégiques et la collaboration inscrite comme l'une des valeurs organisationnelles

retenue. La vision²⁴ du projet d'intégration soutenue par le leadership transformationnel de la Présidente-directrice générale est la suivante :

- Un jeune, avec sa souffrance, ne sera plus jamais seul ;
- Un jeune sera toujours accompagné dans son parcours ;
- Faire l'impossible pour éviter la compromission²⁵.

Cette vision a joué un rôle crucial dans un but commun, avec l'ensemble des gestionnaires, pour convenir des conditions d'intégration afin d'éviter la fragmentation entre les différentes directions dédiées aux enfants, aux jeunes et aux familles. Cette vision à long terme et génératrice de valeurs humaines a favorisé l'engagement des membres de l'organisation en faveur d'un projet nommé Jimmy.

- Je ne pense pas que le projet se serait réalisé sans la vision claire de la Présidente-directrice générale. (Cadre supérieur)
- Jimmy a d'abord été une vision forte de la haute sphère [...] Jimmy n'est jamais seul avec sa souffrance [...] ces grands principes ont été affirmés haut et fort. (Cadre supérieur)
- C'est certain que d'avoir une vision de la haute direction [...]. (Intervenant)

Le leadership transformationnel assumé par la Présidente-directrice générale a ainsi suscité un engagement indispensable des gestionnaires, tant supérieurs qu'intermédiaires, à la mise en place du projet d'intégration. Portant une haute considération pour l'expertise de chacun des gestionnaires dans le domaine des enfants, des jeunes et des familles, la haute direction de l'établissement les invite, en juin 2016, à un *kaikaku*²⁶ dont l'objectif est de concrétiser un projet d'intégration des services dédiés à la jeunesse, trouvant son origine au niveau stratégique de l'organisation, afin d'en mitiger les silos organisationnels.

²⁴ Présentation power point, juin 2016. Document inédit.

²⁵ L'enfant doit recevoir l'ensemble des services afin que son développement et sa sécurité soient assurés.

²⁶ Le *Kaikaku* est un mot japonais signifiant changement radical (Valentinj *et al.*, 2013).

- Avoir fait le *kaikaku*, avoir fait un changement radical et avoir gardé le cap. (CODIR)

4.1.6.2 *Un leadership transformationnel et partagé dans le déploiement des salles de pilotage*

Consciente que le projet devait susciter une adhésion chez les gestionnaires et leurs équipes, la Présidente-directrice générale souhaitait que les décisions et les actions soient prises par les gestionnaires invités lors de la rencontre de juin 2016. Dès lors, pour alimenter la salle de pilotage stratégique, un A3²⁷ stratégique est élaboré lors du *kaikaku* et chaque gestionnaire présent y appose sa signature manifestant ainsi son engagement à le réaliser. L'observation réalisée lors des deux journées du *kaikaku* permet de constater que la Présidente-directrice générale a fait le choix d'ouvrir la rencontre et de quitter immédiatement par la suite. Le choix de ne pas être présente avait pour but de susciter un leadership partagé dans l'équipe nouvellement constituée laissant place aux discussions et à la proposition de pistes de solutions pour rendre plus fluide la trajectoire d'un enfant, d'un jeune et de sa famille en situation d'aide. Cette attitude a favorisé l'initiative et l'implication des gestionnaires.

Les échanges entre les gestionnaires sont respectueux. Toutefois, la trajectoire de l'enfant à partir d'une situation véritable a laissé place à un inconfort pour certains et pour d'autres, à un déni de la situation. Néanmoins, le climat de travail qui prévaut, à ce moment, est agréable.

- Les A3 ont permis une réflexion des personnes qui devaient contribuer au projet [...] lorsque les gestionnaires ont signé le contrat de collaboration au début du projet [...] c'est là que les gens se sont véritablement engagés. (CODIR)

²⁷ Un A3 consiste à communiquer les projets sur une seule feuille de format A3 (297 mm par 420 mm) où une démarche de résolution de problèmes est exprimée de façon structurée par l'utilisation de la démarche *PDSA*. Le A3 mère est réalisé par le niveau stratégique de l'organisation et les A3 filles par le niveau opérationnel (Landry et Beaulieu, 2016).

Les bases du leadership partagé ont pris naissance au CISSS à l'étude dès l'animation du *kaikaku*. Dès le départ du projet, le leader transformationnel agissait en conformité des orientations de l'organisation et de la nouvelle réforme soutenant au premier rang le projet d'intégration. En concordance avec les orientations et les valeurs²⁸ organisationnelles, la Présidente-directrice générale a considéré partager son leadership dans le contexte d'un projet d'intégration horizontale et d'un déploiement du système intégré de gestion de la performance.

La volonté de collaborer est présente lors de l'élaboration d'une trajectoire souhaitée par les gestionnaires participants au projet d'intégration et ils ont cru bon donner un nom d'enfant au projet, celui de Jimmy, pour le considérer véritablement comme un partenaire et non comme un simple objet d'intervention ou encore moins comme une statistique. « C'est un projet pour tous les petits Jimmy du territoire »²⁹ énonce fièrement la haute direction. Le leadership transformationnel de la haute direction permet de créer un environnement dans lequel l'ensemble des directeurs poursuivent des objectifs organisationnels communs et collectifs (Li, Nahm, Ke, Yan, 2015). C'est ainsi que le projet d'intégration nommé Jimmy est le premier inscrit à la salle de pilotage stratégique dont le déploiement est en cours. L'animation est alors assumée par la Présidente-directrice générale.

C'est à partir du A3 stratégique que quatre activités de type *kaizen*³⁰ ont ainsi vu le jour. Considéré comme un outil d'amélioration continue, le *kaizen* a comme but d'augmenter les performances d'un système de production. Les activités typiques mettent à jour les normes de travail et réduisent graduellement les gaspillages sur le

²⁸ Site web du CISSS Gaspésie. Les valeurs sont : Prévoyance, Bienveillance, Collaboration, Compétences

²⁹ Allocation prononcée par la Présidente-Directrice générale. Document inédit.

³⁰ Le mot *kaizen* est un terme japonais qui combine les caractères *KAI* « changement » et *ZEN* « bon » (Imai, 1997). Ce mot signifie donc « bon changement » et s'applique au monde du travail traduisant ainsi l'amélioration continue par un processus de résolution de problème.

plan des opérations (Yamamoto, 2010). Le A3 stratégique a permis de décliner quatre A3 filles dont le suivi est réalisé à l'intérieur de la salle de pilotage tactique.

Les résultats de l'étude démontrent que la combinaison du leadership transformationnel et du leadership partagé chez les gestionnaires intermédiaires est une clé importante dans les processus d'intégration horizontale soutenus notamment par les salles de pilotage. Dans les territoires où le gestionnaire démontre de profondes convictions dans l'amélioration continue, les salles de pilotage opérationnelles se sont rapidement mises en place.

- Ça prend le leadership de la direction et ça prend le leadership des gestionnaires [...] où ça a été le mieux [...] les salles de pilotage [...] c'est parce qu'on est des chefs qui ont embarqué et on croit à la qualité. C'est certain qu'en partant, il faut que le chef y croie. Ça fait un gros facteur réussite. La croyance est un facilitant. (Cadre intermédiaire)

4.1.6.3 Un leadership laisser-faire : un obstacle à Jimmy

Au cours de la première année, le projet rencontre de grandes difficultés, non pas tant dans l'engagement et les croyances des gestionnaires dans le bien-fondé du projet, mais plutôt dans le suivi des indicateurs énoncés notamment sur les délais d'accessibilité liés à la trajectoire. À ce moment, certains cadres affichent un style de leadership de laisser-faire et la mesure des indicateurs ne fait pas partie de la culture organisationnelle prévalant dans leur établissement d'origine avant la fusion de 2015. Les intervenants partagent le même malaise quant à la mesure de la performance.

- C'est dur en services sociaux [...] c'est dur de mesurer la performance parce que c'est des humains qui travaillent avec des humains [...]. (Cadre intermédiaire)
- Enlever le volet statistique, performance et tout cela. C'est tout à fait inutile. Ça fait juste mettre de la pression aux intervenants. (Intervenant)

Les plans d'action sont demeurés conceptuels et peu enclins à favoriser un passage rapide vers l'action. Une sorte de statut quo informel enlise le projet dans une non-performance organisationnelle et la trajectoire n'est aucunement suivie à la salle de pilotage tactique. Le constat fait en sorte que la nouvelle organisation n'a pas les moyens ni la méthodologie pour faire un suivi rigoureux des indicateurs pourtant liés à la trajectoire. À ce moment, il est observé que certains leaders, ayant un pouvoir formel dans l'équipe, influencent négativement le cours du projet.

- [...] on aurait dû réagir avant [...] on a laissé les gens seuls dans la première année du projet [...]. (CODIR)

Au cours de la première année du projet d'intégration et du déploiement des salles de pilotage, le projet piétine par un leadership laisser-faire de la part de certains cadres supérieurs et dans l'animation de la salle de pilotage tactique. En ce sens, le leadership représente un facteur critique (Mosadeghrad, 2013) dans la mise en place de ce nouveau modèle de gestion. Les résultats se font attendre.

- Si tu n'as pas de directeur qui supporte et ouvre le chemin à des choses, oublie ça. Il n'y a rien qui avance. (Cadre supérieur)

Un seul secteur du territoire sur quatre a éprouvé des difficultés dans le déploiement de sa salle de pilotage opérationnelle et il s'avère que le gestionnaire et l'équipe démontraient certaines réserves quant au déploiement d'un nouveau modèle de gestion « [...] elle disait que c'était du pelletage de nuages [...] pis qu'eux ne participeraient pas à ça » confie une intervenante. Depuis, le gestionnaire a quitté et a été remplacé en 2018. Avant de débiter l'animation de la salle de pilotage, la nouvelle gestionnaire a reçu une formation à l'intention des nouveaux cadres d'une durée de sept (7) heures. L'accompagnement, par la suite, est à la demande de la gestionnaire. Ainsi, cette dernière a repris l'animation de la salle de pilotage auprès de son équipe. L'animation n'a pas encore été démocratisée parmi les membres de l'équipe à ce jour.

4.1.6.4 *Le leadership transactionnel à la rescousse du projet*

En juin 2017, une journée bilan sur le projet est initiée par la Présidente-directrice générale et son adjointe. Elles ouvrent la rencontre en partageant leurs déceptions, en communiquant leurs réserves sur les réelles avancées du projet d'intégration des services aux différents gestionnaires impliqués depuis le début du projet en juin 2016. Le projet d'intégration ne porte pas les fruits escomptés. Les gestionnaires et les directeurs en place supportent mal la remise en question freinant ainsi les espaces collaboratifs avec la haute direction.

- La rencontre a été déterminante dans le projet. Ça a donné une lueur d'espoir [...] travailler plus en équipe. Il fallait regarder ce qui n'allait pas. (CODIR)

Consciente que la philosophie du système intégré de gestion de la performance consolide une approche dite *bottom up* lorsqu'il s'agit de résoudre les problèmes permettant au personnel d'identifier les problèmes et de trouver des solutions appropriées, la Présidente-directrice générale met en place le rapport d'état dans le but de mieux connaître et documenter la trajectoire. Le risque à gérer, par le déploiement de cet outil du système intégré de gestion de la performance, est de faire face aux gestionnaires réticents se sentant obligés d'appliquer une décision *top down* accroissant ainsi la perception d'être surveillés. Des sous-groupes se forment et alimentent des frictions empêchant les apprentissages. Pour lever les obstacles à la cohésion organisationnelle, une démarche est entreprise pour aller à la rencontre de chaque gestionnaire dans le but de les accompagner dans la compréhension de ce nouvel outil contribuant à l'amélioration continue dont la finalité est de susciter une nouvelle adhésion au projet. Le leadership est centralisé à la haute direction dont l'objectif est d'augmenter les chances de succès de ce projet d'envergure. Un leadership transactionnel qui adresse les difficultés liées au projet et permet le renouvellement de l'équipe de direction.

La littérature démontre que le leader transactionnel est en capacité d'améliorer l'efficacité d'une organisation en raison d'habiletés de micro gestion vérifiant ainsi la conformité aux objectifs spécifiés et en intervenant pour corriger les écarts (Tosi, 1982) et stimulant une meilleure performance organisationnelle (Lowe, Kroeck, Sivasubramaniam, 1996). Le style de leadership transactionnel adopté est approprié dans le contexte du projet qui présentait alors des difficultés de mesure de la performance.

C'est ainsi, qu'aux premières heures de l'implantation du rapport d'état, la Présidente-directrice générale adjointe, adopte un leadership transactionnel, en animant le rapport d'état permettant de suivre les différents indicateurs d'accessibilité et de continuité composant les interfaces de la trajectoire. L'efficacité des interfaces liées à la trajectoire ont été évaluées semaine après semaine lors du rapport d'état et la performance escomptée au rendez-vous. Le leader transactionnel a légitimé l'expression d'un leadership partagé au sein même du rapport d'état qui soutient davantage une logique de gestion verticale.

- Pour moi, le rapport d'état est une révélation dans tout le processus. (CODIR)

L'inévitable centralisation du leadership vers la haute direction a permis un véritable renouveau dans le déploiement du système intégré de gestion de la performance permettant d'atteindre les cibles liées à la trajectoire. Les difficultés rencontrées lors du projet Jimmy ont contribué au départ de certains leaders d'opinions n'approuvant pas les priorités organisationnelles émises par la haute direction. Malgré que le projet d'intégration soit imposé par la réforme et la haute direction du CISSS, cela ne veut pas dire qu'un changement imposé est toujours directif et n'est pas collaboratif ou participatif (Balogun et Hailey, 2004).

4.1.6.5 *Le leadership partagé*

L'étude de cas se situe au début d'un projet de collaboration d'envergure, lors du *kaikaku*, et ce moment a soutenu des échanges et de nombreuses interactions entre les cadres supérieurs et les gestionnaires. Le *kaikaku* présentait un contexte idéal pour le développement d'un leadership partagé dans la perspective d'une influence mutuelle quant à l'innovation demandée par la mise en place d'un projet d'intégration axé sur Jimmy. Bien que la littérature révèle des caractéristiques individuelles, de groupes, liées à la tâche et à l'organisation (Bergman, Rentsch, Small, Davenport, Bergman, 2012 ; Carson *et al.*, 2007), l'étude de cas n'abordera pas les caractéristiques individuelles puisqu'elle s'intéresse davantage au contexte des équipes de travail dans le déploiement du système intégré de gestion de la performance.

Le leadership partagé et ses caractéristiques de groupe : La proximité. L'étude de cas se situe au début de la mise en place du CISSS, les cadres supérieurs sont nouvellement nommés et sont répartis sur un territoire de 20000 km². En entretien, ils mentionnent que la distance géographique est un défi dans la collaboration. La salle de pilotage stratégique s'est implantée au printemps 2015 et l'animation avait lieu aux quatre semaines en présentielle. Un besoin de suivi plus régulier dans les différents projets et indicateurs commandait une animation de la salle de pilotage stratégique aux deux semaines. Le déplacement des cadres supérieurs étant impensable surtout en période hivernale a fait en sorte de déployer la salle de pilotage de façon virtuelle en 2017.

Depuis 2016-2017, la salle de pilotage tactique est présentement animée aux six semaines et ce, en présentielle puisque les gestionnaires sont répartis sur tout le territoire. C'est la nouvelle directrice de la protection de la jeunesse qui assume l'animation. La fréquence de l'animation n'est pas remise en question puisque le rapport d'état vient soutenir une communication hebdomadaire entre le directeur et les chefs et entre les chefs et les intervenants.

- [...] je trouve qu'il y a un beau partage de responsabilités ensemble dans des projets que lui peut se concentrer sur des projets qui bouillent un petit peu plus et il me fait confiance pour faire avancer des projets qui nous concernent les deux. (Cadre supérieur)

Le rapport d'état est quant à lui animé de façon hebdomadaire, par appel conférence, où tous les gestionnaires sont présents à tous les vendredis matin. Lors de l'implantation du rapport d'état c'est la PDGA qui anime et par la suite, le directeur des programmes jeunesse a pris la relève. L'animation de la salle de pilotage tactique et du rapport d'état n'est pas, à ce jour, démocratisée.

- L'aspect régional reste un défi. Ça fait longtemps que je veux installer les salles de pilotage opérationnelles mais c'est encore un défi. (Cadre intermédiaire)

La familiarité et la maturité : Avant même la tenue du *kaiikaku*, les cadres nouvellement nommés sont davantage préoccupés par la protection de leurs ressources et dans un certain faire-valoir auprès de la haute direction. Le sentiment d'être seul et dans son silo est présent. Ainsi, les observations réalisées au cours de l'étude de cas démontrent une équipe de direction en constitution où la familiarité initiale est empreinte de respect et d'une certaine réserve.

- Ce que j'ai trouvé difficile au début [...] c'est certain qu'on travaille en silos et que des modifications devaient être apportées par chacune des directions. Y'avait comme une peur. On se refermait. (Cadre supérieur)

Néanmoins, le leadership partagé évolue au sein de l'équipe en raison du défi d'envergure présent par la fusion des établissements.

- [...] y'a eu comme une vague de solidarité, une vague qui disait qu'on était à la même place pis qu'on était capable de se regarder et de se comprendre. (Cadre supérieur)
- La loi 10 demande aussi un grand changement dans les quatre réseaux locaux. Il faut une grande ouverture pour collaborer dans ce contexte d'inter directions. Au début c'était chacun pour soi. On avait à apprendre beaucoup et on travaillait pour notre direction. (Cadre supérieur)

La maturité de l'équipe de direction évolue et la familiarité entre les collègues augmente pendant le déroulement du projet puisqu'ils apprennent à se connaître de plus en plus. Les outils du système intégré de gestion de la performance soutiennent l'émergence du leadership partagé.

- C'est clair que la salle de pilotage stratégique doit être un lieu de collaboration et de cohérence. (CODIR)
- Dorénavant, il n'y a pas un A3 qui arrive à la salle stratégique si la collaboration avec une autre direction n'est pas visible. (CODIR)

L'arrivée de deux nouveaux cadres supérieurs a permis l'émergence d'une nouvelle dynamique soutenant une plus grande collaboration interprofessionnelle notamment par la salle de pilotage. Le leadership se partage dorénavant sur la base de la confiance et en fonction de la connaissance mutuelle entre les gestionnaires.

- Il y avait des préjugés de part et d'autre et la salle de pilotage a permis de comprendre les différentes réalités et ce n'est pas encore parfait car ils se questionnent un peu sur les interventions et on est dans le changement de culture et la salle de pilotage permet ce changement. (Cadre intermédiaire)

Le souci d'une meilleure collaboration et d'une plus grande proximité de la part des deux nouveaux gestionnaires a permis d'innover en invitant les partenaires à participer au rapport d'état et à animer les grandes priorités à la salle de pilotage stratégique. L'expérience en était à ses premiers balbutiements et concrétise l'importance du leadership partagé.

- Après le rapport d'état, c'est intéressant de partager et d'adresser les problématiques soulevées avec les autres directeurs. Depuis peu, on anime les grandes tendances à la salle de pilotage stratégique. (Cadre supérieur)

Au niveau opérationnel, l'intégration des équipes dédiées à la jeunesse est perçue positivement par les intervenants et jette des bases solides à un leadership partagé soutenu par les outils du système intégré de gestion de la performance. L'idée à l'effet que, plus les membres d'une équipe se connaissent, plus ils seront en capacité d'exercer des comportements de leadership partagé et auront ainsi, plus de facilité dans les tâches à accomplir (Pearce et Sims Jr., 2002) s'est avérée.

- Depuis qu'on est une équipe intégrée, ça a vraiment facilité la collaboration et la proximité de l'équipe. Ça a vraiment été positif. (Intervenant)
- La force qui ressort c'est qu'on est une équipe maintenant. On va plus demander de l'aide à nos collègues. (Intervenant)

Cet exercice de partage de leadership est soutenu de façon hebdomadaire par l'animation de la salle de pilotage opérationnelle. Le leadership est partagé dans le sens où l'animation est démocratisée c'est-à-dire que l'animation se fait à tour de rôle parmi les membres de l'équipe et n'est plus l'apanage du cadre.

- Y'a eu la période estivale [...] j'ai une intervenante qui a pris le relais pour en venir à ce que la salle fasse partie de notre équipe [...] qu'elle appartienne à tous les employés. (Cadre intermédiaire)
- En l'absence d'un chef, il y a une intervenante qui anime à toutes les semaines. Elle le fait au meilleur de ses connaissances parce qu'elle n'est pas gestionnaire, c'est une employée. (Intervenante)
- Tu m'apportes un billet pis on peut réfléchir pour voir comment on peut le régler. Ce n'est pas juste moi qui règle non plus. Ça amène de l'autonomie et de la maturité à l'équipe. (Cadre intermédiaire)

Les capacités : C'est sur la base de leurs connaissances et de leur expertise pointue dans le domaine des enfants, des jeunes et des familles que les gestionnaires ont été mis à contribution lors du *kaikaku*. Considérant la complexité d'un tel projet d'intégration, la Présidente-directrice générale avait besoin de collaborateurs

possédant des compétences et une expertise complémentaire à la sienne. C'est un bel exemple que le leadership partagé est efficace lors de l'élaboration des trajectoires axées sur le client car les différents intervenants sont interdépendants (Hartley et Benington, 2010). Sans ce partage de leadership à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation, la trajectoire de Jimmy n'aurait pas porté de fruits. L'ensemble des participants au *kaiikaku* ont une formation universitaire et plusieurs d'entre eux ont complété des études supérieures. Au niveau tactique et opérationnel, la capacité est tout autant remarquable dans l'interdépendance et dans la complémentarité des savoirs.

- [...] depuis la mise en place des rapports d'états et des caucus d'équipe [...] afin de faciliter leur travail contribuent hebdomadairement à assurer une trajectoire clinique optimale afin de bien accompagner nos Jimmy. Comme gestionnaire, je connais mieux les besoins de mon équipe et de la clientèle. (Cadre intermédiaire)

La coordination des services est nécessaire pour susciter des liens d'interdépendance entre les membres d'une équipe (Aghren, 2003). Cette coordination apporte du même coup, une certaine complexité en raison des interfaces à négocier avec d'autres directions. C'est à la salle de pilotage tactique et opérationnelle ainsi qu'au rapport d'état que la coordination des actions au sein de la trajectoire se réalise. Ces outils tendent à briser les barrières organisationnelles en offrant la possibilité de prendre des décisions collectives plus rapidement (Terenghi *et al.*, 2014). Ainsi, les gestionnaires et les employés identifient rapidement les enjeux liés à la coordination des services et sont préoccupés d'offrir des services accessibles, continus et de qualité.

- J'ai vraiment la chance de pouvoir escalader mes enjeux rapidement [...]. J'ai un retour rapidement et ça me permet dès le rapport d'état suivant de faire un suivi de ce qui a été escaladé la semaine dernière. (Cadre supérieur)

Ils savent pertinemment qu'ils ne pourront y arriver seuls, puisque les enfants et les jeunes présentent des problématiques multiples, et doivent se joindre aux

compétences des gestionnaires et intervenants des autres directions pour répondre aux besoins des usagers.

- Tu sais, on demeure encore dans certaines situations, en silos. Jimmy, on ne peut le travailler seul parce qu'on parle de jeunes avec des épisodes de services qui peuvent être momentanément en déficience intellectuelle, en dépendances [...] mais il faut tous s'adresser à Jimmy. (Cadre intermédiaire)

L'animation des salles de pilotage est passée de quatre semaines aux deux semaines pour la stratégique, est demeurée aux six semaines pour la tactique et à une fois par semaine pour les salles de pilotage opérationnelles. Au départ, l'animation était assumée par le leader hiérarchique de l'équipe. Au fil des semaines et des mois, ce rôle d'animateur a été délégué au sein de l'équipe permettant ainsi l'émergence d'un leadership partagé. Chaque membre de l'équipe est un leader temporaire lors de l'animation hebdomadaire de la salle de pilotage. Un autre leader prendra le relais de l'animation la semaine suivante suivant un agenda standard d'animation.

Lors du déploiement de la salle de pilotage stratégique, la Présidente-directrice générale avait pris la responsabilité d'animer. L'accompagnement par les membres de son équipe de direction lui a permis d'ajuster son animation pour se conformer aux standards attendus. Son humilité à recevoir des conseils et à être évaluée par ses collègues a permis une évolution vers des relations plus égalitaires générant un climat d'ouverture permettant de mobiliser les forces de son équipe.

De plus, les nouveaux gestionnaires en poste ont pu bénéficier de l'accueil de leurs collègues de travail ayant déployé leur salle de pilotage en allant faire de l'observation directe auprès de l'équipe en guise de formation dans l'action.

Le leadership partagé et ses caractéristiques liées à la tâche : La complexité.

Au début du projet, les répondants s'expriment sur la complexité du projet d'intégration en raison des nombreuses parties prenantes gravitant autour de Jimmy et qui ont des impacts sur la coordination souhaitée.

- [...] on essaie d'avoir de la collaboration, de la continuité de services mais encore aujourd'hui, on se bute à d'anciennes mentalités. (Cadre intermédiaire)

Cette vision de la complexité du projet s'est atténuée par le déploiement des salles de pilotage et permet une gestion des interfaces.

- [...] si y'a des choses qui doivent se travailler ou discuter, c'est à cet endroit [...] oui, la contribution des autres directeurs est très pertinente parce que Jimmy peut avoir différentes difficultés et parce que notre Jimmy vieillit. (Cadre intermédiaire)

Les entretiens démontrent que les salles de pilotage offrent des avantages dans la négociation entre les directions qui n'ont pas les mêmes priorités et les mêmes enjeux. Cette observation confirme que la salle de pilotage est un endroit pour prendre des décisions et optimiser le flux de valeurs des processus de gestion (Terenghi *et al.*, 2014).

- [...] j'ai l'impression que des projets ont une énorme importance mais par priorisation de direction c'est pas facile de les faire avancer. Pour une direction, ce qui est important chez moi ne l'est peut-être pas autant chez l'autre. C'est clair que la salle de pilotage stratégique est un ancrage dans tout ce projet-là. (Cadre supérieur)
- [...] c'est peut-être une préoccupation qui devrait aller à la salle de pilotage stratégique. (Cadre intermédiaire)

Les observations réalisées lors de l'animation de la salle de pilotage stratégique permettent de constater les difficultés rencontrées par l'équipe de direction

lorsqu'arrivés au mur réponse-action³¹. Les actions mises au tableau relèvent davantage de grands projets dont la réalisation serait projetée sur du long terme. Or, le mur réponse-action a comme objectif de soutenir le court terme sur des points critiques liés à la performance en y présentant la cible visée, la problématique soulevée, l'obstacle rencontré et le résultat attendu pour la prochaine animation de la salle de pilotage. Les méthodes de résolution de problèmes sont importantes dans l'animation des salles de pilotage selon Jusko (2016) et les cycles *PDSA* sont difficiles à réaliser. Cette observation vient contredire l'énoncé à l'effet que plus la tâche est complexe et nécessitant un haut niveau de connaissances, plus le leadership partagé aura tendance à se développer (Pearce et Manz, 2005).

Dès le début de l'animation des salles de pilotage opérationnelles, les participants apportent plusieurs billets d'amélioration³². Selon les observations effectuées, ce sont des irritants quotidiens qui perdurent depuis nombre d'années et une urgence à les régler est présente. Une fois ces irritants réglés, les billets d'amélioration se font de plus en plus rares ou sont axés sur le quotidien comme par exemple, sur des salles de consultation mal insonorisées. Un gestionnaire s'exprime ainsi « c'est des pacotilles ». Nos observations confirment les propos de Kerr et Jermier (1978) à l'effet qu'un manque de complexité dans la tâche à effectuer ou le manque d'urgence à le régler entravent possiblement l'émergence d'un leadership partagé. De plus, les observations démontrent également que les indicateurs critiques n'ont pas changé pendant plus d'un an. Ce qui démontre que la résolution de problèmes, pour trouver des solutions à des indicateurs liés à la trajectoire, ne se réalise malheureusement pas. Pourtant, certains auteurs soutiennent que les objectifs définis en commun peuvent améliorer les performances organisationnelles et la satisfaction des employés (Erez et Arad, 1986).

³¹ Mur réponse-action qui permet de solutionner des problématiques soulevées lors de l'animation de la salle de pilotage.

³² Les billets d'amélioration sont des outils utilisés lors de l'animation des salles de pilotage permettant l'identification d'opportunités d'amélioration et des solutions rapides selon un cycle *PDSA*. Les billets soutiennent une communication selon une approche *bottom-up*.

- [...] je pense qu'il y a certains défis à faire vivre les chiffres comme étant une offre de service. (Cadre supérieur)

L'urgence : En juin 2017, le projet de déploiement du système intégré de gestion de la performance et d'intégration des services bat de l'aile et la performance escomptée n'est pas au rendez-vous. Les observations démontrent, à ce moment, qu'un leadership plus transactionnel, plus directif a été adopté pour remettre le projet sur les rails en déployant le rapport d'état. Ce constat confirme ainsi les propos de certains auteurs à l'effet que le recours à un leadership plus directif lors de situations de crises est approprié (D'Innocenzo, Mathieu, Kukenberger, 2016).

- Le rapport d'état nous a permis de gérer des indicateurs précis. Qu'est-ce qu'on veut voir comme changement ? Qu'est-ce qu'on veut observer ? ça c'est vraiment intéressant. Ça nous permet de voir nos chiffres pis de les expliquer. (CODIR)
- J'ai l'impression que le rapport d'état a porté le changement. (CODIR)

Néanmoins, les gestionnaires se sont rapidement mis en action en allant à la rencontre des intervenants pour établir un dialogue conformément à l'objectif du rapport d'état. L'urgence d'obtenir des gains visibles pour les enfants du territoire a certainement constitué un déterminant essentiel au leadership partagé.

Le sentiment d'importance : Dès la mise en place de la réforme, la Présidente-directrice générale faisait le choix de déployer un projet d'intégration soutenu par le système intégré de gestion de la performance venant ainsi rassurer le secteur des services sociaux craignant d'être oublié au bénéfice des médecins et de la direction de la santé physique.

- [...] moi, j'avais entendu qu'il y a des gens [...] avec la fusion que la jeunesse allait être enterrée. Ça allait être comme pas priorisé du tout [...]. (Intervenante)
- [...] grande joie de voir que la jeunesse était prioritaire. (Cadre intermédiaire)

L'urgence de garder le projet bien vivant, d'animer avec rigueur le rapport d'état et les salles de pilotage, de devenir un modèle de projet d'intégration pour les autres directions du CISSS a contribué à faire émerger un sentiment d'importance et une fierté de participer à une première trajectoire organisationnelle.

- [...] Lorsqu'on nous a dit que nous étions la première équipe et que les autres directions qui allaient mettre en place leur *kaizen* et leur *kaikaku* et la salle de pilotage [...] ils devaient s'inspirer de nous [...] bien, je trouvais que c'était un plus pour les autres directions. (Cadre intermédiaire)

L'habilitation : Le leadership partagé soutient une décentralisation des décisions permettant l'implication et la participation des employés (Cox *et al.*, 2003) soutenant ainsi les principes du système intégré de gestion de la performance à l'effet que l'amélioration continue est la responsabilité de tout le personnel (Angell et Chandra, 2011). Le système intégré de gestion de la performance contribue à l'habilitation des membres des équipes notamment par l'animation des salles de pilotage et du rapport d'état et la complétion des cycles *PDSA*. Les observations portent à croire qu'il existe une certaine confusion quant à l'exercice du leadership partagé apportant son lot de déception et de scepticisme quant aux intentions réelles de l'établissement dans sa gestion. Les intervenants sociaux ont tous une formation académique et possèdent des habiletés à résoudre des problèmes complexes et avaient des attentes lorsqu'ils ont été interpellés à participer aux différents *kaizen* provenant des A3 filles.

- [...] je suis allée au *kaizen*, mais j'ai vu qu'il y avait des directives qui étaient déjà prises. Peu importe ce qu'on apportait, les directives étaient déjà décidées. On y allait mais on s'est vite rendu compte qu'on n'avait pas de pouvoir à amener des solutions plus pratiques. (Intervenant)
- C'est sûr que moi j'impliquerais les intervenants dans la manière de le mettre en place. Des fois, on sent que c'est imposé [...] ne serait-ce que pour sentir que notre opinion est importante. Souvent on a senti que c'était imposé et obligatoire [...] alors que ce n'était pas ça [...] le but des caucus et de la trajectoire de Jimmy. (Intervenant)

Les entretiens confirment les travaux d'Angles (2007) qui révèle le manque de compréhension commune quant à la décentralisation des décisions pouvant faire émerger le leadership partagé.

Le leadership partagé et ses caractéristiques liées au contexte organisationnel : La culture organisationnelle. L'environnement de travail des deux directeurs concernés par l'étude a permis un leadership partagé élevé en raison du leadership transformationnel de la haute direction. Cette dernière a certainement joué un rôle dans l'amélioration observée du leadership partagé par une haute considération (Hogan et Kaiser, 2005) pour chacun des cadres.

- C'est certain que quand la PDGA assiste [...] le message est très fort. Les gestionnaires ont finalement embarqué parce qu'ils savaient qu'il y avait une équipe derrière eux. Ce sont de gros changements, des nouvelles façons de faire. (CODIR)

Le leadership partagé prend place depuis l'arrivée de nouveaux directeurs vers une meilleure collaboration où la compétition inter directions n'a pas sa place confirmant ainsi que l'intégration des services repose davantage sur des enjeux humains et de valeur ajoutée à l'expérience client plutôt qu'organisationnels et structurels (Lamarche, Bégin, Léger, Vallières-Joly, 2001). Les deux directeurs partagent les mêmes valeurs, les mêmes objectifs quant à l'amélioration de l'offre de services auprès des jeunes du territoire. Les deux directeurs sont conscients de l'exemplarité de collaboration dont ils doivent faire preuve et décident du même coup de n'avoir qu'une seule salle de pilotage tactique pour s'assurer de la fluidité de la trajectoire des soins et des services pour les enfants, les jeunes et les familles du territoire.

- Il faut avoir les doigts imbriqués l'un dans l'autre. Depuis l'automne, on ne sentait pas les deux directions aussi collées [...] le facilitateur d'avoir l'impression d'une cohésion très grande dans notre salle de pilotage. (CODIR)
- On a une directrice de la protection de la jeunesse et un directeur du programme jeunesse qui sont côte à côte, ça c'est très gagnant. (Cadre intermédiaire)

Les deux nouveaux directeurs soutiennent la vision claire et intégrée de la trajectoire de Jimmy énoncée par la Présidente-directrice générale. Les moments de rencontres en salle de pilotage tactique offrent des opportunités, aux deux directions réunies, d'évaluer les performances des équipes en partageant des informations essentielles pour soulever des problèmes importants quant à la trajectoire de Jimmy et y apporter des solutions collectives par consensus soutenant ainsi les propos de Barnas (2014) à l'effet que la salle de pilotage devient une vitrine de partage des connaissances, de construction d'une cohésion d'équipe et d'amélioration continue.

Considérant que la salle de pilotage tactique n'a pas été animée pendant l'année du déploiement du projet, une appropriation du fonctionnement de la salle de pilotage tactique était nécessaire pour les nouveaux gestionnaires. Une décision de partager la même salle pour deux directions ayant la même clientèle a fait évoluer le leadership partagé donnant ainsi la légitimité aux équipes de s'engager dans le projet d'intégration horizontale. Les buts partagés par les directeurs aux équipes permettent ainsi une compréhension du sens à donner aux changements et le climat de confiance mutuelle sont certainement des déterminants qui ont permis au leadership partagé de voir le jour après deux ans d'expérimentation. Le leadership partagé soutient l'animation du rapport d'état ainsi que le déploiement des salles de pilotage. Les deux directeurs en ont fait une responsabilité collective. D'autres directions ont été interpellées pendant le projet Jimmy. Les gestionnaires ou les intervenants sont invités à se joindre à l'animation du rapport d'état ou de la salle de pilotage afin de trouver des solutions collectives aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité sur la trajectoire de Jimmy. Le leadership partagé a notamment permis d'induire une culture d'intégration des soins et des services.

- Implanter la salle tactique conjointement entre le programme jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse a des avantages comme la continuité [...] y'a des projets que même s'ils peuvent relever un peu plus de l'autre direction et considérant que je suis impliquée, j'en ai pris la responsabilité. (CODIR)

- La salle de pilotage tactique a été très mobilisante [...] dans un nouveau contexte qui était celui du CISSS [...] on pouvait donner un sens au changement et influencer le changement. (CODIR)

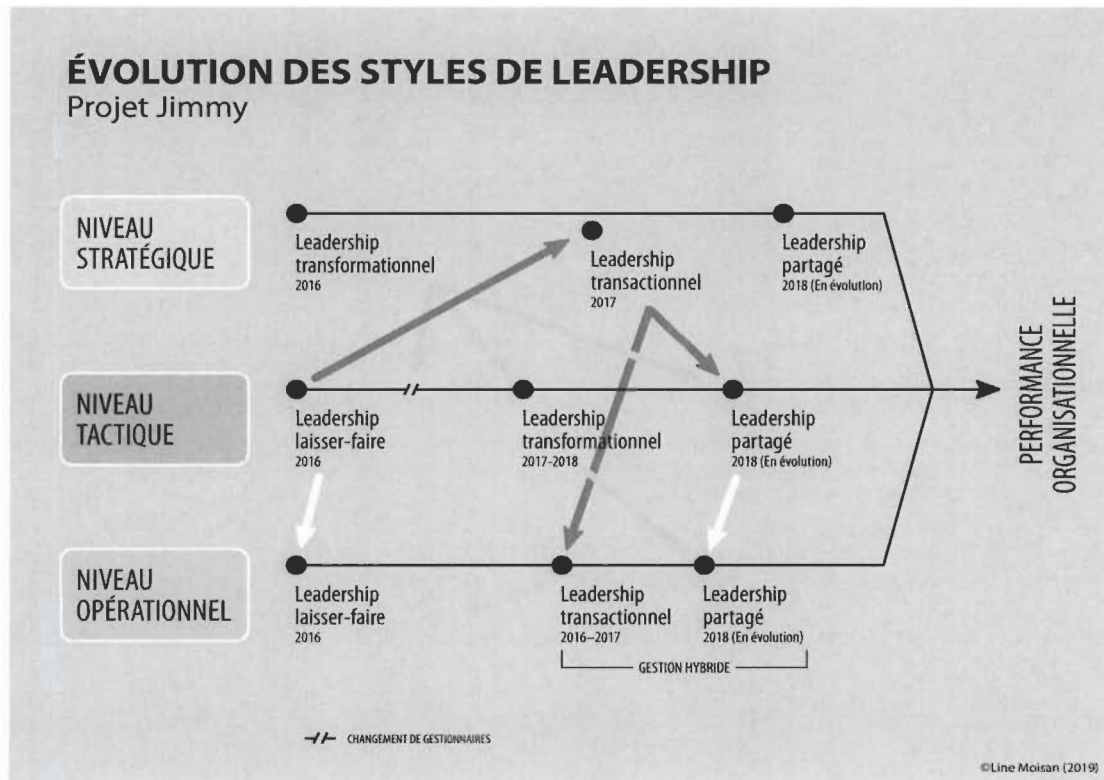
La reconnaissance : Sans le nommer comme un programme de récompenses lié au leadership, les bons coups, quant à la performance des membres de l'équipe, sont soulignés par les pairs et ce, de façon hebdomadaire tant dans l'animation des salles de pilotage que dans le rapport d'état. Les bons coups ont pour but d'améliorer le climat de travail où chacun des membres d'une équipe se sent apprécié. Les bons coups sont considérés comme des déterminants dans l'amorce d'un leadership partagé. Souligner les bons coups permet une amélioration du travail d'équipe pour consolider la collaboration des intervenants à l'intérieur du projet d'intégration (Ezziane, 2012).

- Les bons coups [...] ça ça pogne... (Intervenant)
- L'autre chose que j'aime beaucoup c'est les bons coups. C'est très positif parce qu'on ne prenait pas le temps de le faire à toutes les semaines. C'était peut-être une fois ou deux par année. C'est sûr qu'on le nomme et on fait une reconnaissance par les pairs. Le fait de reconnaître par les pairs ça augmente l'esprit d'équipe. (Cadre intermédiaire)

4.1.7 Discussion

Cet article relate l'expérience des différents styles de leadership adoptés par la mise en place d'un nouveau modèle de gestion. Les résultats démontrent l'importance du leadership transformationnel et transactionnel comme étant contributif à l'émergence du leadership partagé. Les caractéristiques abordées dans les résultats démontrent que le développement du leadership partagé est une contribution importante du système intégré de gestion de la performance. La figure 4.2 l'évolution des différents styles de leadership opérés lors du projet Jimmy sur une ligne de temps.

Figure 4.2
Évolution des styles de leadership



Les résultats démontrent que le leadership partagé s’est développé positivement ou négativement selon les équipes à l’étude. La maturité de l’équipe de direction semble avoir joué un rôle prépondérant dans la mise en place du rapport d’état en raison de son peu de familiarité au moment de sa constitution. Face à une situation de crise où le projet n’allait nulle part, le leadership transactionnel a joué un rôle opérant pour poursuivre les activités liées à la trajectoire et la recherche de mesures, jusque-là inexistantes. Une maturité d’équipe plus faible, apportée par un leadership laissez-faire de la part de certains gestionnaires, ralentit ainsi les processus d’intégration horizontale. Le peu de familiarité des deux directeurs au départ du projet, semble avoir joué un rôle dans la lenteur du développement du leadership partagé. Or, l’arrivée des deux nouveaux directeurs affichant une volonté marquée à travailler ensemble a permis l’émergence plus rapide du leadership partagé. Ce contexte organisationnel créait ainsi les conditions nécessaires pour mettre en place la salle de pilotage tactique et le suivi

de la trajectoire de Jimmy. Le fait de maintenir de bonnes relations entre eux a suscité la collaboration des autres directions. Nos résultats accordent de l'importance au fait que la familiarité et la maturité réduisent le temps nécessaire à l'équipe pour s'orienter, établir ses normes de fonctionnement et accélérer son développement (Adams, Roch, Ayman, 2005).

La complexité de la tâche pourrait être liée aux outils utilisés. En effet, le rapport d'état et les salles de pilotage, tactiques et opérationnelles, encouragent les membres des différentes équipes à résoudre rapidement des problèmes liés aux interfaces entre les professionnels des autres directions dont l'objectif est de créer des trajectoires axées sur le client et favorisant la collaboration. La recherche confirme que les salles de pilotage scellent un niveau élevé de gestion transversale (Söderberg et Alfredson, 2009). Ce niveau élevé de gestion a été moins observé à la salle de pilotage stratégique.

Le leadership partagé est encouragé par la culture organisationnelle. La mise en place d'un tel système intégré de gestion de la performance doit être influencée par de nouvelles approches de gestion pour être en capacité de demeurer ouvert aux changements même si ceux-ci viennent influencer la façon de gérer une organisation. Nonobstant cette volonté de partager et d'adopter un leadership partagé, par des pratiques collaboratives, il n'en reste pas moins que la gestion *top down*, plus traditionnelle, représente une source décisionnelle fondamentale pour la bonne marche des organisations.

Malgré une bonne proximité, un niveau de familiarité et une complexité élevée de la tâche, les résultats démontrent que les équipes semblent toujours en attente d'un leader en mesure d'apporter les solutions à leurs problèmes. La salle de pilotage permet au personnel d'identifier les problèmes et de proposer des solutions appropriées. Or, cette partie liée au *PDSA* de Deming semble être en perte de vitesse. Les salles de pilotage, particulièrement celles qui sont opérationnelles, deviennent plutôt des salles

de pilotage de l'information. Selon Pearce et Sims (2002), la condition essentielle de base pour que le leadership partagé puisse se développer est la volonté des membres de l'équipe à s'impliquer activement et à vouloir en partager la responsabilité. Les observations et les propos exprimés par les répondants ne démontrent pas leur volonté à s'impliquer activement dans l'équipe au point de vouloir participer aux fonctions de leadership. Les paradigmes de la gestion traditionnelle du leadership sont omniprésents. Cependant, ils apprécient recevoir des informations organisationnelles de façon hebdomadaire par les salles de pilotage. Les gestionnaires tentent tant bien que mal de souscrire à de nouveaux comportements de gestion par l'animation de la salle de pilotage et du rapport d'état en adoptant une gestion conciliant les styles de leadership transformationnel et transactionnel à un nouveau par le leadership partagé. Actuellement, certaines responsabilités de leadership sont conservées par le chef de services et d'autres responsabilités sont réparties désormais au sein de l'équipe intégrée grâce aux salles de pilotage et au rapport d'état. Le leadership partagé correspond davantage à des profils ou de compétences collaboratives solidement ancrées dans les personnes. La complémentarité entre le leadership transformationnel et le leadership partagé, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques, s'avère une avenue prometteuse pour renforcer la capacité de l'organisation à changer. Plus cette combinaison de leadership évoluera, plus la capacité organisationnelle à changer se fera au fur et à mesure dans l'arrivée de nouveaux gestionnaires affichant un style collaboratif et à une véritable amélioration de l'accessibilité et de la continuité des soins et des services.

Considérant la réduction de postes de cadres dans l'établissement en raison des objectifs de la réforme et l'augmentation conséquente du nombre d'équipes interprofessionnelles par gestionnaires, le leadership pourtant nécessaire à l'impulsion du projet Jimmy, s'est adapté, s'est modifié au cours des deux ans du projet. Le leadership partagé émergent depuis l'arrivée de deux nouveaux cadres supérieurs a réellement fait une différence dans l'aboutissement de ce projet qui est devenu une source de vitalité au travail de collaboration dont le but est d'améliorer la performance organisationnelle.

4.1.8 Limites de l'étude

Une limite de notre étude de cas est qu'il n'existe aucune autre étude combinant le leadership partagé et le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance. La comparaison de notre étude de cas avec une autre pourrait assurément donner un aperçu de l'évolution du partage de ce type de leadership dans ce nouveau modèle de gestion.

Une autre limite identifiée est la fierté de l'organisation d'avoir participé à ce projet de recherche qui a possiblement contribué au fait que les participants puissent avoir un avis favorable quant au déroulement du projet. Toutefois, l'observation effectuée pendant plus de deux ans et une méthode de collecte de données permettant une triangulation de celles-ci permet de mitiger un risque de désirabilité sociale pouvant causer un biais important dans la recherche.

4.1.9 Les recherches futures

En regard des observations réalisées dans la présente étude de cas unique d'autres pistes de recherches sont envisageables.

Les résultats de cette étude de cas ont fait émerger le caractère évolutif du leadership partagé. Des recherches quantitatives longitudinales pourraient s'intéresser à la pérennité du leadership partagé au sein des équipes afin de faire vivre de façon optimale le nouveau modèle de gestion soutenant les trajectoires axées sur l'utilisateur.

De plus, il serait pertinent d'évaluer les déterminants nécessaires pour générer le leadership partagé et clarifier les stratégies organisationnelles à adopter pour soutenir davantage l'intégration horizontale des soins et des services. En ce sens, il y aurait lieu que d'autres recherches puissent explorer de nouveaux questionnements sur la contribution de certaines pratiques de gestion des ressources humaines pouvant améliorer la compréhension du leadership partagé par les différents niveaux

hiérarchiques et apporter de nouvelles réponses en matière de dotation des postes de cadres ou d'intervenants par exemple. Cette façon de faire permettrait d'apporter une meilleure compréhension des différentes dynamiques du leadership partagé.

4.1.10 Conclusion

Pour terminer cet article et positionner l'apport du leadership par rapport à la question de la recherche, cette étude de cas permet de démontrer l'importance des divers styles de leadership (transformationnel, transactionnel et partagé) dans le déploiement du système intégré de gestion de la performance soutenant une gestion horizontale. Cette étude a été réalisée dans le secteur des services sociaux à l'enfant, au jeune et à la famille où les différents niveaux hiérarchiques, sont interpelés, dans l'adoption de nouveaux comportements favorisant l'émergence d'un leadership partagé dans la réponse aux besoins. Cette étude qualitative apporte une contribution intéressante quant à la complémentarité des assises du leadership partagé, des outils du système intégré de gestion de la performance et des processus d'intégration.

Ce projet d'intégration nommé Jimmy passera certes à l'histoire. Il a contribué à façonner le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie depuis sa création en 2015 et duquel plusieurs autres établissements ou directions internes s'en sont inspirés. L'étude de cas a permis d'identifier plusieurs facteurs qui semblent avoir contribué à l'émergence d'un leadership partagé dans un projet d'intégration des services. Afin d'encourager les différents comportements liés à l'exercice du leadership partagé, il serait intéressant, pour l'organisation, d'offrir aux équipes de tous les niveaux hiérarchiques, une formation sur le leadership partagé pour améliorer la connaissance et l'adoption de nouveaux comportements tant chez les gestionnaires que chez les intervenants par l'utilisation des outils du système intégré de gestion de la performance.

4.1.11 Références bibliographiques

- Aasland, K., Blankenburg, D. (2012). An analysis of the uses and properties of the Obeya. *Technology and Innovation, Juin 2012*, 1-10.
- Adams, S. J., Roch, S.G., Ayman, R. (2005). Communication medium and member familiarity: The effects on decision time, accuracy and satisfaction. *Small Group Research, 36(3)*, 321-353.
- Aghren, B. (2014). The path to integrated healthcare, Various Scandinavian strategies. *International Journal of Care Coordination, 17(1-12)*, 52-58.
- Aghren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care, 3(7)*, 1-8.
- Angell, L.C., Chandra, J. (2001). Performance implications of investments in continuous quality improvement. *International Journal of Operations & Production Management, 21(1/2)*, 108-125.
- Angles, J. (2007). *The impact of shared leadership on the effectiveness of self-managed work teams: A phenomenological study*. Thèse de doctorat, University of Phoenix, United States Arizona.
- Avolio, B. J., Bass, B. M. (1991). *The full range leadership development programs: basic and advanced manuals*. Binghamton, New York: Bass, Avolio Associates
- Axelsson, R., Axelsson, S.B. (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management, 21*, 75-88.
- Balogun, J., Hailey, H.V. (2004). *Exploring Strategic Change* (2^e ed.). London: Prentice Hall.
- Barnas, K. (2014). *Beyond Heroes : A Lean Management System for Healthcare*. ThedaCare Center for Healthcare Value.
- Bass, B.M. (1999). Two decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 8(1)*, 9-32.
- Bergman, J. Z., Rentsch, J.R., Small, E.E., Davenport, S.W., Bergman, S.M. (2012). The shared leadership process in decision-making teams. *The Journal of Social Psychology, 152(1)*, 17-42.

- Bourdages, M.-P., Goudreault, G., Collettere, P., Lagacé, D., Turcotte, G. (2017). *Leçons apprises d'un déploiement de l'approche Lean dans des établissements de santé et de services sociaux*. Saisie le 1^{er} mars 2019 de www.lepointensante.com/wp-content/uploads/2017/12/Article-WEB-13-3_v2.pdf
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Cao, M., Zhang, Q. (2010). Supply chain collaboration: Impact on collaborative advantage and firm performance. *Journal of Operations Management*, 29, 163-180.
- Carson, J. B., Tesluk, P.E., Marrone, J.A. (2007). Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal*, 50(5), 1217-1234.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi 10 et des avenues d'intervention souhaitables*, Mémoire sur le projet de loi 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.
- Cox, J. F., Pearce, C.L., Perry, M.L (2003). Toward a model of shared leadership and distributed influence in the innovation process: How shared leadership can enhance new product development team dynamics and effectiveness. In C. Craig, C.L. Pearce, A.J. Conger (dir.). *Shared leadership: Reframing the hows and why of leadership*, (p. 48-76). Thousand Oaks, Sage Publications.
- Deming, W.E. (1986), *Out of the Crisis: Quality, Productivity, and Competitive Position*, Cambridge University Press, Cambridge.
- D'Innocenzo, L., Mathieu, J.E., Kukenberger, M.R. (2016). A Meta-Analysis of Different Forms of Shared Leadership - Team Performance Relations. *Journal of Management*, 42(7), 1964-1991.
- Doucet, O., Sweeney, I. (2010). Le leadership partagé : Un état des lieux et quelques pistes de recherches. In F.B. Hassel, B. Raveleau. (dir.). *Management humain des organisations : Grandeurs et misères de la fonction de dirigeant*, (p.143-164), Paris.
- Erez, M., Arad, R. (1986). Participative goal setting: Social motivational and cognitive factors. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 591-597.
- Ezziane, Z. (2012). The importance of clinical leadership in twenty-first century health care. *International Journal of Health Promotion and Education*, 50(5), 261-269

- Fortin, M.-F., Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^e édition), Montréal : Chenelière Éducation.
- Gardner, W.L., Coglisier, C.C., Davis, K.M., Dickens, M.P. (2011). Authentic leadership: A review of literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22, 1120-1145.
- Hartley, J., Benington, J. (2010). *Leadership for Healthcare*, The Policy press, Bristol.
- Hartog, D.N., Muijen, J.J., Koopman, P.L. (1997). Transactional versus transformational leadership: an analysis of the MLQ. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70(1), 19-34.
- Hoch, J.E., Kozlowski, S.W.J. (2014). Leading virtual teams: Hierarchical leadership, structural supports and shared team leadership. *Journal of Applied Psychology*, 99(3).
- Hogan, R., Kaiser, R. B. (2005). What We Know About Leadership. *Review of General Psychology*, 9(2), 169–180.
- Houghton, J.D., Neck, C.P., Manz, C.C. (2003). Self-leadership and superleadership: The heart and art of creating shared leadership in teams. In C.L. Pearce, J.A. Conger. (ed.), *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership* (pp. 123-140). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Imai, M. (1997). *Gemba kaizen: A Commonsense, Low-Cost Approach to Management*. McGraw Hill Professional.
- Ishikawa, J. (2012). Transformational leadership and gatekeeping leadership: The roles of norm for maintaining consensus and shared leadership in team performance. *Asia Pacific Journal of Management*, 29(2), 265-283.
- Javadi, S., Shahbazi, S., Jackson, M. (2011). Supporting Production System Development through the Obeya Concept. *Advances in Production Management Systems*.
- Jobin, M.H., Lagacé, D., Fournier, P.L., Benomar, N. (2015). *Évaluation des résultats des projets Lean dans trois établissements du Québec*. Pôle Santé et Chaire IRISS.
- Judge, T.A., Piccolo, R.F. (2004). Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analytic Test of Their Relative Validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755-768.
- Jusko, J. (2016). Obeya: The Brain of the Lean Enterprise. *Industry Week/IW*, 265(5), 1-9.

- Kerr, S., Jermier, J.M. (1978). Substitutes for leadership: Their meaning and measurement. *Organizational behavior and human performance*, 22(3), 375-403.
- Klarnar, P., Probst, G., Soparnot, R. (2008). Organizational change capacity in public services: The case of the World Health Organization. *Journal of Change Management*, 8, 57-72.
- Kocolowski, M.D. (2010). Shared leadership: is it time for a change?. *Emerging Leadership Journeys*, 3(1), 2-32.
- Kodner, D. (2009). All Together now: A conceptual exploration of integrated care. *Health Quarterly*, 13, *Special Issues*, 6-15.
- Kodner, D., Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications - a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(3), 1-6.
- Kozlowski, S.W.J., Gully, S.M., Nason, E.R., Smith, E.M. (1999). Developing adaptive teams: A theory of compilation and performance across levels and time. In D.R. Ilgen, E.D. Pulakos. (dir.). *The changing nature of performance, implications for staffing, motivation, and development* (p.240-292). San Francisco, Jossey-Bass.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686-694.
- Lamarche, P.A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ?. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- Li, B., Nahm, A.Y., Wyland, R., Ke, J.-K., Yan, W. (2015). Reassessing the role of Chinese workers in problem solving: a study of transformational leadership, trust and security in lean manufacturing. *Asia Pacific Business Review*, 21(4), 464-481.
- Lowe, K.B., Kroeck, K.G., Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: a meta-analytical review of the literature. *Leadership Quarterly* 7(3), 385-425.
- Luc, E., Le Saget, M. (2013). *La pratique du leadership partagé: une stratégie gagnante*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Merkens, Barbara J., Spencer, J.S. (1998). A successful and necessary evolution to shared leadership: A hospital's story. *International Journal of Health Care*

Quality Assurance, 11(1), p. I-IV.

Mosadeghrad, A.M. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 147-173.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Health in the Americas*, Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais*. Genève.

Pearce, C. L., Conger, J.A. (2003). All those years ago: The historical underpinnings of shared leadership. In L. Craig, J. Pearce, A. Conger. (dir.). *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Thousand Oaks, SAGE Publications.

Pearce, C.L., Manz, C.C. (2005). The new silver bullets of leadership. *Organizational Dynamics*, 34(2), 130-140.

Pearce, C.L., Sims, H.P., Cox, J.F., Ball, G., Schnell, E., Smith, K.A., Trevino, L. (2003). Transactors, transformers and beyond: a multi-method development of a theoretical typology of leadership. *Journal of Management Development*, 22(4), 273-307.

Pearce, C. L., Sims Jr, H.P. (2002). Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: An examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader behaviors. *Theory, Research, and Practice*, 6(2), 172-197.

Perry, M.L., Pearce, C.L., Sims, H.P., Jr. (1999). Empowered selling teams: How shared leadership can contribute to selling team outcomes. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 19(3), 35-51.

Québec. (2014). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des Services sociaux par l'abolition des Agences régionales, Projet de loi no. 10*. Québec : Éditeur officiel du Québec.

Roy, M., Audet, M. (2003). La transformation vers de nouvelles formes d'organisations plus flexibles : un cadre de référence. *Revue Internationale de Gestion*, 27(4), 43-50.

Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences. *Seven Countries Health affairs*, 26(6), w717-w734.

Shahbazi, S., Javadi, S. (2012). *Supporting production system development through Obeya concept*, Mälardalen University.

- Shuffler, M.L., Wiese, C.W., Salas, E., C. Burke, C.S. (2010). Leading one another across time and space: Exploring shared leadership functions in virtual teams. *Journal de psychologie du travail et des organisations*, 26(1), 3-17.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics. *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 6 (1), 34-46.
- Söderberg, B., Alfredson, L. (2009). *Building on Knowledge: An analysis of knowledge transfer in product development*. Chalmers University of Technology.
- Spain, S. M., Harms, P., Lebreton, J. M. (2013). The dark side of personality at work. *Journal of Organizational Behavior*, 35, S41-S60.
- Tchouaket, É.N., Lamarche, P.A., Goulet, L., Contandriopoulos, A.-P. (2012). Health care system performance of 27 OECD countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26 p.
- Terenghi, F., Cassina, J., Kristensen, K., Terzi, S. (2014). Virtual Obeya: A new collaborative web application for running lean management workshops. *In Technology and Innovation (ICE), International ICE Conference*.
- Tosi, H.J. (1982). Toward a paradigm shift in the study of leadership. *In* J.G. Hunt, U. Sakaran, C.A. Schriesheim. (éd.). *Leadership Beyond Established Views* (p.239-259). Southern Illinois University Press.
- Toussaint, J.S (2015). *A Rapidly Adaptable Management System. Operations and Strategy*. Thedacare Center for Healthcare Value, Wisconsin.
- Yamamoto, Y. (2010). *Kaikaku in production*. Thèse de doctorat, Malardalen University Press Licentiate Theses.
- Yukl, G. (2010). Introduction: the nature of leadership, *In* G. Yukl. *Leadership in organizations* (7e éd.) (p.1-24). New Jersey: Prentice Hall.

4.2 DEUXIÈME ARTICLE : LE SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DE LA PERFORMANCE : CLÉ DE L'INTÉGRATION D'UNE TRAJECTOIRE JEUNESSE

4.2.1 Avant-propos

Moisan, L., Lagacé, D. (2019). Le système intégré de gestion de la performance : clé de l'intégration d'une trajectoire jeunesse.

Article rédigé

Contribution spécifique : Line Moisan (100 %) et Denis Lagacé (réviseur)

Revue identifiée: International Journal of Integrated Care

4.2.2 Introduction

De nombreux pays industrialisés ont connu des réformes importantes de leurs systèmes de santé au cours des dernières décennies. Ces derniers peinent toujours à améliorer la performance et les efforts consentis, lors de ces réformes, ne semblent pas porter les résultats attendus (Dickinson et Pierre, 2016). Depuis plus ou moins deux décennies, et ce, pour mitiger les défis rencontrés, la plupart de ces pays (Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh, Murukutla, 2007) sont engagés dans l'élaboration et la mise en œuvre de mécanismes d'intégration (Aghren, 2012). La littérature démontre que l'intégration est souvent reconnue comme une solution potentielle pour réduire la fragmentation des soins et des services (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2008 ; Kodner et Speeuwerberg, 2002) et peut constituer une mesure efficace pour accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services (Kringos, Boerma, Van der Zee, Groenewegen, 2013). L'intégration des soins et des services sur la base des trajectoires semble offrir un énorme potentiel pour améliorer la performance par la collaboration entre les différents partenaires dans le sens où le partage d'information

permet l'alignement des services auprès de l'utilisateur (Toussaint, 2015 ; Cao et Zhang, 2010).

Au Canada, l'Alberta, la Saskatchewan, le Nouveau-Brunswick et le Québec ont déjà à leur actif des initiatives de fusion et d'intégration des soins et des services dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins. Ces exercices d'intégration ont donné lieu à l'aplanissement des structures organisationnelles et à la centralisation des pouvoirs. L'expérience albertaine démontre que la réorganisation exige la mise en place de nouvelles structures pour prendre en compte les réalités locales (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle, Breton, 2014) et un réinvestissement budgétaire est devenu nécessaire. De plus, les données suggèrent que la création de mégastructures réparties sur plusieurs sites, comme c'est le cas au Québec, entraînent des pertes d'efficacité tant sur les plans administratifs que cliniques (Contandriopoulos *et al.*, 2014). Une période d'instabilité et d'augmentation des frais de fonctionnement, un manque de coordination entre les différents services, l'insécurité et le stress qui engendrent des coûts astronomiques en absence maladie, la perte d'identité culturelle, l'accroissement des coûts de transport tant chez les usagers que pour le personnel couvrant dorénavant de grands territoires, l'augmentation de la bureaucratie et la diminution de la flexibilité organisationnelle.

Au Québec, deux grandes réformes se sont succédées. L'une a vu le jour en 2003 favorisant l'intégration verticale des établissements par territoire et l'autre est entrée en force en avril 2015. L'objectif principal de ces réformes se résume à stimuler, une fois de plus, l'intégration tant sur le plan de la gouvernance que sur le plan clinique par le développement de trajectoires de services qui font davantage appel, selon Aghren (2003) et Pellinen, Teittinen, Järvenpää (2016), aux principes d'interdisciplinarité pour régler les problèmes d'accès et de continuité. Le gouvernement québécois aurait la ferme intention de sceller les problèmes d'interfaces entre les missions des différents établissements (Commission de révision permanente des programmes, 2015) en les intégrant sous une seule et même gouvernance au sein des CISSS et des CIUSSS.

La planification stratégique du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)³³ démontre qu'il est à la recherche de nouveaux modèles et d'alternatives pour offrir des soins et des services plus performants à l'intérieur d'un système de gestion où les intentions de la haute direction et les trajectoires axées sur l'utilisateur seront en synergie dans un modèle de gouvernance renouvelée. L'objectif étant de créer de la valeur pour l'utilisateur.

L'une des solutions avancées par le MSSS pour assurer une meilleure performance et renforcer l'intégration des soins et des services est de déployer les salles de pilotage stratégiques³⁴, considérées comme un outil du système intégré de gestion de la performance, dans chacun de ses établissements. Ce dernier invite ainsi les différentes parties prenantes à un processus de coordination et de collaboration ouvrant la voie à la mise en place des trajectoires client dont l'objectif est d'améliorer la performance globale d'un épisode de service pour un utilisateur. Ces trajectoires prescrivent un meilleur arrimage et une plus grande collaboration entre les partenaires (Prahalad et Ramaswamy, 2004; Aghren, 2003) devenant un facteur crucial dans la mise en place de soins et de services intégrés (Demers, 2013). Les processus de collaboration incluent la prise de décision conjointe (Stank, Keller, Daugherty, 2001) et la résolution commune de problèmes (Spekman, Kamauff, Myhr, 1998). La collaboration signifie généralement que des organisations ou des personnes travaillent ensemble, mettent en commun et partagent des ressources, des informations et les risques associés pour tirer des avantages mutuels en fonction d'objectifs communs (Bititci, Turner, Mackay, Kearney, Parung, Walters, 2007 ; Pekkola et Ukko, 2016).

³³ Planification stratégique MSSS 2015-2020 (Objectif 20) : Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance.

³⁴ Planification stratégique MSSS 2015-2020 (Objectif 19) : 100% des établissements d'ici 2018 auront déployé leur salle de pilotage stratégique.

Le présent article s'intéresse à la mise en place d'un projet d'intégration des services auprès des enfants, des jeunes et des familles soutenues par un système intégré de gestion de la performance.

4.2.3 Cadre conceptuel

4.2.3.1 Le concept d'intégration

Le concept d'intégration révèle une multitude de définitions (Armitage, Suter, Oelke, Adair, 2009 ; Singer, Burgers, Friedberg, Rosenthal, Leape, Schneider, 2011). Il existe plus de 175 définitions du concept d'intégration (Armitage *et al.*, 2009). Il n'y a donc pas de compréhension claire quant à sa signification, à sa forme et à sa raison d'être (Simoens et Scott, 2005).

Dans le cadre du présent article, la définition de l'intégration de Kodner et Spreuwenberg (2002) est celle qui sera retenue considérant que la notion de santé est prise dans un sens large englobant les services sociaux. L'intégration est ainsi définie comme un ensemble de méthodes de financement, de gestion, d'organisation, de prestation de soins et de services créant un alignement cohérent et une collaboration entre les différentes parties prenantes dans le but d'améliorer l'état de santé de la population.

L'intégration des soins et des services peut être organisée selon deux modèles génériques d'alignement : l'intégration verticale et l'intégration horizontale (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Kathuria, Joshi, Porth, 2007 ; Shortell, 1995).

L'intégration verticale est associée à un mode de gestion traditionnelle (Jacquet, 2011) qui se réalise sous la forme d'une coordination de services interdépendants qui se situent en amont ou en aval d'une trajectoire de services (Shaw, Rosen, Rumbold 2011 ; Valentinj, Schepman, Opheij, Bruijnzeels (2013). Ainsi, l'intégration verticale

prend place au sein des différentes unités de l'organisation et à travers les différents niveaux hiérarchiques de la structure organisationnelle (Axelsson et Axelsson, 2006). Elle réfère à la gouvernance qui a la responsabilité de l'élaboration des stratégies, des objectifs, des plans d'action et des décisions ayant un impact à tous les niveaux d'une organisation. La mise en œuvre de la stratégie s'effectue efficacement, dans une logique de cascade et d'escalade de l'information, dans le but de rendre les décisions provenant des équipes terrain compatibles avec les décisions prises par les hauts dirigeants.

L'intégration horizontale réfère à une gouvernance collaborative inter organisationnelle et est à l'opposée d'une autorité hiérarchique et bureaucratique (Vangen, Hayes, Cornforth, 2016). Ainsi, l'intégration horizontale est définie comme étant un ensemble d'intervenants opérationnels, provenant d'établissements et de champs professionnels différents, à coopérer (Kathuria *et al.*, 2007) en toute confiance (Lamarche, Lamothe, Bégin, Léger, Vallières-Joly, 2001) et sans compétition dans le but d'éviter une fragmentation dans l'offre de services à l'utilisateur. L'intégration horizontale est un défi difficile à réaliser et ses progrès sont parfois longs à être observés puisqu'elle peut être freinée chroniquement par des débats corporatifs ou par une structure des pouvoirs centralisés (Pettersen, Solstad, 2013 ; Aghren, 2003).

La nécessité d'intégration est le résultat des dernières fusions dans les organisations de santé par l'ampleur des changements demandés par le nouveau cadre législatif de la loi 10. La performance se construit donc à travers une trajectoire de services dans une logique de complémentarité entre l'intégration verticale et horizontale (Pellinen, Teittinen, Järvenpää, 2015 ; Valentijn, Schepman, Opheij, Bruijnzeels, 2013).

Malgré l'évaluation positive de certains projets d'intégration, notamment celui du réseau intégré s'adressant aux personnes âgées (Tourigny *et al.*, 2002) démontrant des gains significatifs quant à l'amélioration de l'offre de services, certains auteurs (Glisson et Hemmelgarn, 1998) affirment qu'il y a peu d'évidences que les initiatives

d'intégration soutenues par des processus de coordination interorganisationnel améliorent de façon significative les services. Ces résultats convergent avec les initiatives connues au Québec pour améliorer, depuis plus de trois décennies, la continuité des soins et des services, notamment dans le secteur de la jeunesse. L'évaluation de l'expérience des fusions dans les services à la jeunesse par la création des Centres jeunesse dans le contexte de la réforme Couillard (MSSS, 2003) n'ont pas démontré leur plein potentiel pour améliorer l'intégration et la continuité des soins et des services à l'intention des enfants, des jeunes et de leurs familles (Bourque, Lachapelle, Savard, Tremblay, Maltais, 2010 ; Goyette, Bentayeb, Marion, 2014).

4.2.3.2 Le système intégré de gestion de la performance

Le système de gestion, présentement en déploiement dans les établissements de santé et de services sociaux, est défini comme une philosophie de gestion basée sur l'amélioration continue visant à maximiser les processus centrés sur la valeur client. Ce système est composé par un ensemble cohérent de principes, pratiques, outils standardisés et coordonnés contribuant, par un leadership partagé, à atteindre les objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes.

Ce système de gestion comprend plusieurs outils notamment la représentation graphique de la trajectoire, les salles de pilotage, le rapport d'état et le A3. Ce sont des outils complémentaires pouvant servir à trouver des solutions à des problématiques spécifiques et soutenir l'émergence d'une philosophie d'amélioration continue.

La trajectoire des soins et des services. La trajectoire est définie comme étant une coordination d'activités dans les soins de santé et de services sociaux dans le but d'obtenir une valeur ajoutée pour le patient (Aghren, 2003). Une activité à valeur ajoutée est un soin ou un service qui génère de la satisfaction chez l'utilisateur, et ce, du début jusqu'à la fin du parcours à l'intérieur de son processus de soins et services

(Kollberg, Dahlgard, Brehmer, 2007). La collaboration des différents professionnels permet notamment de développer, de maintenir et de renforcer les capacités qui contribuent à la performance organisationnelle (Mentzer, 2001 ; Shankar, Mittal, Rabinowitz, Baveja, Acharia, 2013).

La littérature démontre qu'il existe différentes formes d'intégration au sein même d'une trajectoire et Leutz (1999) les transpose sur un continuum d'interdépendance imbriquant trois modèles d'intégration notamment de liaison, de coordination et de pleine intégration auquel s'ajoute une absence d'intégration (Strandberg-Larsen, 2008). Plus l'interdépendance sera grande, plus il sera nécessaire de partager des processus communs, des pratiques communes et de prendre des décisions partagées.

Le modèle de liaison se traduit principalement par l'introduction de protocoles de transfert d'information et de lignes directrices soutenant ainsi l'importance d'un bon aiguillage des patients vers les services répondant à leurs besoins. La communication entre les parties prenantes impliquées est essentielle pour assurer la continuité des soins et des services auprès de l'utilisateur (Nies, 2004). Le modèle de coordination réfère principalement aux trajectoires de soins et de services et ce, en lien avec d'autres parties prenantes (Aghren et Axelsson, 2007). Il prévoit des structures comme des postes qui ont pour rôle de coordonner l'ensemble des services à travers les établissements (Leutz, 1999, 2005) impliquant ainsi une coordination à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation c'est-à-dire au niveau stratégique, tactique et opérationnel. Dans le cadre d'une intégration complète, une organisation, ou une entité la constituant, est responsable de la prise en charge de l'ensemble des services spécifiques requis par les usagers (Leutz, 1999). Une intégration complète repose sur une équipe interdisciplinaire. L'utilisateur doit répondre à certains critères pour avoir accès aux services requis. Selon Leutz (1999), ce n'est pas l'ensemble des usagers qui requièrent ce type d'intégration complète. À ce continuum d'intégration, un point zéro peut être

ajouté. Il s'agit de l'absence de toute forme d'intégration entre les services ou les unités (Strandberg-Larsen, 2008).

La littérature démontre qu'un niveau élevé d'intégration ne pourrait être interprété comme étant meilleur que les niveaux d'intégration inférieure. Le niveau d'intégration devrait être considéré comme un élément différentiel variant ou s'adaptant selon les besoins d'intégration. Dans certains cas, il est nécessaire de fusionner les différentes organisations ou les services, tandis que dans d'autres cas, l'intégration pourrait se limiter à des contacts de collaboration (Aghren, 2012).

Bref, l'intégration est un concept très large, pouvant aborder plusieurs éléments de façon plus ou moins précise selon l'angle choisi. Cependant, les caractéristiques omniprésentes dans la littérature sur l'intégration sont celles notamment de la collaboration, de la coordination de l'interdépendance entre les différentes parties prenantes et de la communication dont l'objectif est l'atténuation des obstacles rencontrés, en aval ou en amont, sur la trajectoire de l'utilisateur. L'intégration pourrait ainsi être soutenue par les outils proposés par le système intégré de gestion de la performance. Ces outils misent sur une logique de communication favorisant une collaboration accrue entre les parties prenantes. Une communication selon un principe de cascade et d'escalade permettant une résolution de problème collective et une prise de décision rapide et en temps réel pour éliminer les obstacles rencontrés sur la trajectoire de services. La participation de tous les employés à l'amélioration de la performance organisationnelle est également à considérer.

Les salles de pilotage. Les salles de pilotage sont des lieux où se rencontrent les membres d'une équipe de travail afin de statuer, de façon dynamique, sur la performance actuelle et engager la discussion pour soutenir la performance future (Lagacé et Landry, 2016). Ces rencontres se déroulent selon un standard d'animation. Les quatre dimensions du cycle de Deming (*Plan-Do-Study-Act*) sont affichées sur les quatre murs à l'intérieur d'un espace dédié et ont pour but l'amélioration de la gestion

de l'information, la réduction des temps de discussions et de la bureaucratie, l'augmentation de la cohésion d'équipe et de rendre les problèmes visibles (Shahbazi et Javadi, 2012). Les salles de pilotage encouragent une gestion transversale de l'organisation afin de bien comprendre et saisir les différents enjeux organisationnels (Tezel, Koskela, Tzortzopoulos, 2016). Par une gestion visuelle, les salles de pilotage mettent en évidence les opportunités d'amélioration, encouragent la perfection tout en éliminant les gaspillages et proposent des initiatives pour appuyer une culture d'amélioration continue (Eaidgah, Maki, Kurczewski, Abdekhodae, 2015). Elles interpellent une solide collaboration entre les membres d'une équipe de travail (Papakiriakopoulos et Pramataris, 2010) permettant de communiquer les objectifs et les indicateurs liés à la performance actuelle, de manière simple et ouverte, permettant ainsi un flux d'informations efficace et efficient auprès d'une équipe de travail (Eaidgah *et al.*, 2015 ; Jaca, Viles, Jurburg, Tanco, 2014).

Le rapport d'état. La littérature abordant le rapport d'état n'est pas très abondante puisqu'il s'agit d'un outil maison développé par Thedacare au Wisconsin. Il constitue le fondement même de leur système de gestion de la performance (Barnas, 2014). Le rapport d'état est défini comme une conversation standardisée entre l'employé et son supérieur immédiat permettant d'apprendre et de mieux comprendre l'état de situation des opérations qui se déroulent dans l'organisation. Les questions contenues au rapport d'état ont pour but de soutenir une gestion proactive passant ainsi des conversations superficielles à des informations critiques et pertinentes pour prévenir et éviter d'éventuels problèmes.

Le gestionnaire est en capacité de soutenir son équipe dans l'offre de services et dans la mise en œuvre des moyens pour mitiger les obstacles quant à l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et ce, en conformité avec le Vrai Nord de l'organisation. Le rapport d'état permet une présence du gestionnaire sur le terrain qui lui permet de bien de connaître ses équipes de travail et d'envisager des possibilités de délégation de certaines responsabilités. Par une gestion proactive de la performance, il

peut soutenir les équipes dans la prise de décision, dans l'objectif de s'améliorer continuellement. Le gestionnaire n'est plus l'expert qui sait tout et encourage un leadership partagé au sein de ses équipes. Il agit comme facilitateur.

Le A3. Le A3 est un outil visuel utilisé comme un processus de résolution de problème basé sur une méthode scientifique reprenant le cycle *PDSA* de Deming. Le A3 fournit un état d'avancement sur les projets en cours et rend compte des résultats à l'équipe (MSSS et Chaire IRISS, 2015 ; Teixeira Lot, Sarantopoulos, Li Min, Perales, Boin, Ataide, 2018).

Le A3 est un outil qui a été proposé par Toyota Motor Corporation (Sobek II & Jimmerson, 2004). Le terme A3 fait référence aux dimensions internationales d'une feuille de papier qui est d'environ 11 1/2 par 17 pouces. Le A3 permet de présenter les défis organisationnels sur une seule page et d'arriver à élaborer des pistes de solution. Il existe une multitude de A3 mais deux types sont utilisés dans cette recherche. L'un est axé sur le niveau stratégique (A3 mère) et l'autre se trouve davantage à un niveau opérationnel (A3 fille) (Landry et Beaulieu, 2016).

Pour terminer la partie du cadre conceptuel, il devient important de considérer l'intégration comme étant une tâche complexe à réaliser en raison des nombreuses parties prenantes impliquées. L'intégration structurelle ou sur une base volontaire sont des éléments de contexte pouvant modifier les méthodes de travail, créer de l'incertitude chez les gestionnaires et le personnel, et fragiliser les intérêts professionnels et personnels. Mettre en place la collaboration nécessaire pour établir des mécanismes de liaison, de coordination ou de pleine intégration (Leutz, 1999) nécessite une combinaison de circonstances organisationnelles favorables, notamment la présence d'incitations à réaliser l'intégration au profit d'une clientèle visée, un leadership fort démontrant une vision claire suscitant l'engagement des parties prenantes, une équipe de direction impliquée et engagée et un processus d'évaluation rigoureux. L'implication du personnel de première ligne dans les processus de prise de

décision est un incontournable pour réussir un projet d'intégration (Packard, Patti, Daly, Tucker-Tatlow, 2013).

En ce sens, il semble que les stratégies d'intégration sont multiples et que leur déploiement dépend du contexte organisationnel et des ressources disponibles mettant tout de même en évidence l'importance de la présence d'une gouvernance, du soutien des instances centrales et de la diversification des ressources dans les processus d'intégration (Fleury *et al.*, 2006). C'est dans cette perspective que l'article démontre comment les différents outils du système intégré de gestion de la performance peuvent soutenir les processus d'intégration.

4.2.4 Contexte opératoire

Une étude de cas unique a été utilisée pour explorer si l'intégration est supportée par le système intégré de gestion de la performance au CISSS de la Gaspésie. La collecte de données s'est échelonnée, sur le lieu de travail des participants, entre le mois d'août 2018 et octobre 2018 auprès de quatre intervenants psychosociaux, six gestionnaires de la haute direction et auprès de cinq cadres intermédiaires qui se sont portés volontaires pour participer à la recherche. Chaque entretien d'une durée de 60 minutes a été réalisé à partir d'un guide d'entretien semi-structuré comportant des questions ouvertes basées en partie sur une revue systématique de la littérature abordant le processus de mise en place du système intégré de gestion de la performance et de l'intégration des soins de santé et des services sociaux. Tous les interviews ont été enregistrés sur bande audio, transcrits et codés à l'aide du logiciel NVivo.

De plus, trois groupes de discussion ont été réalisés. Chaque groupe de discussion tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel avait une durée de 90 minutes et a permis d'enrichir les données captées lors des entretiens individuels. Un guide d'entretien contenant des questions ouvertes a également été élaboré pour soutenir l'animation.

Dans le but de minimiser les risques de biais, la recherche a été réalisée en conformité avec le principe de triangulation des données notamment par des entretiens semi-dirigés, des groupes de discussion et plus de 350 heures d'observation non-participante. De plus, une consultation de la documentation organisationnelle a été effectuée.

Le projet de recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous les participants ont donné leur accord après avoir reçu l'ensemble des informations pertinentes à leur collaboration. Ils ont signé un formulaire d'information et de consentement autorisant ainsi l'enregistrement de l'entretien individuel et du groupe de discussion.

La prochaine partie abordera comment un système intégré de gestion de la performance contribue à l'intégration horizontale des soins et des services.

4.2.5 Problématique

Saisissant les opportunités d'intégration qu'offre la réforme en vigueur depuis avril 2015, la haute direction du CISSS de la Gaspésie opte pour la mise en œuvre d'un projet ambitieux d'intégration verticale et horizontale des services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles. Dans le but de soutenir ce projet d'intégration pour améliorer l'offre de service, la haute direction entend déployer différents outils issus d'un système intégré de gestion de la performance notamment le rapport d'état et les salles de pilotage.

Dans un premier temps, elle fait le choix d'intégrer, au sein d'une seule et même équipe, les services offerts par la direction de la protection de la jeunesse³⁵ et la

³⁵ La Direction des programmes jeunesse offre des services de première ligne (santé et services sociaux) aux enfants et aux jeunes âgés entre 0-18 ans et gère les programmes de réadaptation interne et externe ainsi que l'application des mesures (article 33) déléguée par la Direction de la Protection de la jeunesse. La Direction de la Protection de la jeunesse a comme mandat de protéger les enfants et les adolescents dont la sécurité ou le développement est compromis. Elle intervient à partir de signalements reçus de

direction du programme jeunesse. Un seul gestionnaire par équipe intégrée pour gérer le continuum offrant dorénavant une gamme complète de soins et de services aux enfants, aux jeunes et aux familles. À ce moment, l'option d'une intégration verticale représente un bon potentiel de coordination sous les conditions changeantes rencontrées par les organisations (Leatt, George, Guerriere, 2000). Cette première impulsion d'intégration provient de la haute direction et est un critère de succès dans ce type de démarche (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Ramsey et Fulop, 2008). Néanmoins, l'intégration verticale pourrait représenter un risque potentiel pour cette nouvelle organisation multi vocationnelle puisqu'elle pourrait, éventuellement, créer des silos plus grands (Barratt, 2004) par la cristallisation des positions de chacune des directions.

L'accessibilité et la continuité des services auprès des enfants, des jeunes et des familles deviennent ainsi des éléments importants d'une intégration horizontale dans le sens où une équipe locale interdisciplinaire pourra assurer une meilleure coordination des services et ce, en collaboration avec d'autres directions offrant également des services aux enfants. La littérature supporte cette décision d'intégration représentant ainsi une force motrice d'amélioration de la performance (Aghren et Axelsson, 2007).

4.2.6 Résultats

4.2.6.1 Un premier pas vers l'intégration horizontale

Consciente que la fusion des établissements, qui a cours depuis avril 2015, peut mener vers de nouvelles formes de fragmentation des soins et des services, la haute direction de l'établissement à l'étude invite, en juin 2016, l'ensemble des gestionnaires intermédiaires des équipes intégrées et les cadres supérieurs, à une première rencontre.

personnes qui ont des motifs raisonnables de croire que le développement ou la sécurité d'un jeune âgé de 0 à 17 ans est compromis.

L'objectif est de consolider l'équipe jeunesse intégrée par un meilleur arrimage entre la direction jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse³⁶ et de mitiger les silos organisationnels. Cette démarche, point d'ancrage d'une intégration horizontale, nécessite selon Ostroff (1999), des décisions claires de la part de la haute direction sur l'intégration structurelle reconnaissant l'importance de travailler en collaboration inter-organisationnelle (Pekkola et Ukko, 2016). De plus, selon Leutz (2005), l'intégration ne se produira que si toutes les parties participent à la planification et à sa mise en œuvre.

La rencontre s'est déroulée sur deux journées et les gestionnaires ont été appelés à cartographier deux trajectoires : l'une faisant référence à l'état actuel du cheminement d'un enfant et de sa famille et l'autre étant la trajectoire souhaitée par le projet d'intégration. Les stratégies centrées sur le client constituent le point de départ des processus organisationnels horizontaux (Chenhall, 2008). La haute direction y formule une vision très claire :

- Un jeune ne sera plus jamais seul avec sa souffrance ;
- Un jeune sera toujours accompagné dans son parcours ;
- Faire l'impossible pour éviter la compromission³⁷

Les partenaires internes notamment la direction en déficience intellectuelle, la direction des services sociaux généraux et les partenaires externes ont été interpellés ultérieurement et ce, dans un but de tisser des liens robustes au sein du programme jeunesse pour assurer une accessibilité et une continuité des services auprès de la clientèle ciblée amorçant ainsi un processus d'intégration horizontale.

³⁶ La Direction des programmes jeunesse offre des services de première ligne (santé et services sociaux) aux enfants et aux jeunes âgés entre 0-18 ans et gère les programmes de réadaptation interne et externe ainsi que l'application des mesures (article 33) déléguée par la Direction de la Protection de la jeunesse. La Direction de la Protection de la jeunesse a comme mandat de protéger les enfants et les adolescents dont la sécurité ou le développement est compromis. Elle intervient à partir de signalements reçus de personnes qui ont des motifs raisonnables de croire que le développement ou la sécurité d'un jeune âgé de 0 à 17 ans est compromis.

³⁷ L'enfant doit recevoir l'ensemble des services afin que son développement et sa sécurité soient assurés.

- Jimmy n'est pas seulement jeune [...] il a d'autres besoins [...] il peut être déficient, autiste [...]. (Intervenant)

L'exercice s'avère ardu et la trajectoire souhaitée demeure fragile puisqu'il faut faire face aux obstacles liés aux différences culturelles des établissements nouvellement fusionnés, aux valeurs et aux intérêts de ceux-ci. La réalité du parcours chaotique de la situation actuelle frappe l'imaginaire de tous les gestionnaires. Le constat est lourd et démontre une multiplicité d'intervenants dans la vie d'un enfant et dans celle de sa famille, d'une multiplicité d'évaluations, de signalements, d'allers-retours de l'enfant entre sa famille d'origine et sa famille d'accueil, etc. Pourtant, l'enfant n'a pas encore atteint ses 10 ans.

Devant ce constat pour le moins troublant, le groupe de travail entreprend une réflexion sur la stabilité et la continuité des services et la notion d'intervenant famille survient alors. Un intervenant qui aurait une responsabilité de coordonner l'ensemble des services et ce, dans le maintien d'un lien significatif tant avec l'enfant qu'avec les parents. Ce projet d'intervenant famille fait référence au modèle de coordination décrit par Leutz (1999).

Il y a une volonté parmi les gestionnaires de passer rapidement à l'action et de collaborer pour un meilleur arrimage au profit de l'enfant, du jeune et de sa famille. Ces derniers sont véritablement situés au cœur du projet d'intégration et les gestionnaires ont cru bon de donner un nom d'enfant au projet, celui de Jimmy, pour le considérer véritablement comme un partenaire et non comme un simple objet d'intervention ou une statistique. Jimmy devient ainsi le catalyseur du projet d'intégration par l'optimisation de la collaboration intra et inter professionnelle.

- La logique client [...] y'a personne qui peut dire qu'il souhaite un jeune avec sa souffrance [...] d'avoir attaché le projet clientèle rendait les choses moins lourdes. (CODIR)

Pour consolider la collaboration entre les gestionnaires au terme de ces deux journées, un A3 stratégique est élaboré et chaque gestionnaire présent y appose sa signature manifestant ainsi un engagement formel à le réaliser et à collaborer à sa mise en œuvre.

4.2.6.2 Un projet d'intégration horizontale selon les modèles de liaison et de coordination de Leutz (1999)

C'est à partir du A3 stratégique, celui de Jimmy, que quatre A3 ont été développés et nommés Charlotte, Henriette, Rosalie et Juliette. Ces A3 interpellent davantage le niveau tactique et opérationnel et ont comme objectif d'élaborer des actions favorisant l'intégration des services sur la trajectoire souhaitée. Les différentes actions prévues dans les A3 encouragent un modèle de liaison confirmant ainsi l'introduction de protocoles de transfert d'information notamment par l'harmonisation de l'ensemble des processus d'accueil dédiés à la jeunesse et l'utilisation des plans de services. Toutefois, un A3 concerne spécifiquement la mise en place d'un intervenant famille répondant au modèle de coordination de l'ensemble des services requis par un jeune en difficultés. La trajectoire devant être ajustée en fonction des profils de tous les petits Jimmy du territoire dans le sens où certains jeunes ne présentant pas une ou des conditions particulières peuvent obtenir des services adéquats à leur situation dans un système plus régulier alors que les situations en très grande vulnérabilité et présentant des besoins complexes peuvent recevoir des services bien intégrés à l'aide notamment des plans de services individualisés. Le A3 a été suivi à la salle de pilotage stratégique par la haute direction et les A3 filles, à l'intérieur de la salle de pilotage tactique.

La haute direction, prenait en 2015, la décision d'intégrer les services jeunesse et leur mise en œuvre a été supportée notamment par les salles de pilotage tactiques et opérationnelles. Les modalités pour consolider la collaboration entre les intervenants de l'équipe intégrée sont améliorées de façon continue et conjointe en raison d'une animation hebdomadaire de la salle de pilotage opérationnelle.

- Les joueurs qui font partie de la trajectoire de service sont ensemble dans le même espace pour s'assurer qu'on atteigne nos indicateurs mais aussi qu'on propose des billets d'amélioration. (Cadre intermédiaire)

4.2.6.3 *La trajectoire de Jimmy à la salle de pilotage stratégique*

L'étude de cas se situe au début d'un projet d'intégration. L'équipe de direction est récemment constituée et les cadres, nouvellement nommés, sont davantage préoccupés par la protection de leurs ressources en raison de la rigueur budgétaire imposée. Le sentiment d'être seul et dans son silo est présent. Les observations réalisées au cours de l'étude de cas démontrent une absence d'intégration se situant à l'extrémité du continuum de Leutz (Strandberg-Larsen, 2008).

- Ce que j'ai trouvé difficile au début [...] c'est certain qu'on travaille en silos et que des modifications devaient être apportées par chacune des directions. Y'avait comme une peur. On se refermait. (Cadre supérieur)

Le A3 mère a alimenté la salle de pilotage stratégique lors du déploiement du projet d'intégration. À ce moment, l'enjeu central était d'établir un niveau d'interdépendance (Praetorius, 2014) entre les cadres supérieurs venant d'être nommés à leur poste au sein du nouveau CISSS pour atteindre un objectif commun d'intégration organisationnelle visant davantage un modèle d'intégration axé sur la liaison.

Une interdépendance devant dorénavant se vivre à l'intérieur d'un nouveau modèle de gestion notamment devant une salle de pilotage stratégique reposant principalement sur la confiance dans un contexte marqué par les compressions budgétaires et la pénurie de main d'œuvre. Dès lors, la Présidente-directrice générale mise sur les forces individuelles de chacun des cadres pour appuyer un nouveau modèle de gestion où la performance collaborative fait partie de la vision d'intégration soutenant ainsi la littérature. La collaboration à la trajectoire doit être exemplaire et ce, pour tous les niveaux hiérarchiques d'une organisation (Barratt, 2004).

- La loi 10 demande un grand changement. Il faut une grande ouverture pour collaborer dans ce contexte d'inter direction. Au début, c'était chacun pour soi. (CODIR)
- La PDG est venue nous légitimer dans la conduite du projet. Elle a une belle approche clientèle. Elle a un focus très fort sur le client. (Cadre supérieur)

Des orientations stratégiques claires ont été discutées au comité de direction ayant un impact à tous les paliers d'une organisation. Ces orientations ont été affichées sur le mur PLAN servant à améliorer la performance organisationnelle à long terme et le projet d'intégration y est priorisé.

- Tous les jours, on se rend compte qu'il y a des jeunes laissés à eux-mêmes [...] il faut avoir la conviction profonde que c'est la solution, la voie de passage pour diminuer la souffrance. (CODIR)

L'appropriation de la vision du projet Jimmy par l'ensemble des cadres supérieurs a permis une compréhension au sens donné au projet d'intégration. Les attentes de collaboration sont ainsi signifiées par la haute direction et la collaboration fait partie des valeurs organisationnelles retenues. L'intégration organisationnelle ne semble représenter aucunement une menace et les directeurs voient la pertinence d'y collaborer.

- Il y a eu un bon accueil de l'équipe de direction. La réalité nous parlait beaucoup [...] maintenant lorsqu'on regarde une situation, on met l'enfant au milieu de la table, c'est là notre préoccupation. (Cadre supérieur)

Malgré une vision d'intégration communiquée, les observations réalisées lors de l'étude de cas, indiquent que le mot intégration n'a pas été défini et qu'il a référé, tout au long de l'étude, davantage à une intégration complète dans une perspective clinique uniquement. Ainsi, les secteurs de soutien n'ayant pas été impliqué lors du projet d'intégration, leur participation est mitigée, sinon absente, pendant tout le projet d'intégration jeunesse.

- L'intégration ne se travaille pas à la salle de pilotage stratégique. (Cadre supérieur)

- [...] à la salle de pilotage, je ne me sens pas toujours à ma place. (Cadre supérieur)
- Les autres directions (administratives) sont plutôt des spectateurs. (Cadre supérieur)

L'animation soutenue de la salle de pilotage stratégique, aux deux semaines, par la Présidente-directrice générale démontre que l'émergence de l'interdépendance entre les directions cliniques et administratives suit une lente évolution vers un modèle de liaison. Ce modèle permet à certains protocoles de voir le jour notamment celui qui uniformise le protocole sur les plans d'intervention ou les comités cliniques.

L'un des principes décrits par Leutz (2005) énonce que d'intégrer les services, ou même simplement de collaborer, oblige les gestionnaires à élargir leurs connaissances, leurs perspectives et leurs intérêts. Les observations réalisées portent à croire qu'une logique de compétition inter directions est présente inhibant du même coup la réflexion vers une plus grande collaboration. C'est davantage dans une perspective de reddition de compte pour atteindre les cibles ministérielles que l'animation de la salle de pilotage est réalisée. Chaque direction tente, individuellement, de résoudre les problèmes d'écart aux cibles ministérielles et les liens de collaboration pour trouver une solution collective sont pratiquement inexistantes. Le travail collaboratif à l'atteinte des buts, à la résolution de problème et à la prise de décision conjointe quant à la fluidité de la trajectoire sont des thèmes récurrents repris par les répondants. À titre d'exemple, les directions cliniques et administratives ont développé, tour à tour, leur offre de services à l'intérieur de leurs services en fragmentant, de façon inconsciente, les services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles.

Les observations réalisées lors de l'animation de la salle de pilotage stratégique permettent de constater les difficultés rencontrées par l'équipe de direction

lorsqu'arrivés au mur réponse-action³⁸. Les actions mises au tableau relèvent davantage de grands projets dont la réalisation serait projetée sur du long terme. Or, le mur réponse-action a comme objectif de soutenir le court terme sur des points critiques liés à la performance en y présentant les cibles à atteindre, la problématique soulevée, l'obstacle rencontré et le résultat attendu pour la prochaine animation de la salle de pilotage. Les méthodes de résolution de problèmes sont importantes dans l'animation des salles de pilotage, selon Jusko (2016), et les cycles *PDSA* sont difficiles à réaliser. La littérature démontre que les processus collaboratifs soutiennent une résolution de problèmes collective (Spekman *et al.*, 1998) et devraient être considérés comme un partage d'informations pour améliorer la trajectoire de Jimmy.

Le suivi à l'aide du A3, réalisé lors de l'animation de la salle de pilotage stratégique, permet une communication efficace et concise sur les avancées et les défis du projet. Les directions cliniques, autre que celle dédiée à la jeunesse, y considèrent une contribution dans le projet d'intégration mais ce sont les modalités pour y participer qui semblent poser problèmes.

- [...] théoriquement, la direction de la santé physique situe bien la trajectoire mais ne sait pas comment y participer. Il faut trouver les bonnes façons de faire. (CODIR)

4.2.6.4 La salle de pilotage tactique : lieu d'intégration horizontale et verticale

Tout au cours de la première année d'intégration, le projet piétine par l'absence de leadership et de difficultés de collaboration, de la part des cadres supérieurs dédiés à la jeunesse, et la salle de pilotage tactique n'est aucunement animée et l'intégration y est absente. Les difficultés liées au leadership ont freiné sérieusement le projet d'intégration (McCutcheon et Stuart, 2000).

³⁸ Mur réponse-action qui permet de solutionner des problématiques soulevées lors de l'animation de la salle de pilotage.

Le départ de ces deux directeurs en 2017, et l'arrivée de deux nouveaux cadres supérieurs, ayant un profil collaboratif, fait une énorme différence dans l'évolution du projet d'intégration entre la direction du programme jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse basé sur une meilleure coordination des soins et des services. Les observations confirment que l'environnement de la trajectoire soutient une collaboration entre les partenaires établissant de solides relations les uns avec les autres. La philosophie d'intégration qui sous-tend une trajectoire élimine les limites organisationnelles (Papakiriakopoulos et Pramataris, 2010).

Dans un souci d'une meilleure collaboration pour soutenir le projet d'intégration, le directeur programme jeunesse et la directrice de la protection de la jeunesse implantent une seule salle de pilotage tactique, pour favoriser les échanges et la collaboration entre les deux équipes de gestionnaires provenant d'horizons professionnels différents. Ainsi, le choix de déployer une seule salle de pilotage tactique soutient une meilleure communication et une intégration tant verticale qu'horizontale.

La mise en œuvre de la stratégie s'effectue efficacement, dans une logique de cascade et d'escalade de l'information, par le déploiement de la salle de pilotage tactique dans le but de rendre les décisions d'intégration compatibles avec les orientations prises par les hauts dirigeants. Cette mise en œuvre confirme l'importance d'un alignement cohérent et de collaboration entre les différentes parties prenantes (Kodner et Spreeuwenberg, 2002). Les salles de pilotage opérationnelles ont été mises en place plus d'une année après le début du projet d'intégration jeunesse.

L'animation de la salle de pilotage tactique est un incontournable dans le déploiement d'un changement visant l'intégration clinique des services et ce, malgré plusieurs études soulignant que l'interdisciplinarité entre les intervenants en 1ère

ligne³⁹ et 2ème ligne est difficile voire inexistante (Careau, 2015). En ce sens, la collaboration est considérée comme le moteur d'une gestion efficace des processus d'intégration (Horvath, 2001) pour améliorer la coordination de services (Sanders et Premus, 2005). La salle de pilotage tactique permet ainsi de mieux coordonner les pratiques ayant un effet positif sur un premier projet d'intégration clinique au sein du CISSS. C'est à la salle de pilotage tactique qu'un suivi se réalise quant au continuum de services requis par Jimmy et sur les zones de discontinuité identifiées par les salles de pilotage opérationnelles.

- La salle de pilotage tactique a été très mobilisante [...] dans un nouveau contexte d'intégration [...]. (Cadre supérieur)

La collaboration entre les deux directions participantes au projet est animée à la salle de pilotage tactique où les gestionnaires du programme jeunesse et ceux de la direction de la protection de la jeunesse font équipe, partagent une même vision et sont en capacité de prendre rapidement des décisions collectives et de résoudre des problèmes ayant un impact sur la trajectoire de Jimmy. Une communication franche et ouverte est nécessaire se traduisant par une réduction des discussions inutiles en offrant la possibilité de prendre des décisions collectives plus rapidement (Terenghi, Cassina, Kristensen, Terzi, 2014).

- C'est une courroie de transmission qui a un impact incroyable. L'information est là. On ne va pas voir 15 personnes pour résoudre notre problème. (Cadre intermédiaire)

La coordination se vit dans la responsabilisation de chacun des partenaires à poser des actions pour diminuer les irritants qui pourraient freiner éventuellement le projet d'intégration. Ce qui est apprécié par les parties prenantes de la salle de pilotage tactique c'est la rapidité avec laquelle les problèmes sont identifiés et la rapidité pour

³⁹ Première ligne : Services offerts par la mission CLSC

Deuxième ligne : Services offerts par la mission Centre jeunesse en vertu des articles 32 et 33

l'équipe d'être en mode solution et de prendre des décisions partagées contribuant ainsi à une meilleure accessibilité, continuité et qualité des soins et des services.

- C'est une belle façon de développer les projets avec Jimmy, de donner des responsabilités, des échéanciers, de suivre ce qui doit être fait pour Jimmy, pour l'amélioration des services. (Cadre intermédiaire)
- On a des résultats concrets [...] on se met en action, les choses bougent [...] y'a un suivi lors de l'autre salle de pilotage. (Cadre intermédiaire)

Selon Leutz (1999), le modèle de coordination prévoit la mise en place de structures explicites notamment par la dotation de postes par des intervenants ayant un rôle de coordination des services à travers les établissements. La coordination portant plus de structure que la liaison. Les observations portent à croire que les préoccupations d'adopter un mode de liaison et de coordination par le déploiement d'un intervenant famille ne sont pas comblées. Le déploiement de l'intervenant famille avait été prévu par le A3 Rosalie et son rôle était d'améliorer les contacts entre les directions et d'assurer une continuité auprès de l'utilisateur. Toutefois, en cours de route, la définition de cet intervenant famille a été confiée à une autre direction.

- Il faut que tout le monde veuille évidemment participer ensemble [...] on demeure encore dans certaines situations en silos. Jimmy [...] on ne peut le travailler tout seul parce qu'on parle de jeunes avec des épisodes de services. (Cadre intermédiaire)

Malgré une communication de la haute direction quant au projet d'intégration des équipes jeunesse, les gestionnaires ont des préoccupations quant à l'implication des autres directions dans l'arrimage de la trajectoire avec les autres directions du CISSS et ce, dans une perspective d'intégration horizontale. Ils émettent l'idée que cette préoccupation pourrait faire l'objet d'un échange à la salle de pilotage stratégique permettant ainsi une cohérence organisationnelle dans l'opérationnalisation de la vision de l'intégration organisationnelle.

- On ne sait pas pourquoi [...] mais ça ne lève pas dans les autres directions [...] les salles tactiques ne se parlent pas [...] c'est peut-être une préoccupation qui devrait aller à la salle de pilotage stratégique. (Cadre intermédiaire)

Les observations portent à croire que les gestionnaires ont une visibilité instantanée des obstacles rencontrés quant à la fluidité de la trajectoire à la salle de pilotage tactique. Toutefois, considérant que la mise en place des salles de pilotage tactiques des autres directions ne s'est pas déroulée au même rythme que celle dédiée à la jeunesse, les billets d'amélioration⁴⁰ ne trouvent malheureusement pas d'endroit où ils pourraient être réglés puisqu'ils appartiennent à une autre direction.

- Il serait intéressant d'avoir les heures et les jours où les autres salles sont animées. On pourrait aller porter notre billet d'amélioration ou les inviter à la nôtre. (Cadre intermédiaire)
- La trajectoire est bien partie. Y'a d'autres directions qui doivent être intégrées [...] tout ce qui concerne l'entrée des services. Quand on suit Jimmy dès son entrée [...] les jeunes c'est aussi d'autres directions [...]. (Cadre intermédiaire)

Les processus d'intégration ne sont pas seulement à développer au sein des équipes mais doivent être un moteur exemplaire pour les niveaux tactiques et stratégiques de l'organisation. En ce sens, la mise en place de stratégies pour éviter une discontinuité dans le cheminement de Jimmy s'effectue au sein du programme jeunesse dans une logique de cascade et d'escalade de l'information avec la haute direction. À titre d'exemple, l'arrivée des groupes de médecine familiale dans le processus d'intégration imposée par le MSSS a apporté beaucoup de préoccupations et d'irritants quant à une nouvelle fragmentation de l'offre de service pour Jimmy. Cette situation préoccupante pour les intervenants est remontée jusqu'à la salle de pilotage stratégique selon le principe d'escalade du système intégré de gestion de la performance.

⁴⁰ Les billets d'amélioration sont des outils utilisés lors de l'animation des salles de pilotage permettant l'identification d'opportunités d'amélioration et des solutions rapides selon un cycle *PDSA*. Les billets soutiennent une communication selon une approche *bottom-up*.

- Le GMF [...] c'est plus lourd qu'avant la fusion [...] le GMF s'est ajouté et apporte une double évaluation pour la famille. Plusieurs fois, les médecins ne réfèrent pas au bon endroit et c'est le jeune qui n'a pas les bons services en bout de ligne. (Intervenant)
- Y'a eu une préoccupation qui venait des salles de pilotage opérationnelles quant à l'accès en GMF. Au comité de direction, on le travaille maintenant en A3 à la salle de pilotage stratégique. C'est un dossier qui sollicite plus qu'une direction. (CODIR)

4.2.6.5 Les salles de pilotage opérationnelles : lieu de communication, de collaboration et de coordination

Le CISSS, procédait en 2015, à la mise en place d'une seule équipe dédiée aux enfants, aux jeunes et aux familles réparties sur les quatre réseaux locaux du territoire. Ainsi, le fait d'avoir fait le choix de mettre en place une équipe intégrée entre la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne permet une collaboration optimale lors de l'animation de la salle de pilotage opérationnelle. Les observations réalisées, lors de l'étude de cas, démontrent une meilleure compréhension et partage d'expertise quant aux rôles et responsabilités de chacun des intervenants dans la création de cette nouvelle équipe. Les salles de pilotage sont des outils du système intégré de gestion de la performance qui peuvent être utilisés selon le contexte pour soutenir la collaboration. Elles représentent donc un moyen pour favoriser la collaboration multidisciplinaire, la connaissance de l'autre et l'interdépendance par une intégration professionnelle.

- À force de mettre les équipes ensemble, ils comprennent les différentes réalités et y'a une certaine proximité qui est en train de s'installer. (Cadre intermédiaire)

La participation des intervenants à la salle de pilotage opérationnelle permet qu'ils collaborent ensemble pour assurer l'accessibilité et la continuité des services s'appropriant des champs de compétences différents selon leur provenance.

- Pour mon équipe, ça a permis une meilleure cohésion sur notre prestation de services. Je n'avais pas les effectifs nécessaires mais les gens prenaient sans

distinction des situations sous la Loi de la protection de la jeunesse⁴¹ ou CLSC [...] travailler ensemble pour ne pas laisser Jimmy seul. (Cadre intermédiaire)

L'animation des salles de pilotage opérationnelles permet une meilleure collaboration entre les intervenants et rend les problèmes visibles permettant de mieux comprendre les problèmes liés à la fluidité de la trajectoire. Néanmoins, l'étude de cas démontre que des efforts devront être consentis pour accroître l'intensité des interactions avec les équipes des autres directions interpellées dans la trajectoire de Jimmy. Mentionné auparavant, le déploiement des salles de pilotage opérationnelles dans les autres directions n'a pas nécessairement suivi le rythme de déploiement du secteur dédié à la jeunesse. Il semble qu'il soit difficile d'apporter des préoccupations des autres directions puisque les nouveaux mécanismes de communication ne sont pas encore formalisés depuis la fusion des établissements. Les intervenants et les gestionnaires souhaitent pouvoir adresser leurs préoccupations par les salles de pilotage. Présentement, ce manque de communication est vécu comme une perte de contact qui n'aide pas Jimmy.

- Les services sociaux généraux pourraient assister à nos caucus. On pourrait résoudre des problèmes ensemble. Ça ne coule pas avec le GMF. (Intervenant)

Par une animation hebdomadaire de la salle de pilotage opérationnelle, le gestionnaire intermédiaire exerce une gestion de proximité auprès de ses équipes de travail. Il devient en quelque sorte un gestionnaire des opérations. La poursuite d'objectifs communs, la recherche d'excellence et le contrôle des indicateurs significatifs par les équipes terrain créent un sentiment de confiance et une volonté accrue de collaborer à la fluidité de la trajectoire. Pour assurer une responsabilité de tous les intervenants et une pérennité du projet d'intégration, l'animation de la salle de pilotage a été démocratisée au sein de quelques équipes où chaque intervenant prend

⁴¹ Les services sous la Loi de la protection de la jeunesse sont offerts suite à un signalement retenu. Des services sur une mesure volontaire peuvent être offerts lorsqu'il y a participation de l'enfant et des parents pour mettre fin à la compromission. Des services peuvent être imposés par une mesure judiciaire également. En CLSC, les services sont offerts sur une base volontaire uniquement.

en charge l'animation. Cette responsabilité n'étant plus l'apanage du gestionnaire uniquement.

- [...] j'ai une employée qui a fait l'animation [...] parce que ces salles-là appartiennent à tous les employés [...] je trouve ça fascinant. (Cadre intermédiaire)
- Les gens ont le goût de continuer quand même quand le chef n'est pas là [...] y'a des gains pour Jimmy. (Cadre supérieur)

4.2.6.6 Le rapport d'état : une intégration verticale

Constatant les faibles avancées du projet d'intégration observées en 2017, la Présidente-directrice générale propose de mettre en place le rapport d'état dans le but de mieux connaître et documenter la trajectoire et ainsi, palier à l'absence de mesure. Or, en raison de la diminution des postes cadres⁴² apportant son lot de défis par une gestion multi sites, le rapport d'état n'a pu s'appliquer conformément au modèle de Thedacare, par la tenue d'un dialogue entre l'employé et son supérieur immédiat, mais plutôt par des échanges au sein de l'équipe par le gestionnaire. Au contraire de l'animation de la salle de pilotage qui est démocratisée au sein de l'équipe, la responsabilité de l'animation du rapport d'état demeure une responsabilité exclusive du gestionnaire.

Ainsi, une fois par semaine, l'ensemble des gestionnaires sont invités à une rencontre téléphonique avec la Présidente-directrice générale adjointe pour présenter l'état de situation réalisée dans chacune des équipes. Ce rendez-vous hebdomadaire, nommé rapport d'état exécutif, se déroule tous les vendredis entre 8:00 et 9:00 et permet d'apprécier la performance quant à l'accessibilité et la continuité des services et de signifier les progrès réalisés quant aux objectifs, aux embûches et aux problèmes

⁴² Planification stratégique MSSS (Objectif 19) : Améliorer la gouvernance et réduire la structure d'encadrement du réseau par la réduction de 1 300 postes cadres ETC d'ici 2017-2018.

rencontrés lors de la rencontre précédente. Considérant que la Présidente-directrice générale adjointe (PDGA) anime le rapport d'état exécutif, cela lui permet d'escalader rapidement, vers la salle de pilotage stratégique, les priorités critiques dans le but de favoriser une synergie entre les directions et ce, dans l'intérêt des enfants, des jeunes et des familles. Par la suite, la PDGA peut cascader les réponses aux préoccupations la semaine suivante aux gestionnaires. Ces derniers assurent le relais d'informations auprès des équipes et ce, par les salles de pilotage opérationnelles.

- Le vendredi matin, les cadres rencontrent les employés terrain. En après-midi, ils font le suivi avec leur supérieur immédiat. Lundi matin, la PDG est au courant de son terrain en jeunesse. C'est génial. Il faut standardiser le rapport d'état avec le grand établissement que nous sommes devenus. (CODIR)
- Sans le rapport d'état, il n'y aurait pas de sauce pour lier nos salles de pilotage, il manquerait un bout. (CODIR)

Le manque de collaboration entre deux membres du comité de direction dédiés à la jeunesse a nettement influencé l'atteinte des objectifs du projet d'intégration en 2016. Selon Kodner et Kyriacou (2000), une faiblesse d'intégration à différents niveaux organisationnels démontre un impact sur l'intégration aux autres niveaux. Le rapport d'état est venu rapidement mitiger ces difficultés. Il a ouvert la voie à une intégration horizontale des services où l'interpellation des autres directions dédiées à la jeunesse permet d'atténuer les problèmes de fragmentation où un « Jimmy pourrait être échappé » selon les propos d'un cadre intermédiaire.

- J'oserais dire que le CISSS de la Gaspésie est plus malléable et rapide d'exécution que pouvaient être nos organisations avant la fusion du projet de loi 10. Pour moi, le rapport d'état est venu aider Jimmy. (Cadre supérieur)

Selon les observations réalisées lors de l'étude de cas, le rapport d'état est devenu un élément fondamental de la dynamique organisationnelle du CISSS de la Gaspésie. Le rapport d'état a rapidement propulsé le projet d'intégration vers l'obtention de gains de performance quant à l'accès, la continuité et la qualité des

services. Il a permis aux gestionnaires et aux équipes de soutenir la planification du travail par une meilleure compréhension de ce qui est arrivé dans la dernière semaine et d'anticiper une gestion de risques qui pourrait compromettre les services aux enfants, aux jeunes et aux familles.

4.6.6.7 Le rapport d'état : une voix pour l'enfant, le jeune et la famille

L'animation du rapport d'état permet la levée d'obstacles à la performance sur le plan opérationnel et ce, de façon proactive, amenant ainsi Jimmy au cœur des résultats de cette démarche. Par exemple, le rapport d'état démontre des améliorations substantielles dans la capacité d'intensifier l'accessibilité des soins et des services passant de 0,93 intervention par jour/par intervenant en juillet 2017 à plus de 2,9 interventions par jour/par intervenant en novembre 2017.

- La mise en place des rapports d'état permet de connaître le terrain et le travail au quotidien des équipes, de demander des ajustements et de faire le suivi rapidement. Grâce à cette modification dans nos pratiques de gestion, les enfants de notre territoire ont accès à une plus grande intensité de services et nous sommes assurés qu'aucun enfant n'est seul dans sa souffrance. (Cadre intermédiaire)

Le rapport d'état laisse une place aux intervenants la possibilité de regrouper les demandes, de façon hebdomadaire, en fonction des besoins de la clientèle en identifiant des situations problématiques sur la trajectoire. L'une de ces situations est celle relatant le peu de suivi, par les intervenants, auprès des enfants placés en familles d'accueil. Le rapport d'état a permis de capter que les enfants placés n'étaient pas rencontrés sur de longue période. Cette absence de contact apportait également plusieurs insatisfactions notamment chez les familles d'accueil ayant besoin d'un accompagnement soutenu pour aider le jeune aux prises avec des difficultés familiales. Le rapport d'état a offert l'opportunité d'échanger sur la situation et d'explorer des solutions à mettre en place, à court terme, pour mettre fin à cette problématique. Le résultat de cette démarche permet à l'établissement d'affirmer que 100% des jeunes

placés en familles d'accueil sont dorénavant rencontrés et ce, mensuellement. Ainsi, Jimmy n'est plus seul avec sa souffrance et est toujours accompagné.

Le rapport d'état permet également d'adresser des situations individuelles exigeant une réponse immédiate aux besoins d'un enfant. Ces situations d'exception entravent le cheminement harmonieux de l'enfant dans sa trajectoire de services. La réponse peut alors prendre la forme, par exemple, d'une autorisation d'une dépense exceptionnelle ou par un resserrement des alliances avec un partenaire externe.

- Le rapport d'état concernant la scolarisation d'un enfant hébergé dans une unité de réadaptation a mené à une rencontre auprès de la haute direction de la commission scolaire dans le but que l'enseignement auprès d'un élève soit mieux adapté à ses besoins. Le jeune souhaitait être scolarisé par module [...] chose que la commission scolaire refusait. Au terme de cette rencontre, la commission scolaire a accepté de faire une exception et le jeune a repris les études. (Cadre supérieur)

L'avantage d'utiliser le rapport d'état, à une fréquence hebdomadaire, pour améliorer la trajectoire de services auprès de Jimmy permet de générer des gains rapides axés sur une meilleure coordination et une meilleure communication à tous les niveaux de l'organisation.

- Le sens de notre travail auprès des jeunes et de leur famille s'est précisé davantage depuis la mise en place des rapports d'états et des caucus d'équipe. L'engagement et le souci des intervenants à respecter les délais, à collaborer activement dans la proposition et la mise en place d'options afin de faciliter leur travail contribuent hebdomadairement à assurer une trajectoire clinique optimale afin de bien accompagner nos Jimmy. (Cadre intermédiaire)

4.2.6.8 Des outils pour ne plus être jamais seuls

L'étude de cas démontre que les intervenants ne sont plus seuls avec les défis d'intervention auprès d'une clientèle vulnérable et qu'ils sont rencontrés, tant par le rapport d'état que par la salle de pilotage, sur une base hebdomadaire. Ces outils du système intégré de gestion de la performance soutiennent une écoute active, laissent

place à des conditions favorisant le regroupement des demandes pour répondre adéquatement aux besoins des enfants par une standardisation des communications formelles notamment. Malgré que le projet Jimmy vise une intégration horizontale, il n'en demeure pas moins que les outils ont également favorisé une intégration verticale notamment par l'exercice de cascade et d'escalade de l'information.

Le principe de cascade et d'escalade de circulation d'informations lié à la trajectoire entre les salles de pilotage et le rapport d'état est apprécié par les gestionnaires et les intervenants car ils ne se sentent plus seuls avec les problèmes.

- Les salles de pilotage présentent des avantages [...] c'est dans la réalité de tous les jours [...] y'a des problèmes qui remontent [...] y'a des solutions qui ressortent. (Intervenant)
- J'ai vraiment la chance de pouvoir escalader mes enjeux rapidement au rapport d'état, ils sont pris au sérieux. J'ai un retour rapidement et ça me permet de faire un retour aux équipes rapidement. (Cadre intermédiaire)

L'enjeu de la communication est un défi majeur dans un projet d'intégration organisationnelle (Nies, 2004). Le déploiement des salles de pilotage opérationnelles et du rapport d'état représentent un facteur déterminant dans l'intégration des services et dans le fonctionnement des équipes intégrées.

4.2.7 Discussion

Cette étude qualitative exploratoire tente d'expliquer si l'intégration horizontale est soutenue par le système intégré de gestion de la performance notamment par le déploiement des salles de pilotage et le rapport d'état. L'enjeu actuel de l'intégration horizontale se concrétise par la mise en place d'une trajectoire de service nommée Jimmy nécessitant une communication, une liaison, une coordination et une pleine intégration intra et inter directions afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins et des services auprès de la clientèle ciblée du nouvel établissement fusionné. La

littérature démontre qu'il existe très peu de systèmes de gestion supportant les processus d'intégration (Aghren, 2012).

La présente recherche sanctionne l'idée que le système intégré de gestion de la performance est considéré comme un modèle de collaboration à la gestion par trajectoire, donc pouvant soutenir une intégration horizontale (Aghren, 2012 ; Radnor, Holweg, Waring, 2012 ; Toussaint, 2015). En ce sens, l'exercice initié par le CISSS en 2016, a permis une meilleure coordination des services auprès des usagers (Pellinen *et al.*, 2015, Willumsen, Aghren, Odegard, 2012 ; Womack et Jones, 2003). Le système intégré de gestion de la performance a amélioré la qualité de collaboration entre les différents professionnels provenant de missions différentes lors de l'intégration de l'équipe jeunesse permettant ainsi d'apprivoiser les champs professionnels les uns des autres et de développer une cohésion (Barnas, 2014). L'approche utilisée démontre l'importance des propos de Leutz (1999, 2005) à l'effet que l'intégration ne se produit que si l'ensemble des parties prenantes participent à la planification et à la mise en œuvre. L'approche par trajectoire interpelle l'importance accordée aux clients et fait référence à un principe qui est la valeur de l'utilisateur (Radnor *et al.*, 2012). Jimmy est devenu, une image forte et un véritable catalyseur de ce projet d'intégration.

Le projet Jimmy a connu des obstacles en cours de route. Outre l'absence d'intégration observée au début du projet par un manque de collaboration, les directions nouvellement mises en place par les organigrammes du MSSS, ont, sans le savoir, participé aux faiblesses d'intégration des services au profit de Jimmy. L'adage de Leutz (2005) à l'effet que votre intégration puisse devenir ma fragmentation s'est concrétisée. En effet, chacune des directions, tant cliniques qu'administratives, définissait son offre de services dans une logique verticale et non dans une logique plus globale au fait que Jimmy vieillit. Dans l'objectif d'optimiser l'utilisation de la salle de pilotage stratégique, il aurait été intéressant de voir apparaître, sur le mur *DO*, la trajectoire de Jimmy souscrivant ainsi au fait que la gestion visuelle permet une meilleure compréhension des processus, met en évidence les opportunités d'amélioration et

encourage l'élimination des gaspillages (Eaidgah *et al.*, 2015). L'affichage de la trajectoire va dans le sens où la gestion visuelle supprime les silos organisationnels en proposant une gestion transversale afin de bien comprendre et saisir les différents enjeux organisationnels (Tezel *et al.*, 2016). De plus, les résultats de la recherche confirment que l'intégration horizontale est un défi difficile à réaliser et ses progrès sont parfois longs à être observés (Aghren, 2003 ; Pettersen *et al.*, 2013). Les principales difficultés rencontrées sont liées à des enjeux humains (Lamarche *et al.*, 2001 ; Paulsen, Romoren, Grimso, 2013) ralentissant du coup la collaboration avec d'autres directions offrant pourtant des services cliniques ou des services conseil axés sur la trajectoire de Jimmy.

L'élément central de ce projet d'intégration a été de mettre en place une équipe interdépendante à partir de professionnels autonomes et indépendants en misant sur les salles de pilotage tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel pour offrir des services coordonnés. Les pratiques collaboratives s'avèrent une contribution de la thèse par une compréhension approfondie de l'interdépendance recherchée (Deming, 1986 ; Leutz, 1999) entre les parties prenantes liée aux processus d'intégration devenant ainsi un moteur de performance. L'étude de cas démontre que la création d'interdépendance s'est réalisée notamment à la salle de pilotage tactique, par une animation de la trajectoire entre deux directions en éliminant la logique de compétition entre elles et par le fait même le travail en silos. Les changements observés par l'arrivée de deux nouveaux directeurs ont renforcé les efforts de collaboration nécessaire à la fluidité de la trajectoire et à l'interdépendance corroborant l'une des lois décrites par Leutz (2005) énonçant que l'intégration des services, ou même simplement la coopération, oblige les parties prenantes à élargir leurs connaissances, leurs perspectives et leurs intérêts. Les salles de pilotage opérationnelles et le dialogue soutenu par le rapport d'état sont devenus un véritable moteur de collaboration favorisant l'interdépendance. Le climat de confiance généré par l'intégration de l'équipe jeunesse a suscité l'engagement de tous les membres à une meilleure offre de services. La thèse soutient ainsi que l'amélioration du travail d'équipe est essentielle pour accroître l'accessibilité et la

continuité des soins et des services (Ezziane, Maruthappu, Gawn, Thompson, Athanasiou, Warren, 2012) au profit de tous les Jimmy du territoire.

Selon les travaux de Careau (2015), l'interdisciplinarité entre les intervenants de 1^{ère} ligne et de la 2^{ème} ligne est difficile voire inexistante. Or, la présente recherche ne peut souscrire à une telle affirmation. L'animation des salles de pilotage et du rapport d'état apporte une collaboration permettant de créer des conditions favorables d'intégration horizontale et verticale par la trajectoire de Jimmy supportant les liens entre les différentes directions et les professionnels de l'équipe interdisciplinaire (Demers, 2013 ; Mentzer, 2001). L'organisation a toutefois des apprentissages à réaliser avant d'atteindre son plein potentiel dans le déploiement de ce nouveau modèle de gestion collaborative. Des obstacles liés notamment à la pénurie de main d'œuvre, des difficultés financières et des enjeux de certaines directions à préserver leur culture (Denis, Lamothe, Langley, 1999) d'avant la fusion peuvent ralentir le déploiement du projet et ainsi affecter la performance organisationnelle. L'équipe intégrée est venue renforcer les modèles de liaison, de coordination et de pleine intégration des services au bénéfice des enfants, des jeunes et des familles du territoire à l'étude.

L'approche adoptée par le CISSS de la Gaspésie, en déployant les outils du système intégré de gestion de la performance, est particulièrement prometteuse pour assurer une réponse aux problèmes complexes des enfants, des jeunes et des familles du territoire Gaspésien. Les outils du système intégré de gestion de la performance aident les gestionnaires et les équipes de travail à résoudre les problèmes d'intégration liés au parcours de Jimmy et de collaboration par une communication soutenue. L'animation des salles de pilotage et du rapport d'état, sur une base régulière, consolident la cohérence organisationnelle. De plus, l'innovation de déployer une seule salle de pilotage tactique intégrant la Direction de la protection de la jeunesse et la direction du programme jeunesse soutient une meilleure communication et en ce sens, confirme que la communication entre les parties prenantes constitue un enjeu déterminant dans la continuité des services auprès d'un usager (Nies, 2004). Les salles

de pilotage tactiques et opérationnelles offrent une alternative pour intégrer les services permettant une meilleure circulation de l'information, une plus grande cohérence des interventions et assurer une meilleure continuité dans le suivi des situations d'enfants, de jeunes et de familles.

L'organisation étant en appropriation d'un nouveau mode de gestion, les paradigmes liés à la gestion verticale sont omniprésents. La mise en œuvre du rapport d'état s'effectue efficacement confirmant qu'une logique verticale de cascade et d'escalade de l'information, dans le but de rendre les décisions provenant des équipes terrain compatibles avec les décisions prises par les hauts dirigeants (Kathuria *et al.*, 2007) Dans un premier temps, le rapport d'état joue un rôle important dans l'intégration verticale et dans un deuxième temps dans une intégration horizontale avec les partenaires dédiés. Le CISSS à l'étude considère le rapport d'état comme étant la base de leur système de gestion confirmant ainsi le modèle adopté par Thedacare (Barnas, 2014).

Les salles de pilotage et le rapport d'état sont venus consolider le projet d'intégration proposé par la Présidente-directrice générale en 2016 d'intégrer les services pour le mieux-être des enfants, des jeunes et des familles du territoire consolidant l'idée d'une complémentarité entre l'intégration verticale et horizontale (Pellinen *et al.*, 2015 ; Valentijn *et al.*, 2013). Ces deux outils du système intégré de gestion de la performance semblent devenir des mécanismes formels de collaboration entre la direction du programme jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse suscitant la confiance par une meilleure connaissance des membres de l'équipe intégrée. Ils viennent formaliser et normaliser les rapports entre les différents intervenants pour favoriser une meilleure fluidité dans le cheminement de Jimmy en standardisant certaines pratiques afin d'accroître la fiabilité des données relatives à la performance organisationnelle.

Les observations réalisées dans le cadre de cette étude de cas, porte à croire que le cadre supérieur, par l'animation de la salle de pilotage tactique, devient en quelque sorte un gestionnaire de la trajectoire. Il en est le gardien. Le cadre intermédiaire devient pour sa part, un gestionnaire des opérations. C'est lui qui « opérationnalise », qui donne un sens, qui vulgarise les objectifs organisationnels auprès de ses équipes. Il est le fil conducteur qui permet aux activités cliniques et administratives d'être alignées avec les orientations de la salle de pilotage stratégique. Un travail de collaboration entre le cadre supérieur et le cadre intermédiaire permet une consolidation des processus d'amélioration continue et la résolution de problèmes par une animation soutenue des salles de pilotage et du rapport d'état invitant à une participation active des intervenants œuvrant sur la trajectoire avec Jimmy.

4.2.8 Limites de l'étude

Une limite de notre étude de cas est qu'il n'existe aucune autre étude combinant l'intégration horizontale des soins et des services et le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance notamment par les salles de pilotage. La comparaison de notre étude de cas avec une autre pourrait assurément donner un aperçu de l'évolution des niveaux d'intégration des soins et des services dans ce nouveau modèle de gestion.

Une autre limite identifiée est la fierté de l'organisation d'avoir participé à ce projet de recherche qui a possiblement contribué au fait que les participants puissent avoir un avis favorable quant au déroulement du projet. Toutefois, l'observation effectuée pendant plus de deux ans et une méthode de collecte de données permettant une triangulation de celles-ci permet de mitiger un risque de désirabilité sociale pouvant causer un biais important dans la recherche.

De plus, le changement d'envergure proposé par le système intégré de gestion de la performance est un projet déployé dans tous les établissements de santé et de

services sociaux au Québec. L'étude de cas unique soulève assurément toutes les interrogations relatives à la transférabilité. Il est évident que les résultats ne peuvent être généralisés. Chaque CISSS est semblable et c'est dans ce contexte que la transférabilité des résultats peut être envisagée. L'étude de cas pourrait certainement soutenir la réforme québécoise du réseau de la santé et des services sociaux qui, par ses objectifs initiaux, contribuera à faire augmenter le nombre de trajectoires axées sur les besoins émergents des usagers.

4.2.9 Recherches futures

Les résultats de cette étude de cas font émerger les différents niveaux d'intégration des soins et des services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles d'un territoire dans le contexte du déploiement d'un nouveau système intégré de gestion de la performance. Considérant les enjeux vécus par le projet Jimmy, il serait intéressant de développer un profil de compétences, tant chez les gestionnaires que chez les intervenants, prêts à s'engager dans des pratiques collaboratives pour soutenir le travail axé sur une trajectoire.

Une prochaine recherche de type quantitatif ou mixte pourrait se faire de façon longitudinale pour apprécier l'implantation d'un tel projet d'intégration, soutenu par un système intégré de gestion de la performance, afin d'assurer des services accessibles et continus. Une observation d'indicateurs, sur une plus longue période, serait avantageuse pour avoir une idée précise des retombées du déploiement du système intégré de gestion de la performance et ce, pour l'ensemble des clientèles.

4.2.10 Conclusion

À l'instar de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le CISSS de la Gaspésie devait améliorer sa performance en relevant les défis d'intégration apportés par la loi 10. Pour répondre à cette invitation, l'établissement a

décidé de déployer le système intégré de gestion de la performance. La direction était alors convaincue qu'en renouvelant ses pratiques de gestion notamment par l'utilisation du rapport d'état et des salles de pilotage, elle pourrait contribuer à offrir des services intégrés, accessibles, continus et de qualité à tous les petits Jimmy du territoire. Cette démarche de recherche permet une meilleure compréhension relative à la contribution du système intégré de gestion de la performance aux processus d'intégration horizontale par la mise en place d'une trajectoire.

Le projet d'intégration Jimmy, soutenu par les différents outils du système intégré de gestion de la performance, renforce la mise en œuvre de modèles de liaison et de coordination devenant ainsi des points d'ancrage fort parmi les équipes. Le rapport d'état et l'animation des salles de pilotage sont des outils venant concilier les différents niveaux hiérarchiques dans une perspective d'intégration verticale et entre les différents intervenants terrain dans une logique d'intégration horizontale par la trajectoire axée sur l'utilisateur.

L'étude de cas vient enrichir la littérature existante sur les processus d'intégration structurelle ayant donné naissance aux CISSS et aux CIUSSS. La littérature s'étant attardée davantage à la gouvernance par les fusions administratives, il n'en demeure pas moins qu'il y a peu d'études relatant les réussites en matière d'intégration des services sociaux. L'étude de cas met en relief les expériences vécues par le déploiement du système intégré de gestion de la performance modulant l'interdépendance recherchée par les différentes formes d'intégration au sein même du continuum de Leutz (1999).

4.2.11 Références bibliographiques

- Aghren, B. (2012). The Art of Integrating Care: Theories Revisited. *The Open Public Health Journal*, 5, 36-39.
- Aghren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*, 3(7), 1-8.
- Aghren, B., Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22, 145-157.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N., Adair, C. E. (2009). Health systems integration: State of evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1-9.
- Axelsson, R., Axelsson, S.B., (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88.
- Balogun, J., Hailey, H.V. (2004). *Exploring Strategic Change*, 2^e ed., London: Prentice Hall.
- Barnas, K. (2014). *Beyond Heroes : A Lean Management System for Healthcare*. ThedaCare Center for Healthcare Value.
- Barratt, M. (2004). Understanding the meaning of collaboration in the supply chain. *Supply Chain Management: An International Journal*, 9(1), 30-42.
- Cao, M., Zhang, Q. (2010). Supply chain collaboration: Impact on collaborative advantage and firm performance. *Journal of Operations Management*, 29, 163-180.
- Careau, E. (2015). *Équipe PassaJe des Basques*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Chenhall, R.H. (2008). Accounting for the horizontal organization: a review essay. *Accounting, Organizations and Society*, 33(4), 517-550.
- Demers, L. (2013). Mergers and integrated care: The Quebec experience. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), 1-4.
- Deming, W.E. (1986), *Out of the Crisis: Quality, Productivity, and Competitive Position*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Denis, J.-L., Lamothe, L., Langley, A. (1999). The struggle to implement teaching-hospital mergers. *Canadian Public Administration*, 42(3), 285-311.
- Dickinson, H., Pierre, J. (2016). Between substance and governance: Healthcare governance and the limits to reform. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 109-116.
- Eaidgah, Y., Maki, A.A., Kurczewski, K., Abdekhodae, A. (2015). Visual management, performance management and continuous improvement: A lean manufacturing approach. *International Journal of Lean Six Sigma*, 7(2), 187-210.
- Ezziane, Z., Maruthappu, M., Gawn, L., Thompson, E.A., Athanasiou, T., Warren, O.J. (2012). Building effective clinical teams in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4), 428-436.
- Jaca, C., Viles, E., Jurburg, D., Tanco, M. (2014). Do companies with greater deployment of participation systems use Visual Management more extensively? An exploratory study. *International Journal of Production Research*, 52(6), 1755-1770.
- Jacquet, J. (2011). *Management de la performance : des concepts aux outils*. Centre de Ressources en Économie de gestion (CREG).
- Jusko, J. (2016). Obeya: The Brain of the Lean Enterprise. *Industry Week/IW*, 265(5), 1-9.
- Kathuria, R., Joshi, M.P., Porth, S.J. (2007). Organizational alignment and performance: past, present and future. *Management Decision*, 45(3), 503-517.
- Kodner, D., Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications - a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(3), 1-6.
- Kodner D.L., Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-24.
- Kollberg, B., Dahlgaard, J.J., Brehmer, P.-O. (2007). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 7-24.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686-694.

- Lagacé, D., Landry, S. (2016). Salles de pilotage : un nouveau mode de gestion de la performance. *Gestion*, 41(3), 1-3.
- Lamarche, P.A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- Landry, S., Beaulieu, M. (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien*, JFD Éditions.
- Leatt, P., George H. P., Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Health Care. *Healthcare Papers*, 1(2).
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110, iv-v.
- Leutz, W. (2005). Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- McCutcheon, D., Stuart, F.I. (2000). Issues in the choice of supplier alliance partners. *Journal of Operations Management*, 18(3), 279-303.
- Mentzer, J.T. (2001). Managing supply chain collaboration. *Supply Chain Management*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 83-84.
- Nies, H. (2004). Integrated care: concepts and background. In H. Nies, P.C. Berman *Integrating Services for Older People a resource Book for Managers*. Dublin, Irlande. European Health Management Association (EHMA).
- Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais*. Genève.
- Ostroff, F. (1999). *The Horizontal Organization*. Oxford University Press, New York, NY.
- Papakiriakopoulos, D., Pramataris, K. (2010). Collaborative performance measurement in supply chain. *Industrial Management and Data Systems*, 110(9), 1297-1318.
- Paulsen, B., Romoren, T.I., Grimso, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-10.
- Pekkola, S., Ukko, J. (2016). Designing a performance measurement system for collaborative network. *International Journal of Operations & Production Management*, 36(11), 1410-1434.

- Pellinen, J., Teittinen, H., Järvenpää, M. (2016). Performance measurement system in the situation of simultaneous vertical and horizontal integration. *International Journal of Operations and Production Management*, 36(10), 1182-1200.
- Pettersen, I.J., Solstad, E. (2013). Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals. *Journal of Health organizational and Management*, 29(2), 185-199.
- Porter, M. E. (2010). What is value in healthcare. *The New England Journal of Medicine*.
- Praetorius, T. (2014). Improving care coordination using organizational routines. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 85-108.
- Prahalad, C.K., Ramaswamy, V. (2004). Co-creation Experience: The next practice in Value Creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18 (3), 5-14.
- Radnor, Z.J., Holweg, M., Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science and Medecine*, 74(3), 364-371.
- Ramsey, A., Fulop, N. (2008). *The Evidence Base for Integrated Care*. London: King's Patient Safety and Service Quality Research Centre.
- Sanders, N.R., Premus, R. (2005). Modeling the relationship between IT capability, collaboration and performance. *Journal of Business Logistics*, 26(1), 1-23.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences. *Seven Countries Health affairs*, 26 (6), w717-w734.
- Shahbazi, S., Javadi, S. (2012). *Supporting Production System Development Through Obeya Concept*, Mälardalen University.
- Shankar, R., Mittal, N., Rabinowitz, S., Baveja, A., Acharia, S. (2013). A collaborative framework to minimize knowledge loss in new product development. *International Journal of Production Research*, 51(7), 2049-2059.
- Simoens, S., Scott, A. (2005). Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research*, 18(1), 25-40.
- Singer, S.J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M.B., Leape, L., Schneider, E. (2011). Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112-127.

- Sobek II, D.K., C. Jimmerson, (2004). A3 Reports: Tool for Process Improvement. *IIE Annual Conference. Proceedings*. Norcross, 1-6.
- Spekman, R. E., Kamauff, J. W., Jr., Myhr, N. (1998). An empirical investigation in supply chain management. *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, 28(8), 630-650.
- Stank, T.P., Keller, S.B., Daugherty, P.J. (2001). Supply chain collaboration and logistical service performance. *Journal of Business Logistics* 22(1), 29–48.
- Strandberg-Larsen, M. (2008). Measuring Integrated Care: An International Comparative Study. *Danish Medical Bulletin*, 1-17.
- Terenghi, F., Cassina, J., Kristensen, K., Terzi, S. (2014). *Virtual Obeya: A new collaborative web application for running lean management workshops*. Paper presented at the Engineering, Technology and Innovation (ICE), International ICE Conference.
- Tezel, A., Koskela, L., Tzortzopoulos, P. (2016). Visual management in production management: a literature synthesis. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 27(6), 766-799.
- Toussaint, J.S (2015). *A Rapidly Adaptable Management System. Operations and Strategy*, Thedacare Center for Healthcare Value, Wisconsin.
- Trägårdh, B., Lindberg, K. (2004). Curing a meagre health care system by lean methods-translating chains of care in the Swedish health care sector. *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 383-398.
- Valentinj, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-12.
- Vangen, S., Hayes. J.P., Cornforth, C. (2015). Governing Cross-Sector, Inter Organizational Collaborations. *Public Management Review*, 17(9), 1237-1260.
- Willumsen, E., Aghren, B., Odegard, A., (2012). A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 198-204.
- Womack, J. P.& Jones, D. T. (2003). *Lean thinking : banish waste and create wealth in your corporation*. First Free Press Edition.

4.3 TROISIÈME ARTICLE : LA CONTRIBUTION D'UN SYSTÈME INTÉGRÉ DE GESTION DE LA PERFORMANCE DANS LE SOUTIEN DE LA MESURE DE L'INTÉGRATION DES SERVICES SOCIAUX

4.3.1 Avant-propos

Moisan, L., Lagacé, D. (2019). La contribution d'un système intégré de gestion de la performance dans le soutien de la mesure de l'intégration des services sociaux.

Article rédigé

Contribution spécifique : Line Moisan (100 %) et Denis Lagacé (réviseur)

Revue identifiée: Journal of Health Organization and Management

4.3.2 Introduction

Depuis les dernières décennies, les systèmes de santé des pays occidentaux vivent au rythme de diverses réformes (Tchouaket, Lamarche, Goulet, Contandriopoulos, 2012) intensifiant la pression liée à la performance des établissements de santé (Aghren, 2014) pour offrir des services de santé de la manière la plus efficace et d'en réduire les coûts (Charfeddine et Montreuil 2008). Pour mitiger ces difficultés, la plupart de ces pays (Schoen, Osborn, Doty, Bishop, Peugh, Murukutla, 2007) sont engagés dans des processus d'intégration qui sont devenus une réponse importante dans la gestion contemporaine des organisations de la santé et des services sociaux (Axelsson et Axelsson, 2006 ; Kodner et Spreeuwenberg, 2002). L'intégration des soins et des services, sur la base des trajectoires, offrirait un énorme potentiel pour améliorer la performance par la collaboration entre les différents partenaires dans le sens où le partage d'information permettrait l'alignement de la trajectoire de l'utilisateur (Cao et Zhang, 2010 ; Toussaint, 2015).

Le réseau de la santé et des services sociaux québécois ne fait pas exception à ce courant d'idées. En effet, étant confronté depuis plusieurs années aux défis d'offrir

des soins et des services accessibles, continus et de qualité (Québec, 2014 ; Tchouaket *et al.*, 2012) le réseau s'est modifié, s'est transformé au gré des nombreuses orientations ministérielles et réformes qui se sont succédés d'années en années. Dans cette foulée, le Québec met en force le 1^{er} avril 2015, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la Santé et des Services sociaux par l'abolition des Agences régionales. L'objectif principal de la loi est le suivant :

La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de 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'efficacité et l'efficacités de ce réseau (p.5).

La nouvelle réforme impose une intégration structurelle réduisant le nombre d'établissements les faisant passer de 182 à 34 établissements créant les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)⁴³. Ainsi, il y a une volonté gouvernementale à faire évoluer le système de gestion de soins de santé et de services sociaux sur le plan des structures organisationnelles et de l'intégration des services pour accroître leur accessibilité, leur continuité et leur qualité. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁴⁴ ainsi que les établissements du réseau sont à la recherche de nouveaux modèles de gestion et d'alternatives pouvant soutenir une amélioration de la performance des soins et des services offerts à une population.

L'une des solutions avancées par le MSSS pour assurer une meilleure performance est de déployer les salles de pilotage stratégiques⁴⁵, considérées comme un outil d'un système de gestion, dans chacun de ses établissements. Ce système de

⁴³ Certains établissements n'ont pas été fusionnés et conservent leurs missions respectives notamment les CHUS et Instituts de cardiologie de Québec et de Montréal

⁴⁴ Planification stratégique MSSS (Objectif 20) : Favoriser la mise en place d'une gestion axée sur l'amélioration de la performance.

⁴⁵ Planification stratégique MSSS (Objectif 19) : 100% des établissements d'ici 2018 auront déployé leur salle de pilotage stratégique.

gestion invite, les différentes parties prenantes, à un processus de coordination et de collaboration ouvrant la voie à la mise en place des trajectoires client dont l'objectif est d'améliorer la performance globale de l'épisode de services pour un usager. Ces trajectoires prescrivent un meilleur arrimage et une plus grande collaboration entre les partenaires (Aghren, 2003; Prahalad et Ramaswamy, 2004) devenant un facteur crucial dans la mise en place de soins et de services intégrés (Demers, 2013). Les processus de collaboration incluent la prise de décision conjointe (Stank, Keller, Daugherty, 2001) et la résolution commune de problèmes (Spekman, Kamauff, Myhr, 1998).

Le but de cet article est de répondre à la question suivante : « Comment le système intégré de gestion de la performance contribue à la performance d'une trajectoire dans les services sociaux ? ».

4.3.3 Cadre théorique

4.3.3.1 Le concept de performance

La manière dont les organisations doivent évaluer leur performance demeure un défi d'actualité et il n'existe aucun consensus quant à la définition même de la performance. Les mesures financières ont longtemps été utilisées et ont eu un rôle prépondérant dans l'évaluation de la performance organisationnelle. Dès les années 80, l'unique recours à la performance financière est relégué en arrière-plan en raison de la complexité croissante des organisations et, en ce sens, la performance touche dorénavant les apprentissages et le développement, la satisfaction des clients et l'efficacité des processus internes (Kaplan, 1983). Selon la littérature, les organisations utilisant des mesures financières et non financières atteignent généralement un niveau de performance supérieure (Bryant, Jones, Widener, 2004).

Le concept de la performance dans les systèmes de la santé apparaît comme étant multidimensionnel, paradoxal et contingent (Contandriopoulos, 2008 ; Saunila,

Pekkola, Ukko 2014 ; Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, 1999). La performance est multidimensionnelle, car elle tient compte des nombreux contextes de l'organisation et peut être mesurée selon différents critères. Elle est paradoxale puisqu'elle est définie en fonction des intérêts divergents des parties prenantes (clients, employés, médecins, etc.) qui entretiennent un lien d'affaires avec l'établissement de santé. La performance est également contingente, car elle s'insère dans un contexte précis (Botton, Jobin, Haithem, 2012; Jacquet, 2011) et doit s'ajuster continuellement.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a statué, à l'intérieur de son Cadre de référence sur l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux (MSSS, 2012), qu'un système performant est celui qui atteint ses objectifs en matière de santé et de bien-être de la population, d'accessibilité et de qualité des services et d'optimisation des ressources.

4.3.3.2 Le système intégré de gestion de la performance

Dans l'objectif de soutenir la performance organisationnelle, l'adoption d'un système de gestion permettrait un alignement entre le niveau stratégique, tactique et opérationnel donnant ainsi la capacité à une organisation d'évaluer l'efficacité et l'efficience de ses processus tout en facilitant la circulation d'information (Bititci, Carrie, McDevitt, 1999 ; Brudan, 2010 ; Parida, Kumar, Galar, Stenström, 2014). Le système intégré de gestion de la performance prend ses assises sur *Lean* qui est considéré comme une méthodologie de gestion visant l'amélioration de la performance organisationnelle. Il tire ses origines du système de production Toyota fondé sur trois grands principes qui sont : la valeur (l'utilisateur au centre des préoccupations), la chaîne de valeur (ensemble des activités créatrices de la valeur) et le flux (mouvement continu des activités nécessaires à la prestation d'un service) (Grabau, 2012 ; Radnor, Holweg, Waring, 2012).

Le système intégré de gestion de la performance, présentement en déploiement dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec, est défini comme une philosophie de gestion basée sur l'amélioration continue visant à maximiser les processus centrés sur la valeur client. Il est composé par un ensemble cohérent de principes, pratiques, outils standardisés et coordonnés contribuant par un leadership partagé à atteindre les objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour l'ensemble des parties prenantes. Il est influencé par le tableau de bord équilibré de Kaplan et Norton permettant d'apprécier le caractère multidimensionnel et systémique d'une organisation. En d'autres mots, ce système intégré de gestion de la performance implique la globalité des mesures devant refléter toutes les caractéristiques pertinentes de la performance organisationnelle, de la création de valeur pour les parties prenantes et la cohérence des unes par rapport aux autres.

Le système intégré de gestion de la performance comprend plusieurs outils et, ceux utilisés par l'établissement à l'étude, sont notamment les salles de pilotage, le rapport d'état et le A3. L'ensemble de ces outils sont basés sur le cycle de gestion *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) de Deming (1986).

Les salles de pilotage. Les salles de pilotage ou *Obeya* en japonais sont reconnues comme étant un outil faisant partie intégrante du système de production Toyota (Aasland et Blackenburg, 2012 ; Majava, Haapasalo, Aaltonen, 2019). Il existe trois types de salles de pilotage qui sont situées à différents paliers de l'organisation. Il s'agit de la salle de pilotage stratégique, tactique et opérationnelle et elles convergent vers un même but commun : créer de la valeur pour l'utilisateur.

La salle de pilotage est un espace dédié où se rencontrent, selon un standard d'animation, les membres d'une organisation afin de statuer de façon dynamique sur la performance actuelle et engager la discussion pour soutenir la performance future (Lagacé et Landry, 2016). Les salles de pilotage soutiennent une logique

d'amélioration continue par les cycles *PDSA* (*Plan-Do-Study-Act*) de Deming à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation en capacité de s'influencer mutuellement.

L'utilisation de l'*Obeya* s'avère efficace pour optimiser le flux de valeur des processus de gestion collaborative et se traduit par une réduction des discussions inutiles et offre la possibilité de prendre des décisions collectives plus rapidement (Terenghi, Cassina, Kristensen, Terzi, 2014). Cet outil tend à briser les barrières de l'organisation afin d'obtenir une bonne collaboration durant les rencontres de la gestion de la performance (Terenghi *et al.*, 2014). C'est une occasion de partager les connaissances, de construire une cohésion d'équipe et de s'améliorer de façon continue (Barnas, 2014).

Le rapport d'état. La littérature abordant le rapport d'état n'est pas très abondante puisqu'il s'agit d'un outil maison développé par Thedacare au Wisconsin. Jusqu'à tout récemment, Thedacare se démarquait à titre de leader mondial dans l'application des principes et des outils issus du *Lean management*. Les expériences *Lean* menées par John Toussaint (2015), alors directeur général de cet hôpital américain, ont eu un impact important dans son déploiement en offrant de précieux enseignements pour les établissements engagés dans cette même quête d'amélioration de performance. Le rapport d'état constitue le fondement même de leur système de gestion de la performance (Barnas, 2014).

Le rapport d'état favorise un dialogue permettant d'apprendre et de mieux comprendre l'état de situation, au quotidien, des opérations qui se déroulent dans l'organisation. Il guide un dialogue contenu sur une page, d'une durée maximale de 20 minutes, selon un agenda standard, entre un employé et son supérieur immédiat. Les questions précises contenues au rapport d'état ont pour but de soutenir une gestion proactive passant ainsi des conversations superficielles à des informations essentielles pour prévenir et éviter d'éventuels problèmes.

Le rapport d'état permet de suivre les différents indicateurs liés à la performance organisationnelle. Il se différencie de la salle de pilotage qui privilégie le travail d'équipe alors que le rapport d'état se réalise sur un plan individuel basé sur un dialogue entre l'employé et son supérieur immédiat.

Le A3. Le A3 est un outil visuel de résolution de problème proposé par Toyota Motor Corporation (Sobek II & Jimmerson, 2004). Le terme A3 fait référence aux dimensions internationales d'une feuille de papier qui est d'environ 11 1/2 par 17 pouces. Le A3 permet de présenter les défis organisationnels sur une seule page et d'arriver à élaborer des pistes de solution.

Il existe une multitude de A3 mais deux de ces types sont utilisés dans cette recherche. L'un est axé sur le niveau stratégique (A3 mère) et l'autre se trouve davantage à un niveau opérationnel (A3 fille) (Landry et Beaulieu, 2016). Le A3 stratégique vient encadrer les priorités organisationnelles favorisant ainsi l'atteinte des objectifs de la planification stratégique et est lié à un A3 opérationnel. Ce dernier est utilisé comme un outil pouvant faire avancer un projet.

4.3.3.3 L'intégration des services par une trajectoire axée sur l'utilisateur

La nécessité d'intégration est le résultat des dernières fusions dans les organisations de santé par l'ampleur des changements demandés par les différentes réformes législatives. La performance se construit donc à travers une trajectoire de soins et de services dans une logique de gestion horizontale. Elle s'avère ainsi un choix judicieux pour soutenir une démarche d'intégration, par le développement de trajectoires de services pour les patients, et consolide ainsi la collaboration interprofessionnelle (Jacquet, 2011). La trajectoire étant définie comme une coordination d'activités des soins de santé et de services sociaux dans le but d'obtenir une valeur ajoutée pour le patient. Cette trajectoire implique un travail interdisciplinaire basé sur des données probantes (Aghren, 2003).

4.3.4 Cadre opératoire

Considérant le déploiement du système intégré de gestion de la performance dans les établissements fusionnés depuis 2015, l'étude de cas a été retenue en raison de ce contexte relativement nouveau (Prévost et Roy, 2015). L'intégration horizontale, par les trajectoires axées sur l'utilisateur, est une question largement discutée dans la littérature. Néanmoins, le rôle contributif d'un système intégré de gestion de la performance à un processus d'intégration horizontale des services sociaux est moins bien documenté. Les études sont nettement concentrées sur les processus d'intégration verticale et horizontale des soins de santé.

Une étude de cas unique a été utilisée pour explorer si le système intégré de gestion de la performance contribue à obtenir des gains de performance pour des indicateurs axés sur l'accessibilité et la continuité des services auprès des enfants, des jeunes et des familles du territoire gaspésien et du bien-être au travail chez les employés.

La collecte de données s'est échelonnée, sur le lieu de travail des participants, entre le mois d'août 2018 et octobre 2018 auprès de quatre intervenants psychosociaux, six gestionnaires de la haute direction et auprès de cinq cadres intermédiaires qui se sont portés volontaires pour participer à la recherche. Chaque entretien d'une durée de 60 minutes a été réalisé à partir d'un guide d'entretien semi-structuré comportant des questions ouvertes basées en partie sur une revue systématique de la littérature abordant le processus de mise en place du système intégré de gestion de la performance et de l'intégration des soins de santé et des services sociaux. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audio, transcrits et codés à l'aide du logiciel NVivo.

De plus, trois groupes de discussion ont été réalisés. Chaque groupe de discussion tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel avait une durée de 90 minutes et a permis d'enrichir les données captées lors des entretiens individuels. Un

guide d'entretien contenant des questions ouvertes a également été élaboré pour soutenir l'animation.

Dans le but de minimiser les risques de biais, la recherche a été réalisée en conformité avec le principe de triangulation des données notamment par des entretiens semi-dirigés, des groupes de discussion et plus de 350 heures d'observation non-participante. De plus, une consultation de la documentation organisationnelle a été effectuée.

Le projet de recherche a reçu l'aval du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous les participants ont donné leur accord après avoir reçu l'ensemble des informations pertinentes à leur collaboration. Ils ont signé un formulaire d'information et de consentement autorisant ainsi l'enregistrement de l'entretien individuel et du groupe de discussion.

4.3.5 Problématique

Le CISSS de la Gaspésie⁴⁶ est issu de la fusion de sept établissements depuis le 1^{er} avril 2015 et est au cœur d'un vaste réseau territorial de services regroupant 49 installations, dont deux aux Îles-de-la-Madeleine, réparties sur plus de 20000 km². Le CISSS de la Gaspésie a comme mission d'assurer l'accessibilité à des soins et services de qualité pour répondre aux besoins de sa population. La fusion a donné place à une période d'instabilité, à un manque de coordination entre les différents services, à une insécurité parmi les employés augmentant les coûts en absence maladie, l'augmentation de la bureaucratie et à la diminution de la flexibilité organisationnelle.

Considérant que la fusion a créé un établissement multi-vocationnel, il est devenu difficile de documenter les indicateurs ciblés en raison, que chacun des

⁴⁶ Rapport annuel de gestion du CISSS de la Gaspésie 2015-2016.

établissements, avait ses propres modalités pour étayer sa performance organisationnelle.

4.3.6 Résultats

4.3.6.1 Un projet d'intégration des services nommé Jimmy

C'est pour répondre aux défis apportés par la fusion des établissements que la Présidente-Directrice générale (PDG) du CISSS saisit l'opportunité pour créer une équipe de travail intégrée dédiée aux enfants, aux jeunes et aux familles par territoire de réseau local, au nombre de quatre. Une seule équipe, avec un seul gestionnaire requis, offrant dorénavant une gamme complète de services aux enfants, aux jeunes et aux familles représentant ainsi un avantage indéniable pour cette clientèle dont les demandes de service sont orientées, soumises en discussion de cas et prises en charge par cette même équipe.

En juin 2016, la haute direction du CISSS fait le choix de déployer, soit un an après la fusion des établissements, une première trajectoire à l'intention des enfants, des jeunes et des familles du territoire. L'utilisation d'un système de gestion de la performance est souvent recommandée pour soutenir l'amélioration de la performance organisationnelle (Davis et Albright, 2004). Dans cette perspective, la haute direction mise sur les différents outils du système intégré de gestion de la performance pour soutenir une démarche d'amélioration axée sur l'accessibilité, la continuité des services et la mobilisation des ressources humaines. En ce sens, les salles de pilotage et le rapport d'état sont considérés comme des outils pouvant consolider le projet d'intégration des soins et des services au profit des enfants, des jeunes et des familles. Ce projet se nomme Jimmy.

La haute direction de l'établissement à l'étude invite l'ensemble des gestionnaires, intermédiaires et supérieurs, à une première rencontre dont l'objectif est

de consolider l'équipe jeunesse intégrée par un meilleur arrimage entre la direction du programme jeunesse et la direction de la protection de la jeunesse⁴⁷ afin d'en mitiger les silos. La rencontre s'est déroulée sur deux journées et les gestionnaires ont été appelés à cartographier deux trajectoires : l'une faisant référence à l'état actuel du cheminement d'un enfant et de sa famille et l'autre étant la trajectoire souhaitée dans le projet d'intégration. À cette occasion, la haute direction formule une vision⁴⁸ axée sur les besoins des enfants :

- Un jeune ne sera plus jamais seul avec sa souffrance ;
- Un jeune sera toujours accompagné dans son parcours ;
- Faire l'impossible pour éviter la compromission⁴⁹.

La cartographie de la trajectoire actuelle d'un enfant permet de saisir la réalité du parcours chaotique de celui-ci. Le constat est lourd et démontre une multiplicité d'intervenants dans la vie de l'enfant et dans celle de sa famille, d'une multiplicité d'évaluations, de signalements, d'allers-retours de l'enfant entre sa famille d'origine et sa famille d'accueil, etc. Pourtant, l'enfant n'a pas encore atteint ses 10 ans.

L'urgence d'aider cet enfant est animée d'une volonté, parmi les gestionnaires, de passer rapidement à l'action et de collaborer à un meilleur arrimage des services. Jimmy devient l'emblème du projet et il est véritablement situé au cœur du projet d'intégration et la performance du projet est centrée sur les besoins réels de l'enfant. Il est considéré véritablement comme un partenaire et non comme un simple objet

⁴⁷ La Direction des programmes jeunesse offre des services de première ligne (santé et services sociaux) aux enfants et aux jeunes âgés entre 0-18 ans et gère les programmes de réadaptation interne et externe ainsi que l'application des mesures (article 33) déléguée par la Direction de la Protection de la jeunesse. La Direction de la Protection de la jeunesse a comme mandat de protéger les enfants et les adolescents dont la sécurité ou le développement est compromis. Elle intervient à partir de signalements reçus de personnes qui ont des motifs raisonnables de croire que le développement ou la sécurité d'un jeune âgé de 0 à 17 ans est compromis.

⁴⁸ Vision exprimée verbalement par la Présidente-directrice générale. Aucune documentation disponible.

⁴⁹ L'enfant, eu égard à sa situation, recevra l'ensemble des services pour éviter que son développement et sa sécurité ne soient compromises en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

d'intervention ou une statistique. Jimmy devient ainsi le catalyseur de la performance organisationnelle.

- La logique client [...] y'a personne qui peut dire qu'il souhaite un jeune avec sa souffrance [...] d'avoir attaché le projet clientèle rendait les choses moins lourdes. (CODIR)

4.3.6.2 Une absence d'indicateurs de performance au début du projet

Pour consolider la collaboration entre les gestionnaires au terme de ces deux journées, un A3 stratégique est élaboré et chaque gestionnaire présent y appose sa signature manifestant ainsi un engagement formel à le réaliser et à collaborer à sa mise en œuvre. Le A3 stratégique permet de traduire la stratégie en objectifs mesurables. Le A3 soutient la communication de ces objectifs facilitant leur mise en œuvre, les alignant sur des décisions et des actions de gestion et en contribuant à l'amélioration de la performance organisationnelle (Franco-Santos, Lucianetti et Bourne 2012). Ainsi, c'est à partir du A3 stratégique que quatre A3 filles ont vu le jour. Les A3 filles sont élaborés à partir des objectifs du A3 stratégique et un propriétaire pour chacun des A3 est nommé et s'avère être un cadre intermédiaire qui a la responsabilité de voir à sa réalisation et à l'atteinte des cibles. L'élaboration des A3 permet, à ce moment, de mettre en exergue l'absence ou les difficultés d'établir une mesure et d'obtenir des indicateurs valides pour permettre de cartographier la situation actuelle et d'élaborer celle désirée. Le projet d'intégration est ainsi basé sur des données, non pas factuelles, mais plutôt sur les impressions du moment.

Malgré l'absence d'indicateurs probants au début du projet, les A3 ont permis aux cadres de l'organisation de considérer l'importance de la mesure en définissant les indicateurs à suivre sur la trajectoire souhaitée. En ce sens, l'organisation a retenu des indicateurs de performance liées au projet Jimmy en cohérence avec les éléments du Vrai Nord du CISSS de la Gaspésie. Le Vrai Nord du CISSS de la Gaspésie soutient l'expérience patient, le continuum de service, la mobilisation des ressources humaines

et la gestion efficiente des ressources. Le Vrai Nord doit être considéré comme un concept se distinguant, à la fois, par la simplicité de son énoncé et par le défi qu'il représente par rapport au statu quo. Il trace la voie de l'idéal vers lequel doit tendre chaque membre de l'organisation et contribue à l'amélioration continue au quotidien. Il guide la transformation, par la cohérence qu'il procure, lors de l'exercice de planification stratégique. Le Vrai Nord comporte peu d'objectifs transformationnels et il est aligné sur la performance de l'organisation déclinant quelques indicateurs caractérisés par des cibles ambitieuses.

Ainsi, les éléments du Vrai Nord retenus par cette étude de cas, sont notamment les éléments d'accessibilité, de continuité et de la mobilisation du personnel.

4.3.6.3 Gains de performance mitigés

Au cours du suivi du projet à la salle de pilotage stratégique, la haute direction constate que le projet d'intégration rencontre de grandes difficultés par une absence de suivi des indicateurs liés à la trajectoire de Jimmy. Les A3 filles devant être suivis à la salle de pilotage tactique par le directeur et les gestionnaires intermédiaires. Or, pendant la première année du projet, la salle de pilotage tactique n'est pas animée et les A3 filles sont devenus, au fil des mois, une longue liste d'actions inscrites où les moyens mis de l'avant sont associés aux résultats du projet. Les plans d'action sont demeurés conceptuels et peu enclins à favoriser un passage rapide vers l'action. Malgré les demandes répétées de la haute direction dans le suivi du projet à la salle de pilotage stratégique, les gestionnaires ne se sentent pas ou peu impliqués à chercher une solution pour remédier à l'absence de mesure. Une sorte de statut quo informel enlève le projet dans une non-performance organisationnelle et la trajectoire n'est aucunement suivie à la salle de pilotage tactique. Le constat fait en sorte que la nouvelle organisation n'a pas les moyens ni la méthodologie pour faire un suivi rigoureux des indicateurs pourtant liés à la trajectoire.

4.3.6.4 *Le rapport d'état et le choix des indicateurs ciblés*

Un an après le début du projet d'intégration, en juin 2017, la Présidente-directrice générale et son adjointe invitent les différents gestionnaires impliqués à une journée bilan portant sur le projet Jimmy. Elles ouvrent la rencontre en partageant leurs déceptions, en communiquant leurs réserves sur les réelles avancées d'intégration des services au profit des enfants, des jeunes et leur famille sur la base d'une trajectoire plus efficiente.

Dans le but d'illustrer la contre-performance du projet, une trajectoire récente d'une adolescente, ayant reçu un épisode de services est présentée. La trajectoire démontre les difficultés liées aux délais quant à l'accessibilité et à la continuité entre les différents partenaires internes et externes. Considérant l'engagement des gestionnaires intermédiaires auprès des enfants du territoire, ce constat fait mal. Pourtant, le discours sur l'importance de mesurer les cibles est présente parmi les gestionnaires. Lors de cette rencontre, ils affirment d'emblée « sans données, nous ne savons pas si nous nous améliorons objectivement ».

- Dans le projet, c'est le suivi qui a fait défaut [...] (Intervenant)

Dans le but de remédier à la situation et de documenter, sur une base factuelle le projet d'intégration, la Présidente-directrice générale met en place le rapport d'état.

- On s'est permis de regarder les choses autrement. On a réellement modifié la performance de notre réseau de services à la jeunesse [...] on essaie d'atténuer les silos [...] on est ailleurs. (CODIR)

Dès juin 2017, une information pertinente et concise sur la trajectoire est recueillie, auprès des équipes opérationnelles, par les gestionnaires. Le rapport d'état est mis directement en lien avec les objectifs énoncés à l'intérieur du A3 stratégique. Malgré le caractère imposé du rapport d'état, les questions retenues proviennent d'un

consensus entre les gestionnaires quant aux incontournables liés à l'accessibilité, à la continuité et à la mobilisation des ressources humaines. Le rapport d'état contribue ainsi à donner un second souffle au projet et il est considéré comme la pierre angulaire du système intégré de gestion de la performance du CISSS de la Gaspésie.

- Le rapport d'état est venu donner un coup de pouce pour connaître ce qui se passe dans les opérations. Mettre le rapport d'état en lien avec la salle de pilotage [...] comment on le traduit. (CODIR)
- Le rapport d'état est une révélation dans ce projet-là. (CODIR)

Le déploiement du rapport d'état a encouragé les gestionnaires et les équipes d'intervenants à émettre leurs préoccupations quant aux lacunes observées dans les services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles. Ces préoccupations ont été transformées en indicateurs utiles pour guider les gestionnaires dans les opérations quotidiennes. Ainsi, le rapport d'état a permis de réaliser que l'intensité de services n'était pas au rendez-vous ; que les enfants placés en familles d'accueil ne bénéficiaient pas d'un suivi régulier, que les familles d'accueil étaient laissées à elles-mêmes, etc. Ces préoccupations opérationnelles sont venues enrichir le rapport d'état. Ce dernier a appuyé les gestionnaires à garder un intérêt soutenu, de façon hebdomadaire, sur les indicateurs (d'accessibilité, de continuité et de mobilisation des ressources humaines) ne présentant pas de bons résultats et de pouvoir agir en amont avant une trop grande détérioration de ceux-ci. La littérature démontre qu'un retour d'information sur la mesure de la performance se traduit habituellement par une amélioration de la performance (Forza et Salvador, 2000).

L'accessibilité est désignée comme étant la capacité de fournir les soins et les services requis au meilleur moment. L'intensité réfère au nombre de rencontres réalisées en présence du jeune par jour travaillé par l'intervenant. Le taux de rétention et d'évaluations réalisées, sous le couvert de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), permet de contrôler les listes d'attente, en offrant en temps opportun, des

services auprès des enfants et des jeunes en situation de grande vulnérabilité et d'assurer le mandat de protection.

La continuité réfère à la capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée. La cartographie actuelle de Jimmy a permis de capter que la situation de certains enfants ne correspondait pas à la vision énoncée par la haute direction. Certains jeunes étaient laissés seuls et n'avaient pas d'accompagnement pendant de longues périodes excédant les six mois et n'avaient pas un suivi régulier. C'est ainsi qu'un indicateur ciblant la fréquence d'intervention auprès des jeunes a été suivi par le rapport d'état. Depuis juillet 2017, les jeunes placés en familles d'accueil doivent être régulièrement vus dans un délai de trente jours. La famille d'accueil est également ciblée afin de répondre à ses préoccupations et éviter leur désistement et ce, dans un contexte de pénurie de ressources. La durée des évaluations, sous le couvert de la Loi de la protection de la jeunesse, est également au registre des cibles et réfère au délai entre la rétention du signalement et le premier contact à l'évaluation sur le nombre d'évaluations terminées. Le plan d'intervention est une obligation légale. Il permet notamment d'identifier les besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible des services. Le plan d'intervention doit également assurer une coordination de services offerts aux jeunes par les divers intervenants concernés de l'établissement.

Pour terminer, l'indicateur retenu pour le bien-être au travail des ressources humaines renvoie au taux d'assurance- salaire.

Tableau 4.1
Portrait de la situation en 2016

	Cible	Résultats
ACCESSIBILITÉ		
Intensité de service	Aucune ⁵⁰	0,96
Taux de rétention (LPJ)	Aucune	46,8%
Évaluations réalisées (LPJ)	562	634
CONTINUITÉ		
RTF vus dans un délai de 30 jours	Aucune	Aucun
Durée des évaluations à partir du 1 ^{er} contact (LPJ)	12 jours	16,76 jours
Plan d'intervention LPJ	85%	70%
Plan d'intervention LSSS	85%	10%
BIEN-ÊTRE DES EMPLOYÉS		
Assurance-salaire	6,03%	14,30%

4.3.6.5 La salle de pilotage tactique : gains de performance collaborative

Le directeur du programme jeunesse et la directrice de la protection de la jeunesse démontrent qu'une collaboration exemplaire est un vecteur de performance organisationnelle. En effet, cette collaboration a encouragé l'innovation par la mise en place d'une seule salle de pilotage tactique, et ce pour les deux directions, dans le but de favoriser les échanges et la collaboration entre les deux équipes de gestionnaires provenant d'horizons professionnels différents. Ainsi, le choix de déployer une seule salle de pilotage tactique semble avoir soutenu une meilleure communication, éviter les doublons d'information et les discussions inutiles. La communication entre les

⁵⁰ L'établissement ne possédait pas de cibles. Ces problématiques ont été relevées par le rapport d'état. Il en est de même pour les résultats. L'établissement n'a pas les moyens pour comptabiliser ces indicateurs ou ils n'ont jamais été suivis. C'est le rapport d'état qui facilite la collecte de données.

parties prenantes constitue un enjeu déterminant dans la continuité des services auprès d'un usager (Nies, 2004 ; Toussaint, 2015).

- La salle de pilotage tactique a été très mobilisante [...] dans un nouveau contexte d'intégration [...]. (Cadre supérieur)

La collaboration est considérée comme un déterminant d'une gestion efficace des processus d'intégration (Horvath, 2001) et elle est fondamentale à l'amélioration d'une meilleure coordination de services. (Sanders et Premus, 2005). Ainsi, la salle de pilotage tactique contribuerait à mieux coordonner les pratiques cliniques ayant un effet positif sur un premier projet d'intégration au sein du CISSS. C'est à la salle de pilotage tactique qu'un suivi s'est réalisé quant aux cibles retenues dans les A3 filles. De plus, l'animation de la salle de pilotage tactique et opérationnelle contribuerait à mieux connaître l'état de santé des équipes de travail prévenant ainsi une augmentation du taux d'assurance-salaire.

- On ne regarde pas seulement les délais mais on regarde comment les gens se sentent [...] en forme, pas en forme, plus ou moins en forme [...] on peut intervenir plus tôt pour éviter une absence. (Cadre intermédiaire)

L'animation de la salle de pilotage tactique a permis aux gestionnaires de soulever rapidement les obstacles rencontrés à la mise en place de la trajectoire (Eaidgah, Maki, Kurczewski, Abdekhodae, 2015 ; Jaca, Viles, Jurburg, Tanco, 2014). Les gestionnaires sont alors en capacité d'identifier la contribution d'une autre direction en reconnaissant la nécessité de réduire le travail en silos pour assurer une fluidité au parcours de Jimmy. La salle de pilotage tactique a renforcé l'interaction avec les autres directions par un partage des cibles, dans la coordination des opérations quotidiennes des gestionnaires, améliorant ainsi la trajectoire dédiée à Jimmy. La salle de pilotage tactique a contribué à fournir aux gestionnaires un mécanisme d'intégration permettant de gérer les tensions entre les rôles et les responsabilités de chacune des directions à l'intérieur de la trajectoire dédiée à Jimmy.

Le déploiement des salles de pilotage s'est réalisé à géométrie variable dans l'organisation. Il est ainsi devenu difficile de solliciter la collaboration des autres directions. La mise en place des autres salles de pilotage tactique, au sein des autres directions, pourrait éventuellement soutenir la performance collaborative recherchée par le processus d'intégration, croient les gestionnaires interviewés.

- Il serait intéressant d'avoir les heures et les jours où les autres salles sont animées. On pourrait aller porter notre billet d'amélioration⁵¹ ou les inviter à la nôtre. (Cadre supérieur)

Les salles de pilotage opérationnelles : à la recherche de performance clinique. La participation des intervenants à la salle de pilotage opérationnelle crée une ouverture à une collaboration interdisciplinaire pour assurer l'accessibilité et la continuité des services s'appropriant des champs de compétences différents selon leur provenance. Les billets d'amélioration proposés par les membres d'une équipe influencent les comportements des employés pour induire une démarche d'amélioration de la qualité.

À titre d'exemple, un intervenant était insatisfait quant aux délais observés entre l'évaluation et la prise en charge, que ce soit sous le couvert de la Loi de la protection de la jeunesse ou dans un contexte de volontariat LSSSS. L'intervenant a apporté un billet d'amélioration à la salle de pilotage opérationnelle permettant ainsi à l'équipe de trouver des solutions pour diminuer les délais et favoriser l'accès aux services pour Jimmy.

- Nous avons donc énormément diminué les délais entre l'évaluation et la prise en charge. (Cadre intermédiaire)

⁵¹ Les billets d'amélioration sont des outils utilisés lors de l'animation des salles de pilotage permettant l'identification d'opportunités d'amélioration et des solutions rapides selon un cycle *PDSA*. Les billets soutiennent une communication selon une approche *bottom-up*.

4.3.6.6 *La communication : avenue de performance organisationnelle*

Selon la littérature, la communication issue des systèmes intégrés de gestion de la performance représenterait le plus grand avantage pour une organisation. D'ailleurs, l'utilisation d'un système de gestion améliorerait la communication, par une collaboration plus étroite et un meilleur partage des connaissances entre les employés, constituant ainsi une base solide de communication entre la direction et les employés (Bititci, Mendibil, Nudurupati, Turner, Garengo, 2006 ; Ukko, Karhu, Rantanen, 2007). Dans cette perspective, le système offre à la gestion des opérations une opportunité de faire entendre sa voix et de résoudre les problèmes qui affectent la performance organisationnelle et des équipes.

En ce sens, la mise en place de stratégies pour éviter une fragmentation dans le cheminement de Jimmy s'effectue entre les salles de pilotage, dans une logique de cascade et d'escalade de l'information, entre le terrain et la haute direction. À titre d'exemple, l'arrivée des groupes de médecine familiale (GMF), dans le processus d'intégration imposée par le MSSS, a apporté beaucoup de préoccupations et d'irritants quant à une nouvelle fragmentation de l'offre de service pour Jimmy. Cette situation préoccupante pour les intervenants est remontée jusqu'à la salle de pilotage stratégique selon le principe d'escalade du système intégré de gestion de la performance où un A3 stratégique a été déployé pour amorcer un cycle d'amélioration continue. C'est cette synergie développée entre la salle de pilotage opérationnelle, tactique et stratégique qui permet une action rapide augmentant du même coup le sentiment de considération des employés.

- Dans les faits, d'escalader et de cascader les problèmes dans une rapidité hors du commun [...] c'est un rendez-vous hebdomadaire pour prendre un pas de recul [...] et améliorer la trajectoire. (Cadre supérieur)

4.3.6.7 Des résultats tangibles

Des gains cliniques. Le système intégré de gestion de la performance a notamment permis de soutenir de nouveaux comportements chez les gestionnaires dans le but d'améliorer les indicateurs ciblés et ce, au bénéfice de Jimmy. Les résultats ont été observés après le début de la mise en place du rapport d'état et des salles de pilotage et ce, dans un contexte de grande transformation par la fusion des établissements et des équipes de travail.

- Dès le départ, les indicateurs du projet Jimmy étaient ambitieux. Les jeunes sont en droit de s'attendre à des services de haute qualité. Dire que Jimmy ne sera plus jamais seul avec sa souffrance n'est pas encore atteint. On s'en va vers là. (CODIR)

Ce système de gestion n'a pas été implanté sans difficultés ou sans heurts. Il commande une plus grande responsabilisation de tout le personnel et une approche par processus pour soutenir une amélioration continue de la qualité.

- Grâce à cette modification dans nos pratiques de gestion, les enfants de notre territoire ont accès à une plus grande intensité de services et nous sommes assurés qu'aucun enfant n'est seul dans sa souffrance. (CODIR)
- L'engagement et le souci des intervenants à respecter les délais, à collaborer activement dans la proposition et la mise en place d'options afin de faciliter leur travail contribuent hebdomadairement à assurer une trajectoire clinique optimale afin de bien accompagner nos Jimmy. Comme gestionnaire, je connais mieux les besoins de mon équipe et de la clientèle. Les irritants sont vite solutionnés, non seulement par le gestionnaire mais par l'ensemble de l'équipe qui participe activement à cette raison d'être du processus. Cohérence-Cohésion-Efficacité répondent très bien à notre vécu en lien avec ce projet. (Cadre intermédiaire)

Le tableau 4.2 illustre que les outils utilisés du système intégré de gestion de la performance peuvent apporter des gains rapides quant aux indicateurs retenus lors de l'élaboration des A3 en juin 2016. L'intensité des services est passée de 0,96

intervention par jour/par intervenant en juin 2016 à plus de 3,6 interventions par jour/par intervenant en 2017 se traduisant par une meilleure accessibilité aux services. Les indicateurs relatifs au taux de rétention démontrent également de bons gains de performance clinique. Le taux de rétention est passé de 46,8% en 2016 à un taux de 42,9% en 2018 qui peut être interprété par une meilleure continuité des services en raison des équipes intégrées mises en place. Le nombre d'évaluations réalisées font également état d'une augmentation (sur une période d'une année) passant de 634 à 641 permettant ainsi de répondre à un plus grand nombre d'enfants en situation de vulnérabilité et mettre en place des mesures de protection si tel est le cas. De plus, la durée des évaluations à partir du premier contact démontre une amélioration substantielle passant de 16,96 (jours) en 2016 à 8,35 (jours) en 2018. La cible étant fixée à 12 jours. Quant à la dimension de la continuité, il est intéressant de constater que 100% des jeunes placés en famille d'accueil sont dorénavant vus par l'intervenant dans un délai ne devant pas excéder 30 jours. De plus, les familles d'accueil ont vu leur rencontre avec l'intervenant assigné à la situation de l'enfant augmenter également. Depuis 2018, ce sont 100% des familles d'accueil qui sont rencontrées minimalement une fois par mois par un intervenant pouvant répondre à leurs préoccupations et par conséquent, éviter le désistement de celles-ci dans un contexte de pénurie de ressources. L'indicateur relatif à la réalisation des plans d'intervention démontre également des gains de 15% pour la LPJ et de 33% en LSSS quant à l'atteinte de la cible de 85% de plans d'intervention sont réalisés assurant ainsi la pertinence des interventions pour les enfants, les jeunes et les familles. Pour terminer, les résultats indiquent également une amélioration quant à la mobilisation. L'indicateur de 2016 relatait un taux d'assurance-salaire de 14,30 % alors qu'en 2018 il se situe à 8,7 % représentant ainsi une économie de 156 000.00 \$.

Tableau 4.2
Des gains de performance

	Cible	Résultats 2016	Résultats 2018
ACCESSIBILITÉ			
Intensité de service	Aucune	0,96	3,6
Taux de rétention (LPJ)	Aucune	46,8%	42,9%
Évaluations réalisées (LPJ)	562	634	641
CONTINUITÉ			
RTF vus dans un délai de 30 jours	Aucune	Aucun	100%
Durée des évaluations à partir du 1 ^{er} contact (LPJ)	12 jours	16,96 jours	8,35 jours
Plan d'intervention LPJ	85%	70%	85%
Plan d'intervention LSSS	85%	10%	43,2%
BIEN-ÊTRE DES EMPLOYÉS			
Assurance-salaire	6,03	14,30%	8,70%

Des gains structurels et financiers : Des gains de temps. Outre les gains cliniques observés par le soutien du système intégré de gestion de la performance, il est intéressant de relever qu'il existe également des gains structurels notamment quant à la diminution significative des temps consacrés aux différentes rencontres administratives. Les observations réalisées soutiennent que le système intégré de gestion de la performance a permis une économie équivalant entre 4 et 7 heures par semaine en temps de rencontres selon les personnes interviewées.

- Les rencontres d'équipe diminuent du tiers en temps parce qu'on adresse à chaque semaine des situations, de l'information circule, on oublie moins de choses. (Cadre intermédiaire)
- Ça nous évite de prendre un avant-midi pour tenir la rencontre administrative [...]. (Intervenant)

De plus, le système intégré de gestion de la performance semble avoir contribué à canaliser les discussions de « cadre de porte » entre le gestionnaire et l'intervenant. L'animation de la salle de pilotage opérationnelle aurait contribué à la réduction des discussions, sans valeur ajoutée, et considérées comme des « grugeurs de temps ». Ainsi, le gestionnaire encourage les intervenants venant le rencontrer à compléter un billet d'amélioration pour exprimer un irritant dans son travail ou une idée pour améliorer les services. Cette nouvelle façon de gérer permet également des gains de temps et de dégagement de temps chez le gestionnaire.

- Toute la communication passe par la salle de pilotage [...] les gens viennent de moins en moins sur le cadre de porte [...] depuis que la salle de pilotage roule et qu'on résout nos problèmes [...] j'attends au mardi pour en parler. Quand les intervenants débarquent dans mon bureau [...] je leur dis que c'est un beau sujet pour la salle de pilotage. (Cadre intermédiaire)
- Au lieu d'aller trouver une réponse un peu partout, on a un endroit pour déposer notre problème [...] au lieu d'avoir dix appels pour le même problème [...] ça devient moins lourd pour le gestionnaire. (Cadre intermédiaire)

Des gains de mobilisation. La délégation des questions aux opérations dans les équipes de travail peut avoir un effet positif sur la présence au travail des intervenants, susciter l'engagement et la motivation collective des équipes intégrées sur la base d'un territoire. De plus, une meilleure compréhension du parcours de Jimmy est possiblement perçue comme étant un préalable à un travail d'équipe où les responsabilités sont partagées entre les membres de l'équipe.

- La force qui ressort [...] c'est qu'on est maintenant une équipe [...] la salle de pilotage opérationnelle nous aide à demander de l'aide de nos collègues de travail. Ça a vraiment solidifié nos liens. (Intervenant)

Conscient du potentiel des outils utilisés pour générer de la performance, le CISSS a utilisé le système intégré de gestion de la performance comme un outil privilégié pour faire le suivi de la trajectoire dédiée aux enfants, aux jeunes et aux

familles. En ce sens, le rapport d'état et les salles de pilotage seront éventuellement déployés, dans les prochains mois, auprès de l'ensemble des directions, tant cliniques qu'administratives, dans l'intégration concrétisée par la trajectoire de Jimmy. Les gestionnaires du programme jeunesse sont réellement engagés dans cette démarche d'amélioration et souhaitent faire profiter de leurs expériences et leurs apprentissages aux autres gestionnaires et équipes qui auront, éventuellement, à déployer le système intégré de gestion de la performance.

- [...] ce serait important pour soulager d'autres personnes [...] de devenir des mentors. Ils devraient s'inspirer de nous [...] ce serait un plus pour les autres directions. (Cadre intermédiaire)

Les bons coups exprimés hebdomadairement, par les pairs, lors de l'animation des salles de pilotage ou du rapport d'état et ce, à tous les niveaux hiérarchiques contribueraient à l'amélioration du climat de l'équipe, selon les entretiens réalisés dans le cadre de l'étude de cas.

- [...] la délicatesse de reconnaître le travail de l'autre. (Intervenant)

4.3.7 Discussion

Cette étude qualitative exploratoire visait à explorer la contribution du système intégré de gestion de la performance à l'amélioration des différents indicateurs liés à une trajectoire de services. L'étude de cas entérine les résultats d'études antérieures confirmant une relation positive entre l'adoption d'un système intégré de gestion de la performance et l'amélioration de la performance organisationnelle (Franco-Santos *et al.*, 2012). Le système intégré de gestion de la performance a contribué au développement d'une culture de la mesure tant chez les gestionnaires que chez le personnel. Ces résultats mettent en évidence que le système de gestion de la performance soutient une communication formelle entre les équipes opérationnelles et la haute direction (Bititci *et al.*, 2012). La mise en œuvre du rapport d'état et des salles

de pilotage ont conduit à une présentation standardisée des informations sur la performance de la trajectoire.

De plus, avant la fusion des établissements en avril 2015, les trajectoires étaient difficilement optimales en raison des silos et du manque de coordination entre les organisations. Or, les salles de pilotage, stratégiques, tactiques et opérationnelles, peuvent être considérées comme des facteurs contributifs soutenant des échanges d'informations à valeur ajoutée pour un meilleur cheminement d'un enfant. De plus, le fait d'avoir mis en place, une seule et même salle de pilotage tactique, a possiblement contribué à l'augmentation des échanges d'informations et de résolution de problèmes. L'unicité d'une salle de pilotage tactique pour le suivi d'une trajectoire est devenue un outil précieux pour améliorer les discussions intra organisationnelles et de réduire les ambiguïtés quant aux rôles et aux responsabilités de chacun au sein de la trajectoire.

Les résultats contribuent également à démontrer que le système intégré de gestion de la performance soutient des enjeux d'accessibilité, de continuité et de mobilisation des ressources humaines à l'intérieur de processus d'intégration notamment par la mise en place d'une trajectoire. Le système intégré de gestion de la performance, présentement en déploiement au CISSS de la Gaspésie, s'intéresse autant aux dimensions axées sur la clientèle qu'aux enjeux liés à la mobilisation des équipes de travail. Ces résultats vont dans le sens du modèle équilibré de Kaplan et Norton (1983) proposant un système de gestion de la performance intégrant différentes perspectives. Au CISSS de la Gaspésie, ces perspectives sont issues du Vrai Nord organisationnel.

L'utilisation des informations sur la performance du projet d'intégration a nécessité le déploiement de différents outils du système intégré de gestion de la performance. Ces outils ont été intégrés à un agenda standard permettant de doter l'organisation d'une routine organisationnelle. Le rapport d'état et les salles de pilotage ont notamment encouragé la diminution des rencontres administratives considérées

trop longues et à non-valeur ajoutée. La réduction des temps de rencontres a été saluée particulièrement au niveau opérationnel.

Le système intégré de gestion de la performance a représenté un investissement avant que l'organisation puisse en reconnaître la valeur ajoutée dans l'organisation. Les coûts reliés pour soutenir le déploiement du système sont associés principalement aux coûts de formation du personnel, au montant de 825.00\$, dans l'acquisition de nouvelles compétences lors de la mise en place du rapport d'état et des salles de pilotage. Le soutien des équipes a généré des coûts de 23 940.00\$ par la libération d'une spécialiste en amélioration continue. L'achat du matériel requis pour mettre en place les salles de pilotage représentant environ un investissement de 1000.00\$ pour l'ensemble de la direction. Le coût total du projet représente un montant de 25 765.00\$.

Malgré que le projet Jimmy repose sur une seule trajectoire, il n'en demeure pas moins que les problèmes rencontrés par les enfants, les jeunes et les familles sont souvent multiples et complexes nécessitant un bon niveau de collaboration pour une meilleure intégration entre les différentes instances concernées. Les salles de pilotage soutiennent les pratiques collaboratives et celles-ci sont perçues comme étant un facteur crucial pour améliorer la performance. La littérature démontre que la collaboration, soutenue par le partage d'information, peut augmenter la performance d'une trajectoire (Pramatari et Miliotis, 2008). En ce sens, le système intégré de gestion de la performance permet l'émergence d'une meilleure collaboration puisqu'il soutient une communication bi-directionnelle entre les gestionnaires et les intervenants en les invitant à joindre leurs forces pour atteindre des objectifs organisationnels.

Les salles de pilotage et le rapport d'état sont des outils du système intégré de gestion de la performance, devenant pour l'organisation à l'étude, des mécanismes formels de collaboration entre les différentes directions concernées par les services à la jeunesse. Ces outils suscitent la confiance par une meilleure connaissance des membres de l'équipe intégrée et sont associés à une meilleure performance des services offerts

contribuant également à améliorer le bien-être au travail des intervenants. Ils viennent formaliser et normaliser les rapports entre les différents intervenants pour favoriser une meilleure fluidité dans le cheminement de Jimmy en standardisant certaines pratiques afin d'accroître la fiabilité des données relatives à la performance organisationnelle. Les résultats de notre étude considèrent que le système intégré de gestion de la performance a généré des économies sur le plan des services rendus et sur le bien-être du personnel en diminuant le taux d'assurance-salaire. Ces économies ont permis de faire contrepoids aux coûts générés par le déploiement du système intégré de gestion de la performance. À titre d'exemple, l'étude de cas a identifié plusieurs sources d'économies, notamment quant à l'intensité des services et les gains observés en assurance-salaire, pouvant être reliées à un gain de productivité réinvesti dans le service auprès des enfants, des jeunes et des familles. Le projet a produit des économies de plus de 160 000.00\$ et celles-ci ont permis de compenser les coûts générés de 25 765.00\$ par l'implantation des salles de pilotage et du rapport d'état.

Malgré des données probantes quant aux difficultés d'intégration clinique et administrative visant à diminuer la fragmentation de l'offre de services sociaux, le système intégré de gestion de la performance offre une belle opportunité pour créer des bases solides de pratiques collaboratives entre les membres d'une équipe, entre les membres d'équipes provenant de directions différentes et entre la direction et les équipes opérationnelles et ainsi, escompter des gains de performance.

4.3.8 Limites de l'étude

Une limite à l'étude se situe dans le contexte dans lequel l'étude de cas a été réalisée. En effet, le contexte d'une transformation majeure, en raison de la nouvelle réforme, fait en sorte qu'il pourrait exister une multitude de variables ayant pu avoir un impact sur la performance du projet d'intégration. Il serait ainsi avantageux de comparer les résultats de l'étude de cas avec un établissement devant déployer le système intégré de gestion de la performance dans un contexte d'intégration.

De plus, le changement d'envergure proposé par le système intégré de gestion de la performance est un projet déployé dans tous les établissements de santé et de services sociaux au Québec. L'étude de cas unique soulève assurément toutes les interrogations relatives à la transférabilité. Il est évident que les résultats ne peuvent être généralisés. Néanmoins, chaque CISSS est semblable et c'est dans ce contexte que la transférabilité des résultats peut être envisagée.

4.3.9 Recherches futures

En regard des observations réalisées dans la présente étude de cas unique, d'autres pistes de recherches sont envisageables.

Considérant que le système intégré de gestion de la performance endosse les quatre dimensions du modèle de Kaplan et Norton, il serait opportun de s'intéresser à la satisfaction de la clientèle par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance soutenant les processus d'intégration.

De plus, une prochaine recherche de type quantitatif ou mixte pourrait se faire de façon longitudinale pour apprécier l'implantation d'un tel projet à la diminution du taux de roulement du personnel afin d'assurer des services accessibles et continus au bénéfice de tous les petits Jimmy du Québec. Une observation des indicateurs sur une plus longue période sera avantageuse pour avoir une idée précise des retombées du déploiement du système intégré de gestion de la performance.

4.3.10 Conclusion

À l'instar de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le CISSS de la Gaspésie devait améliorer sa performance en relevant les défis d'intégration apportés par la loi 10. Pour répondre à cette invitation, l'établissement a décidé de déployer le système intégré de gestion de la performance. La direction était alors convaincue qu'en renouvelant ses pratiques de gestion, notamment par l'utilisation du rapport d'état et des salles de pilotage, elle pourrait contribuer à améliorer la performance dans une perspective d'accessibilité, de continuité et de bien-être au travail des ressources humaines. Ainsi, le système de gestion offre l'opportunité, par ses principes et outils, d'améliorer la coordination des services et les pratiques collaboratives permettant une utilisation plus performante des ressources. Le système est un modèle multidimensionnel et équilibré et son implantation fait voir des gains financiers et non-financiers. Les données recueillies ainsi que les résultats de cette recherche pourront être d'une grande utilité pour l'établissement à l'étude et aussi pour les autres organisations qui souhaiteraient expérimenter une trajectoire telle que celle de Jimmy à l'aide du système intégré de gestion de la performance.

4.3.11 Références bibliographiques

- Aasland, K., Blankenburg, D. (2012). An analysis of the uses and properties of the Obeya. In *18th International ICE Conference on Engineering, Technology and Innovation*, Munich, 18-20 juin 2012.
- Aghren, B. (2014). The path to integrated healthcare, Various Scandinavian strategies. *International Journal of Care Coordination*, 17(1-12), 52-58.
- Aghren, B. (2012). The Art of Integrating Care: Theories Revisited. *The Open Public Health Journal*, 5, 36-39.
- Aghren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*, 3(7), 1-8.
- Axelsson, R., Axelsson, S.B., (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88.
- Barnas, K. (2014). *Beyond Heroes : A Lean Management System for Healthcare*, ThedaCare Center for Healthcare Value, Wisconsin.
- Bititci, U., Carrie, A., Mc Devitt, L. (1999). Integrated performance measurement systems: a development guide. *International Journal of Operations and Production Management*, 17(5), 522-534.
- Bititci, U.S., Mendibil, K., Nudurupati, S., Turner, Garengo, P. (2006). Dynamics of Performance measurement and organizational culture. *International Journal of Operations and Production Management*, 26, 1325-1350.
- Botton, C., Jobin, M.-H., Haithem, N. (2012). Système de gestion de la performance : les conditions du succès. *Gestion 2000*, 29(2), 37-52.
- Brudan, A. (2010). Rediscovering performance management: systems, learning and integration. *Measuring Business Excellence*, 14(1), 109-123.
- Bryant, L., Jones, D.A., Widener, S.K. (2004). Managing value creation within the firm: an examination of multiple performance measures. *Journal of Management Accounting Research*, 16, 107-31.
- Cao, M., Zhang, Q. (2010). Supply chain collaboration: Impact on collaborative advantage and firm performance. *Journal of Operations Management*, 29, 163-180.

- Charfeddine, M., Montreuil B. (2008). *Une approche de mappage stratégique de réseaux de santé intégrés*, CIRRELT.
- Contandriopoulos, A.P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199.
- Davis, S., Albright, T. (2004). An investigation of the effect of balanced scorecard implementation on financial performance. *Management Accounting Research* 15 (2), 135–153.
- Demers, L. (2013). Mergers and integrated care: The Quebec experience. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), 1-4.
- Deming, W.E. (1986), *Out of the Crisis: Quality, Productivity, and Competitive Position*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Eaidgah, Y., Maki, A.A., Kurczewski, K., Abdekhodae, A. (2015). Visual management, performance management and continuous improvement: A lean manufacturing approach. *International Journal of Lean Six Sigma*, 7(2), 187-210.
- Forza, C., Salvador, F. (2000). Assessing some distinctive dimensions of performance feedback information in high performing plants. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(3), 359-85.
- Franco-Santos, M., Lucianetti, L., Bourne, M. (2012). Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. *Management Accounting Research*, 23, 79-119.
- Graban, M. (2012). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*, New York: CRC Press.
- Horvath, L. (2001). Collaboration: the key to value creation in supply chain management. *Supply Chain Management: An International Journal*, 6(5), 205-207.
- Jaca, C., Viles, E., Jurburg, D., Tanco, M. (2014). Do companies with greater deployment of participation systems use Visual Management more extensively? An exploratory study. *International Journal of Production Research*, 52(6), 1755-1770.
- Jacquet, J. (2011). *Management de la performance : des concepts aux outils*. Centre de Ressources en Économie de gestion (CREG).
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 71-79.

- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1993). Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, 134-147.
- Kaplan, R.S. (1983). Measuring manufacturing performance: a new challenge for managerial accounting research. *Accounting Review*, 58(4), 686-703.
- Kodner, D., Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(3), 1-6.
- Lagacé, D., Landry, S. (2016). Salles de pilotage : un nouveau mode de gestion de la performance. *Gestion*, 41(3), 90-93.
- Laihonen, H., Pekkola, S. (2016). Impacts of using a performance measurement system in supply chain management: a case study. *International Journal of Production Research*, 54(18), 5607-5617.
- Landry, S., Beaulieu, M. (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien*, JFD Éditions.
- Majava, J., Haapasalo, H., Aaltonen, K. (2019). Elaborating factors affecting visual control in a big room. *Construction Innovation*.
- MSSS (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Nies, H. (2004). Integrated care: concepts and background. In H. Nies, P.C. Berman *Integrating Services for Older People a resource Book for Managers*. Dublin, Irlande. European Health Management Association (EHMA).
- Parida, A., Kumar, U., Galar, D., Stenström, C. (2014). Performance measurement and management for maintenance: a literature review. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 21(1), 2-33.
- Prahalad, C.K., Ramaswamy, V. (2004). Co-creation Experience: The next practice in Value Creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5-14.
- Pramatari, K., Miliotis, P. (2008). Impact of collaborative store ordering on shelf availability. *Supply Chain Management -An International Journal*, 13(1), 49-61.
- Prévost, P., Roy, M. (2015). *Les approches qualitatives en gestion*, Les Presses de l'Université de Montréal.

- Québec. (2014). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des Services sociaux par l'abolition des Agences régionales*, Projet de loi no. 10. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Radnor, Z.J., Holweg, M., Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise?. *Social Science & Medecine*, 74(3), 364-371.
- Sanders, N.R., Premus, R. (2005). Modeling the relationship between IT capability, collaboration, and performance. *Journal of Business Logistics*, 26(1), 1-23.
- Saunila, M., Pekkola, S., Ukko, J. (2014). The relationship between innovation capability and performance: The moderating effect of measurement. *International Journal of Productivity & Performance Management*, 63(2), 234-249.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences. *Seven Countries Health affairs*, 26(6), w717-w734.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics. *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 6(1), 34-46.
- Sobek II, D.K., C. Jimmerson, (2004). A3 Reports: Tool for Process Improvement. *IIE Annual Conference. Proceedings*. Norcross, 1-6.
- Spekman, R. E., Kamauff, J. W., Jr., Myhr, N. (1998). An empirical investigation in supply chain management. *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, 28(8), 630-650.
- Stank, T.P., Keller, S.B., Daugherty, P.J. (2001). Supply chain collaboration and logistical service performance. *Journal of Business Logistics* 22(1), 29-48.
- Tchouaket, É.N., Lamarche, P.A., Goulet, L., Contandriopoulos, A.-P. (2012). Health care system performance of 27 OECD countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26 p.
- Terenghi, F., Cassina, J., Kristensen, K., Terzi, S. (2014). *Virtual Obeya: A new collaborative web application for running lean management workshops*. Paper presented at the Engineering, Technology and Innovation (ICE), International ICE Conference.
- Toussaint, J.S (2015). *A Rapidly Adaptable Management System. Operations and Strategy*, Thedacare Center for Healthcare Value, Wisconsin.

- Ukko, J., Karhu, J., Rantanen, H. (2007). How to communicate measurement information successfully in small and medium-sized enterprises: a regression model. *International Journal of Information Quality*, 1(1), 41-59.
- Yin, R.K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Newbury Park, CA.

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

Ce dernier chapitre de la thèse, présenté en trois grands volets, permettra de franchir un pas de plus quant à l'étude et à la contribution du système intégré de gestion de la performance dans les processus d'intégration des services sociaux. Le premier volet expose la problématique managériale à l'origine de cette recherche et dégage les principales contributions théoriques et pratiques issues des trois articles de la thèse. Le deuxième volet s'attarde aux limites de la thèse réalisée par une étude de cas et enfin, le troisième et dernier volet aborde les avenues futures de recherches.

5.1 CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES DE LA RECHERCHE

Avant même d'aborder les principales contributions théoriques et pratiques de la recherche, il est nécessaire de faire un bref retour sur la problématique managériale à la base de la démarche académique entreprise en 2017.

5.1.1 Retour sur les principaux éléments de la problématique managériale

Depuis plus de trois décennies, le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, à l'instar des autres pays industrialisés, tente tant bien que mal d'augmenter sa performance pour freiner les dépenses publiques qui représentent près des deux cinquièmes de l'ensemble des dépenses consolidées du Québec incluant les intérêts sur le déficit selon le Rapport de la Commission de révision permanente des programmes (2015). Pour ce faire, le réseau de la santé et des services sociaux s'est modifié, s'est transformé au gré des initiatives ministérielles et réformes qui se sont succédées. Les deux dernières réformes qui ont eu cours au sein du réseau poursuivent le même objectif : améliorer la performance du réseau de la santé et des services sociaux par une intégration de l'ensemble des soins et des services. Au cours des dernières décennies, l'intégration a été souvent reconnue comme une solution potentielle pour réduire les

silos entre les soins et les services (Organisation mondiale de la Santé, 2008). De plus, elle est considérée comme une mesure efficace pour accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services (Kringos *et al.*, 2013).

L'architecture du réseau de la santé et des services sociaux est influencée par les changements apportés par la loi 10 en avril 2015. En effet, une intégration structurelle des différentes missions a fait passer le réseau de 182 à 34 établissements créant ainsi les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). L'intégration est le point central de cette dernière transformation. Plus spécifiquement, la recherche s'est déroulée au CISSS de la Gaspésie.

Saisissant les opportunités d'intégration qu'offre la réforme, la haute direction du CISSS fait le choix d'intégrer les services offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles au sein d'une seule et même équipe territoriale. Ce choix d'intégration verticale et horizontale est novateur et ambitieux s'inscrivant dans les orientations ministérielles relatives à la performance. Consciente que cette intégration structurelle peut conduire à de nouvelles formes de fragmentation des soins et des services, la direction fait le choix de mettre en place un nouveau système intégré de gestion de la performance qui solliciterait une véritable collaboration notamment par l'animation des salles de pilotage et du rapport d'état et ce, tant aux niveaux stratégique, tactique qu'opérationnel. L'épine dorsale d'un tel système est le leadership affirmé de la haute direction (Mosadeghrad, 2013). Ce leadership est essentiel pour déployer ce système et inciter à une meilleure collaboration entre les parties prenantes quant à l'atteinte des objectifs organisationnels clairement statués dont la finalité est de créer de la valeur pour le client.

5.1.2 La revue de littérature : carences identifiées

Une revue de littérature sur les concepts suivants a été réalisée et ce, dans l'objectif de mieux comprendre comment le CISSS de la Gaspésie a procédé à l'intégration des services sociaux par le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance. Dans un premier temps, une recherche sur la notion de performance concrétise son caractère multidimensionnel. Cette recherche a permis d'étudier un système intégré de gestion améliorant la performance organisationnelle. Considérant l'ampleur des changements exigés par les processus d'intégration, une revue de littérature a circonscrit la notion de la gestion du changement amenant du même coup le champ de recherche à s'élargir et à s'intéresser à l'importance du leadership. La revue de la littérature considère que le leadership est un concept qui a été amplement étudié et qui a généré une multitude de définitions suivant une évolution à travers les différents contextes depuis la révolution industrielle. Enfin, la littérature a permis de constater qu'à l'instar de la performance, l'intégration est également un processus multidimensionnel qui vise principalement les secteurs liés à la santé physique et que peu d'études s'intéressent à l'intégration des services sociaux.

La revue de la littérature a rendu possible un constat à l'effet qu'il existe peu d'écrits mettant en lien la contribution d'un système de performance aux processus d'intégration et ce, dans l'exercice d'un leadership partagé. La pauvreté des écrits sur le sujet conduit à formuler la question de recherche suivante : « Comment le système intégré de gestion de la performance contribue-t-il à l'intégration horizontale des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles et ce, tant au niveau stratégique, tactique et opérationnel ? ».

5.1.3 Contributions théoriques

5.1.3.1 Contributions à l'amélioration des connaissances sur la gestion du changement dans un contexte d'intégration soutenu par un système intégré de gestion de la performance

La littérature en matière de gestion de changement est abondante (Audet, 2009 ; Rondeau, 2008). De nombreuses méthodes et approches ont été suggérées et développées tentant de rallier les perspectives de changement planifié et de changement émergent (Klarner *et al.*, 2008 ; Rondeau, 2007 ; Soparnot, 2009) affirmant ainsi que les changements sont un assemblage de plusieurs petits changements se déroulant en même temps. Une seule approche en gestion du changement ne peut suffire puisque les contextes dans lesquels les organisations évoluent sont différents (Michel *et al.*, 2013). Faire appel à une seule approche peut mener à une mauvaise gestion d'un changement organisationnel (Kotter et Schlesinger, 2008) et pourrait éventuellement être contre-productif (Ostrom, 2007).

En ce sens, une des contributions de cette thèse permet de constater que l'utilisation des différents outils du système intégré de gestion de la performance ont soutenu un changement planifié notamment par le kaïkaku et par l'élaboration des A3 et, par la suite, un changement émergent en misant sur la participation des équipes opérationnelles par les kaizen, les A3 filles, les salles de pilotage et le rapport d'état requérant un passage rapide à l'action. Les observations réalisées démontrent l'importance des outils du système intégré de gestion de la performance dans une gestion du changement sans douleurs mortelles pour l'organisation (Abrahamson, 2000). L'utilisation des outils a soutenu le changement dans une philosophie d'amélioration continue et ce, sans grands plans de gestion du changement. Selon les échanges obtenus lors des entretiens individuels, les outils du système intégré de gestion de la performance permettent une meilleure connaissance de l'organisation, une adaptation rapide aux défis rencontrés et une rétroaction immédiate entre les différents niveaux organisationnels, de sorte qu'aucun gestionnaire n'est plus seul ou ne se sent pas en tension avec la haute direction.

L'étude de cas validée tout au cours du déploiement du projet Jimmy par les trois niveaux hiérarchiques (stratégique, tactique et opérationnel) révèle les principaux défis, les éléments facilitants, les processus de résolution de problèmes et les actions associées mises en œuvre pour s'adapter à un environnement contingent. Le récit organisationnel décrit dans cette thèse est certainement une bonne représentation que la gestion d'un changement organisationnel n'est ni pleinement prédictible ni tout à fait contrôlable (Miller *et al.*, 1997). En fait, la gestion du changement vécu par l'organisation ne s'est pas réalisée de façon linéaire mais plutôt comme un processus d'amélioration continue soutenu par la philosophie du système intégré de gestion de la performance.

La communication hebdomadaire soutenue par l'animation des salles de pilotage et le rapport d'état est un élément fort apprécié par les parties prenantes au projet Jimmy. La communication apparaît comme un agent de gestion de changement (Nies, 2004). C'est le sens équivalent décrit par Audet (2006). Les préoccupations de chacune des équipes et leur compréhension du contexte organisationnel autorise la construction du sens équivalent favorisant la mise en œuvre d'actions collectives quotidiennes.

Le projet a failli avorter par les résistances au changement constatées en juin 2017. L'étude de cas démontre l'importance de porter une attention particulière aux personnes puisque la résistance doit être considérée comme une préoccupation, une zone d'inconfort (Bareil, 2004). La PDG a mis en place une tournée rapide des gestionnaires pour expliquer les raisons du changement. Cet exercice individuel a été salutaire dans la conduite du changement organisationnel au bénéfice de tous les petits Jimmy.

Pour terminer, outre le kaïkaku et le kaizen, il n'y a pas eu la mise en place d'un comité dédié pour soutenir la transformation. Au contraire, les salles de pilotage et le rapport d'état ont permis la réussite du projet Jimmy par l'implication des parties prenantes, une compréhension commune des services à offrir à partir d'une trajectoire,

une attention particulière à Jimmy, le leadership basé sur des pratiques collaboratives, une intégration différentielle selon les besoins des usagers, le soutien constant auprès des gestionnaires et des équipes, la gestion des indicateurs de performance et la reconnaissance des bons coups sur une base hebdomadaire (Kodner et Spreeuwenberg, 2002 ; Leutz, 2005). À cela pourrait s'ajouter comme facteur contributif à la transformation comme celui d'une salle tactique unique basée sur la trajectoire de Jimmy.

5.1.3.2 Contributions à l'amélioration des connaissances sur la complémentarité entre le leadership partagé et le système intégré de gestion de la performance

Une autre contribution de la thèse démontre l'utilisation d'une mixité de leadership évoluant selon le contexte contingent de l'organisation. Ces différents styles sont notamment celui d'un leadership transformationnel, d'un leadership transactionnel et d'un leadership partagé lors du déploiement d'un système de gestion soutenant des processus d'intégration. La collecte de données de la recherche confirme qu'un leadership axé sur l'individu et un leadership partagé parmi les membres d'une équipe dans les processus d'intégration liés à la trajectoire d'un usager soutiennent le déploiement d'un système intégré de gestion de la performance. Les observations réalisées portent à croire que le leadership axé sur l'individu, empruntant tour à tour un style transactionnel ou transformationnel, est encore d'actualité au CISSS à l'étude. Ces styles de leadership endossent davantage une gestion verticale d'intégration encourageant des mécanismes de liaison et de coordination selon le continuum de Leutz (1999). C'est ainsi que l'animation des salles de pilotage a suscité davantage un style de leadership transformationnel tant à un niveau stratégique et tactique. Le leadership transactionnel a été associé à un niveau stratégique et tactique par l'utilisation du rapport d'état axé sur la recherche, à court terme, d'une amélioration des résultats ciblés.

La première année du projet est marquée par une absence d'intégration et ce, dans la continuité des écrits de Landberg-Larsen (2008) en raison d'un leadership

laisser-faire apportant du coup, une contreperformance aux indicateurs critiques de la trajectoire. Le leadership laisser-faire constaté au niveau tactique et opérationnel n'a utilisé aucun outil qu'offre de système intégré de gestion de la performance pour soutenir l'atteinte des cibles de performance quant à l'accessibilité, la continuité des services et au bien-être des ressources humaines. Ce style de leadership est venu freiner les espaces collaboratifs avec la haute direction. Le leadership transactionnel, endossé par la Présidente-Directrice adjointe, lors de la mise en place du rapport d'état, apporte une réponse à un problème dans la gestion du projet collaboratif. Ce style de leadership a permis de jeter des balises au leadership partagé en créant un sentiment d'urgence parmi les gestionnaires quant à l'atteinte des cibles d'accessibilité, de continuité des services et de bien-être des ressources humaines au profit de Jimmy. L'urgence d'obtenir des gains visibles pour les enfants du territoire a certainement constitué un déterminant essentiel au leadership partagé. En effet, l'urgence de poser une action notamment dans le respect des échéanciers ou des délais aurait un lien avec le développement du leadership partagé (Pearce et Sims Jr., 2000).

Tout au long du projet, le leadership partagé est encouragé et soutenu par le leadership transformationnel et transactionnel de la haute direction dans la mise en place du projet d'intégration. Le leadership partagé a été davantage observé au niveau tactique et opérationnel de l'organisation. Il est associé aux processus d'intégration horizontale axés sur une meilleure coordination des services offrant ainsi une meilleure collaboration (Pearce et Manz, 2005). Le leadership partagé, animé par les différents outils du système intégré de gestion de performance, peut offrir des opportunités allant de mécanismes de coordination vers une pleine intégration au profit des enfants, des jeunes et des familles du territoire gaspésien. Il semble normal que le leadership partagé soit encouragé chez les cadres intermédiaires puisque la trajectoire de Jimmy est perçue comme étant opérationnelle. C'est ainsi que le leadership partagé apparaît, dans le cadre de cette recherche, comme une solution potentielle pour favoriser le travail d'équipe interdisciplinaire par la mise en place des salles de pilotage notamment.

Les résultats démontrent que le contexte organisationnel est fragile pour soutenir l'évolution d'un leadership partagé. Le contexte actuel, de reddition de compte ou de décisions politiques gouvernementales, affecte l'offre de services pouvant ainsi freiner l'émergence d'un leadership partagé au détriment d'un leadership plus directif et transactionnel. Dans cette perspective contingente, le style de leadership a évolué différemment au sein des équipes et à l'intérieur des niveaux hiérarchiques au cours des deux années de l'étude de cas. La situation actuelle réfère toujours à des paradigmes de gestion qui favorise la verticalité ou le *top down* de la haute direction et du Ministère de la Santé et des Services sociaux par l'imposition de cibles de performance ou la mise en place de nouveaux services.

En raison des manifestations tangibles de gestion verticale décrites contrecarrant l'émergence du leadership partagé, les observations effectuées portent à croire que les équipes terrain sont toujours en attente d'un leader qui résout les problèmes et qu'elles souhaitent prendre part aux décisions affectant leur travail et le parcours du jeune au sein des services. Les gestionnaires tentent tant bien que mal de souscrire à de nouveaux comportements de gestion par l'animation de la salle de pilotage et du rapport d'état en adoptant une gestion conciliant les styles de leadership transformationnel et transactionnel à un nouveau par le leadership partagé. Présentement, les gestionnaires du CISSS à l'étude gèrent dans une configuration hybride alliant le leadership axé sur l'individu à celui partagé au sein de l'équipe. Actuellement, certaines responsabilités de leadership sont conservées par le chef de services et d'autres responsabilités sont réparties désormais au sein de l'équipe intégrée grâce aux salles de pilotage et au rapport d'état.

L'étude de cas a permis de constater que le leadership partagé correspond davantage à des profils ou des compétences collaboratives solidement ancrées sur les personnes. La complémentarité entre le leadership transformationnel et le leadership partagé, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques s'avère une avenue prometteuse pour renforcer la capacité de l'organisation à changer. Plus cette combinaison de leadership

évoluera, plus la capacité organisationnelle à changer se fera au fur et à mesure par l'arrivée de nouveaux gestionnaires affichant un style collaboratif et à une véritable amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services.

5.1.3.3 Contributions à l'amélioration des connaissances du système intégré de gestion de la performance comme modèle de collaboration à la gestion par trajectoire

Une autre contribution corrobore l'idée que le système intégré de gestion de la performance puisse être considéré comme un modèle de collaboration pouvant soutenir l'intégration horizontale par la mise en place d'une trajectoire (Aghren, 2011 ; Radnor *et al.*, 2012 ; Toussaint, 2015). Ce modèle de collaboration émergeant de l'animation des salles de pilotage et du dialogue associé au rapport d'état, améliore avantageusement le partage d'informations, permet l'identification des obstacles, favorise une prise de décision rapide, encourage une gestion de proximité et la participation de tous les employés à l'amélioration de la performance organisationnelle. La thèse démontre l'importance de la tenue des rencontres, par les salles de pilotage et le rapport d'état, dont le but est de soutenir les processus d'intégration (Axelsson, 2014). Cette thèse vient enrichir la littérature puisqu'il y a peu d'écrits sur le déploiement des services intégrés. La documentation disponible aborde davantage les résultats des interventions d'intégration ainsi que les facteurs clés d'une intégration réussie. La recherche vient appuyer l'idée qu'un système intégré de gestion de la performance conforte la collaboration interdisciplinaire nécessaire au succès des processus d'intégration.

La thèse vient confirmer également la pertinence d'une gestion visuelle par l'animation des salles de pilotage permettant de déceler rapidement les informations critiques concernant les obstacles à l'intégration et ce, au jour le jour. La difficulté est apportée, sans délai à la salle de pilotage opérationnelle par l'intervenant concerné, et escaladée jusqu'à la salle de pilotage stratégique si le besoin est présent. Les membres des équipes opérationnelles ne sont pas tenus dans l'ambiguïté ou dans l'indifférence

lorsqu'une situation difficile, sur le plan de la collaboration, avec un partenaire interne ou externe survient. Les intervenants ont l'impression que leurs préoccupations sont remontées à la salle de pilotage, stratégique ou tactique, où la décision risque de se prendre rapidement (Jusko, 2016 ; Morgan et Liker, 2006) pour mitiger une difficulté de collaboration pouvant entraver le cheminement de Jimmy à l'intérieur de sa trajectoire. Ainsi, s'il n'existe pas de mécanismes formels de collaboration entre les différentes parties prenantes de la trajectoire et que ceux-ci sont nécessaires, un responsable sera nommé pour développer de telles ententes. Depuis le déploiement du système intégré de gestion de la performance, tant les cadres que les employés, apprécient le fait d'obtenir une information juste de la haute direction ou des autres partenaires contribuant à l'amélioration de la trajectoire par la mise en place de mécanismes formels de liaison ou de coordination.

La thèse démontre que la salle de pilotage est un vecteur d'intégration sur un plan macro soutenant des processus de liaison et de coordination au sein de l'équipe et ce, en lien avec d'autres directions ayant un rôle et des responsabilités sur la trajectoire. L'intégration s'adresse alors à tous les Jimmy du territoire. Le rapport d'état, quant à lui, soutient une réponse différentielle et adaptée aux besoins individuels de Jimmy. Par un dialogue entre l'employé et son supérieur immédiat, le rapport d'état ouvre davantage sur des dimensions micros et soutient une réponse de pleine intégration pour certains enfants, jeunes et familles présentant des problématiques complexes sans pour autant évacuer les dimensions de liaison et de coordination. La thèse démontre ainsi la valeur de la communication issue du système intégré de gestion de la performance (Bititci, Mendibil, Nudurupati, Turner, Garengo, 2006 ; Ukko, Karhu, Rantanen, 2007). Pour terminer, la salle de pilotage et le rapport d'état représentent deux vecteurs d'une gestion renouvelée axée sur l'animation d'une trajectoire. Ces deux outils font maintenant partie du quotidien des deux directions concernées par l'étude.

En lien avec les pratiques collaboratives, la thèse contribue à une meilleure compréhension de l'interdépendance recherchée (Deming, 1986 ; Leutz, 1999) entre

les parties prenantes liée aux processus d'intégration. L'élément central de ce projet d'intégration a été de mettre en place une équipe interdépendante, à partir de professionnels autonomes et indépendants, en misant sur les salles de pilotage tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel et du rapport d'état pour atténuer la fragmentation des services et de mieux les coordonner afin d'éviter l'entre deux chaises et « de perdre un Jimmy », selon les propos recueillis. L'étude de cas démontre que la création d'interdépendance s'est réalisée notamment à la salle de pilotage tactique, par une animation de la trajectoire entre deux directions, en éloignant du coup une logique de compétition et par le fait même le travail en silos. Les changements observés par l'arrivée de deux nouveaux directeurs ont renforcé les efforts de collaboration nécessaire à la fluidité de la trajectoire et à l'interdépendance faisant appel aux trois composantes élaborées par Leutz (1999). Le climat de confiance généré par l'intégration de l'équipe jeunesse a suscité l'engagement de tous les membres à une meilleure offre de soins et services. Ce résultat est particulièrement surprenant considérant la littérature quant aux bouleversements apportés par l'intégration des services. Au contraire, les résultats démontrent qu'aucun intervenants ou gestionnaires ne reviendraient à la pratique antérieure. Ils apprécient d'emblée d'évoluer dans une équipe intégrée. La thèse corrobore ainsi que le travail d'équipe est essentiel pour accroître l'accessibilité et la continuité des soins et des services (Ezziane *et al.*, 2012) au profit de tous les Jimmy du territoire.

Au niveau stratégique, malgré une vision claire de la haute direction pour amorcer les changements imposés par les processus d'intégration, la perspective d'une intégration verticale demeure omniprésente. Les observations réalisées dans l'étude de cas confirment que les tentatives de gérer une intégration horizontale par la mise en place de trajectoires se révèlent ardues (Axelsson *et al.*, 2014). La participation de tous les directeurs à l'animation des salles de pilotage et du rapport d'état est venue modifier la façon dont ils ont de regarder la nouvelle organisation issue de la fusion dont l'élément central est la mise en place de trajectoires. La thèse soutient les propos de Deming (2000), à l'effet que la perspective horizontale modifie fondamentalement la

façon dont les gens regardent, conçoivent et améliorent les organisations. En raison du déploiement du système intégré de gestion de la performance et pour encourager la création d'interdépendance entre les directeurs présents au comité de direction, la Présidente-directrice générale exige dorénavant un A3 où les différentes directions, indépendantes les unes des autres, doivent définir leur projet dans un objectif global de compréhension de leur propre organisation. Ainsi, aucun directeur ne peut dorénavant présenter un projet sans solliciter la collaboration de ses collègues.

5.1.3.4 Contributions à l'amélioration des connaissances sur les gains de performance par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance

Une autre contribution confirme que le système intégré de gestion de la performance déployé lors du projet Jimmy souscrit au fait que la performance est multidimensionnelle et contingente (Franco-Santos et al., 2012 ; Kennerley et Neely, 2002). Ces résultats vont dans le sens du modèle de Kaplan et Norton (1983) qui proposent un système de gestion de la performance intégrant différentes perspectives. Outre une approche plus verticale préconisée par le modèle de Kaplan et Norton (1983), le système intégré de gestion de la performance a contribué à la mise en œuvre de ce modèle dans une perspective horizontale en raison de la recherche d'améliorations potentielles entre les différentes directions de la trajectoire.

Cette thèse démontre, par l'utilisation des salles de pilotage, que la responsabilisation de l'atteinte des cibles est avant tout une responsabilité collective et non plus individuelle endossant ainsi le modèle de Kaplan et Norton (1983). Utilisant tour à tour les quatre dimensions du tableau de bord équilibré, il est intéressant de s'attarder à la dimension client. Force est de constater que le système de gestion de la performance a permis d'offrir des services améliorés par une plus grande intensité d'intervention auprès des Jimmy. Jimmy est devenu un symbole fort des enfants et des jeunes vulnérables. La diminution du taux de rétention, malgré le peu de gains affichés, se traduit par des services plus légers offerts aux enfants, aux jeunes et aux familles

répondant ainsi à la vision énoncée de déployer tous les efforts pour éviter la compromission. Bref, la dimension client permet de croire à une meilleure accessibilité et continuité des services auprès des enfants, des jeunes et des familles.

La dimension des processus internes est reliée à la trajectoire. Elle permet de constater des gains importants notamment quant à la durée des évaluations. Le CISSS de la Gaspésie affiche une durée de 8 jours alors que la cible attendue est de 12 jours. Une moins grande durée des évaluations permet notamment une meilleure gestion des risques.

Quant à la dimension innovation et apprentissages, l'équipe de la direction de la protection de la jeunesse et du programme jeunesse ont fait preuve d'une grande innovation. Le fait de déployer une seule salle de pilotage tactique est en soi un grand défi à relever. Ce résultat est étonnant et contre-intuitif puisqu'il semble la 1^{ère} et la 2^{ème} ligne soient irréconciliables selon Careau (2015). De plus, les outils utilisés ont permis notamment une meilleure communication, une plus grande collaboration dans l'atteinte des buts de la vision de la Présidente-directrice générale.

La dimension des finances a permis une meilleure performance budgétaire notamment dans la réduction du taux d'assurance-salaire qui a généré une économie de 156 000.00 \$.

La performance analysée par le tableau de bord équilibré permet de bien situer la performance organisationnelle en fonction de la performance de chacune des composantes et ce, à tous les niveaux de l'organisation et entre les différentes directions impliquées dans l'amélioration de la performance de la trajectoire d'une clientèle ciblée.

La thèse corrobore que les organisations qui utilisent des mesures financières et non financières atteignent généralement un niveau de performance supérieure (Bryant,

Jones, Widener, 2004). Outre les gains financiers obtenus, l'utilisation des différents outils issus du modèle de gestion a généré des gains dans les dimensions de l'accessibilité, de la continuité et de la mobilisation du personnel. La mesure de la performance, absente au départ du projet, a connu un aboutissement intéressant où le rapport d'état est venu consolider les processus définissant les objectifs mesurables de la trajectoire dans le but d'obtenir des données sur la performance générée par le projet d'intégration. Néanmoins, l'étude de cas confirme qu'il est difficile de connaître le retour sur l'investissement d'un tel projet puisqu'il existe une multitude de variables internes et externes qui auraient pu avoir une incidence sur les résultats puisqu'il est difficile d'isoler l'effet de l'utilisation des outils du système intégré de gestion de la performance (Moraros, Lemstra, Nwankwo, 2016).

Malgré tout, le projet Jimmy est devenu, au cours des mois, une réponse importante aux problèmes d'accès, aux services fragmentés et aux coûts qui ne cessent d'augmenter. L'intégration soutenue par le système intégré de gestion de la performance a suscité l'émergence d'une meilleure collaboration intra et inter direction permettant ainsi d'obtenir des améliorations sur le parcours de l'enfant à travers les services et d'y associer des indicateurs critiques liés à l'accessibilité et à la continuité des soins et des services. La thèse souscrit au fait qu'un système intégré de gestion de la performance permet d'identifier rapidement les secteurs d'activités où des améliorations doivent être considérées (Neely *et al.*, 1995) non seulement dans une perspective top down mais bien dans l'appropriation des indicateurs par les équipes opérationnelles dans une logique transversale.

La thèse renforce l'idée que l'animation des salles de pilotage et le rapport d'état permettent d'optimiser la gestion collaborative et la réduction des discussions inutiles (Aasland et Blankenburg, 2012). Le rapport d'état et les salles de pilotage ont notamment contribué à diminuer les rencontres administratives considérées trop longues et à non-valeur ajoutée par les intervenants. La réduction des temps de rencontres a été saluée particulièrement au niveau opérationnel.

5.1.3.5 Contributions à une meilleure compréhension des processus d'intégration par la mise en place d'un système intégré de gestion de la performance

La dernière contribution théorique de cette thèse démontre l'importance de l'amélioration des connaissances du continuum de Leutz (1999). La plupart des participants à la recherche perçoivent l'intégration comme une intégration complète faisant fi de l'absence d'intégration, de la liaison et de la coordination. Il est donc important d'expliquer que le degré d'intégration varie selon les services et dépend principalement du besoin d'intégration entre les différents services pour aider les enfants, les jeunes et les familles. La thèse ne peut donc considérer le continuum de Leutz (1999) comme étant linéaire et sans dynamisme. Au contraire, le continuum devrait être utilisé comme une série de boucles pour mieux comprendre les processus d'intégration dans une réponse différentielle exigée par les situations rencontrées dans les services sociaux. Dans cette perspective, il serait opportun pour le CISSS, de former et d'outiller les gestionnaires et les équipes de travail à se doter d'un cadre de référence issu de recherches universitaires, en matière d'intégration des services et d'amélioration continue de la performance. Il serait ainsi de bon conseil au CISSS de la Gaspésie d'entreprendre une réflexion collective sur la définition de l'intégration à partir des données probantes inscrites dans cette thèse.

5.1.4 Contributions pratiques de la recherche

L'une des premières retombées pratiques de la thèse s'adresse aux autres directions du CISSS de la Gaspésie souhaitant mettre en œuvre le système de gestion de la performance déployé au sein des programmes dédiés à la jeunesse. Ce système vient affirmer une gestion collaborative, par un leadership partagé, à l'aide des trajectoires intégrées. Une formation adaptée au leadership partagé soutenant le déploiement du système devrait être envisagée, non pas seulement pour les cadres, mais également pour les intervenants provenant du terrain et ce, pour soutenir un tel changement. Tel que décrit dans cette thèse, les équipes sont toujours en attente d'un leader qui exprime sa vision et solutionne seul les problèmes.

Une autre contribution de cette thèse est en quelque sorte une « mise en garde » dans la définition de l'offre de services de chacune des directions issues du nouvel organigramme imposé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Le défi consiste, à ce jour, à satisfaire à la fois les exigences d'une forte différenciation des services et d'une nécessaire intégration du travail au profit de Jimmy. Ce défi d'intégration peut représenter une menace en raison d'un contexte de pénurie de main d'œuvre ou de protection des ressources. La thèse souscrit ainsi à un énoncé de « votre intégration est ma fragmentation » de Leutz (2005). L'unicité d'une salle de pilotage tactique, pour le suivi d'une trajectoire, est devenue un outil précieux pour améliorer les discussions intra organisationnelles et pour réduire les ambiguïtés quant aux rôles et aux responsabilités de chacun au sein de la trajectoire.

Pour terminer, le changement d'envergure proposé par le système intégré de gestion de la performance s'est concrétisé par la mise en place des salles de pilotage déployées dans tous les établissements de santé et de services sociaux au Québec. L'étude de cas unique soulève assurément toutes les interrogations relatives à la généralisation des résultats. Considérant que la mise en place des salles de pilotage est incluse dans l'entente de gestion provenant du MSSS, le contexte des établissements de santé et des autres directions au CISSS de la Gaspésie est semblable. Tous pourront, sans contredit, se reconnaître dans la plupart des éléments de contexte apporté au début de ce document et dans les résultats provenant de la collecte de données. L'ensemble des CISSS et des CIUSSS présentent d'importantes similarités quant à la gouvernance et aux organigrammes uniformisés par le MSSS et partagent la même préoccupation pour tous les petits Jimmy en raison du contexte politique et médiatique qui prévaut quant à la situation des enfants vulnérables au Québec. C'est dans ce contexte que la transférabilité des résultats peut être envisagée.

5.2 LES LIMITES DE LA THÈSE

5.2.1 Limites quant aux choix méthodologiques retenus

La stratégie de recherche retenue pour mener à terme ce projet de doctorat est celle de l'étude de cas considérant le caractère unique du projet d'intégration par un système intégré de gestion de la performance.

La thèse a endossé un paradigme épistémologique constructiviste. Ce paradigme appréhende la réalité comme un construit social dans lequel les sujets de l'étude tentent d'y donner une signification. La connaissance ainsi produite demeure contextuelle et subjective (Creswell, 2013). La réalité peut être conjuguée au pluriel et, en ce sens, elle présente des significations subjectives et contextualisées qui émergent des expériences vécues par les sujets à l'étude (Guba et Lincoln, 2005).

5.2.1.1 Limites quant à l'empreinte de désirabilité sociale

Les parties prenantes qui ont participé au déploiement du système intégré de gestion de la performance et au projet Jimmy ont pu, à un moment ou un autre de la recherche, être animés par une forte désirabilité sociale qui, aurait pu éventuellement faire en sorte de répondre favorablement aux questions d'entrevues pour faire rayonner leur organisation et eux-mêmes par ricochet. Or, c'est en raison des heures d'observation sur le terrain, de la qualité des ressources mobilisées, de la richesse des entretiens et de l'analyse des données à partir du cadre théorique venu enrichir le cadre d'analyse qu'il est possible d'offrir un portrait détaillé de notre objet d'étude et de rendre compte de ce qui s'est réellement passé.

5.2.1.2 Limites quant à la généralisation des résultats

Il faut reconnaître que le sujet à l'étude est d'actualité et saura susciter de l'intérêt pour les autres directions du CISSS de la Gaspésie et même les autres

établissements de santé et de services sociaux aux prises avec les mêmes enjeux de s'approprier un nouveau système de gestion favorisant la gestion des trajectoires de retracer le parcours emprunté par le projet nommé Jimmy. La limite de l'étude de cas réside dans la préoccupation de la généralisation des résultats (Fortin et Gagnon, 2016). Toutefois, les moyens utilisés assurent l'utilisation des critères de validité externe tel que décrit au tableau 3.2. Le CISSS de la Gaspésie pourra éventuellement considérer un partage de leur expérience aux autres établissements puisque leur contexte de gestion de la performance est similaire.

5.2.1.3 Limites quant aux biais possibles et antécédents de la chercheuse

Les biais possibles, influencés par la subjectivité d'un chercheur constructiviste, constituent une autre limite de cette thèse. La démarche de recherche a utilisé toutes les mesures nécessaires pour prouver la validité de la recherche (tableau 3.2). La triangulation des données a permis de valider les données et faire émerger les multiples perceptions et significations de la réalité par les propos recueillis et ainsi limiter les sources potentielles de biais (Prévost et Roy, 2015).

L'expérience de plus de 25 ans au sein du réseau de la santé et des services sociaux comme gestionnaire apporte un certain biais pouvant influencer la vision ou l'appréciation de la problématique managériale. Le journal de bord, l'observation de l'animation des différentes salles de pilotage et du rapport d'état pour mitiger ces différents biais ont permis une vigilance et une rigueur à la collecte de données. Les nombreux allers et retours auprès des parties prenantes à la recherche sont des garanties de validité du processus de recherche. Possiblement qu'un autre chercheur ayant une expérience de travail différente aurait pu et obtenir des résultats différents puisque l'analyse aurait été réalisée avec d'autres perspectives.

5.3 RECHERCHES FUTURES

La thèse démontre que le système intégré de gestion de la performance s'avère un modèle de collaboration permettant l'intégration horizontale des services. Actuellement, le Québec déploie ce nouveau modèle de gestion qui représente une option privilégiée pour améliorer la performance du réseau de la Santé et des Services sociaux. Néanmoins, les exemples d'un déploiement en simultané alliant le système intégré de gestion de la performance et la gestion intégrée des trajectoires demeurent rares. Notre recherche a fait émerger des questions méritant une analyse plus approfondie et il serait intéressant que d'autres recherches puissent voir le jour.

Une prochaine recherche de type quantitatif ou mixte pourrait se faire de façon longitudinale pour apprécier l'implantation d'un tel projet afin d'assurer des services accessibles et continus au bénéfice de tous les petits Jimmy du Québec. Une observation des indicateurs sur une plus longue période serait avantageuse pour avoir une idée précise des retombées du déploiement du système intégré de gestion de la performance. De plus, il serait intéressant de retourner au CISSS de la Gaspésie dans un an ou deux pour faire des constats sur la pérennité ou non du projet de déploiement du système intégré de gestion de la performance soutenant les processus d'intégration.

Enfin, il serait intéressant qu'une recherche s'intéresse au rôle des directions administratives ou de soutien dans l'intégration des soins et des services. Ces directions doivent collaborer avec les directions cliniques dans la mise en place d'une trajectoire que dans la définition des critères de qualité. Au-delà des rôles traditionnels attendus, les directions administratives ou de soutien participant à l'animation des salles de pilotage doivent apprendre à mieux comprendre l'interdépendance recherchée avec les autres directions.

Les résultats de cette étude de cas font émerger le caractère évolutif du leadership partagé. Des recherches éventuelles pourraient s'intéresser à la pérennité du

leadership partagé au sein des équipes afin de faire vivre de façon optimale le nouveau modèle de gestion. Il serait opportun qu'un nouveau projet de recherche puisse être mis sur pied dans quelques années afin de constater comment le leadership s'est transformé au sein des différents niveaux hiérarchiques de cette organisation.

CONCLUSION

Cette recherche avait pour objectif de documenter et d'analyser comment le système intégré de gestion de la performance contribue à l'intégration horizontale des services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles et ce, tant au niveau stratégique, tactique et opérationnel ? Confrontée à une littérature comportant peu d'écrits sur l'objet de la recherche, la recension de la littérature s'est articulée autour de la performance organisationnelle, de l'intégration des services et des styles de leadership qui émergent comme un déterminant pour soutenir le déploiement du système intégré de gestion de la performance dans le cas à l'étude.

Dans le but d'atteindre l'objectif de la recherche, une étude de cas exploratoire a été réalisée au CISSS de la Gaspésie et plus spécifiquement dans les programmes destinés aux enfants, aux jeunes et aux familles du territoire gaspésien. Cette étude de cas unique a permis de recueillir des données à l'aide d'observation directe, d'entrevues semi-dirigées, de groupes de discussion et par la consultation des documents internes. L'analyse de l'ensemble des données laisse place à une compréhension de l'évidence des pratiques collaboratives soutenues par le système intégré de gestion de la performance dans l'intégration des soins et des services. Les pratiques collaboratives sont notamment encouragées par un leadership mixte endossant tour à tour le leadership transformationnel, transactionnel et le leadership partagé.

L'objectif de la recherche a été atteint grâce à un travail rigoureux lié à la recension des écrits, à la collecte et à l'analyse des données. L'objectif était de comprendre comment le système intégré de gestion de la performance soutient l'intégration horizontale par les trajectoires axée sur les services aux usagers et ce, tant au niveau stratégique, tactique qu'opérationnel.

L'étude de cas apporte une contribution intéressante aux lacunes de la littérature scientifique en proposant trois articles émanant de la compréhension de l'objectif de recherche et apporte ainsi une description riche des résultats présentés au chapitre 4.

L'originalité de ce projet est qu'il est l'un des premiers à donner un aperçu des possibilités qu'offre le système intégré de gestion de la performance depuis l'adoption de la loi 10 dont l'élément central est l'intégration des services. Puisque le réseau de la santé et des services sociaux cherche à renouveler ses pratiques de gestion, il appert que le système présentement en déploiement s'avère plus qu'un modèle de gestion et doit être considéré comme un modèle axé sur des pratiques collaboratives permettant d'atténuer les silos et d'offrir des services accessibles et continus. La collaboration ainsi soutenue par les principes du système de gestion a une incidence sur le bien-être au travail des équipes. Il serait intéressant qu'une prochaine recherche puisse s'attarder aux éléments de reconnaissance hebdomadaire appréciés par les intervenants.

Ce projet d'intégration, nommé Jimmy, passera certes à l'histoire du CISSS de la Gaspésie. Il a contribué à façonner cet établissement depuis sa création en 2015 et duquel plusieurs autres établissements ou directions internes s'en inspirent déjà. L'étude de cas a permis d'identifier plusieurs facteurs qui semblent avoir permis l'émergence d'un leadership partagé au sein de la trajectoire. Dans un premier temps, il faut souligner l'importance que la haute direction communique clairement ses intentions d'apporter des changements fondamentaux dans les façons de faire sur le plan d'une offre de services intégrée et coordonnée auprès des enfants, des jeunes et des familles en formulant une vision très claire du projet d'intégration. Un projet d'intégration suivi, dans un premier temps, à la salle de pilotage stratégique et qui a permis d'apporter des mises au point pour s'adapter à un environnement contingent qui aurait pu faire avorter l'émergence des pratiques collaboratives soutenues par le leadership partagé. La mise en place du rapport d'état est une solution apportée à un projet dont la survie n'était pas assurée. Le rapport d'état a autorisé et favorisé la relance du projet et l'obtention de données quant à l'évolution du projet. Données qui n'ont jamais été accessibles durant la première année de réalisation du projet.

L'étude de cas démontre que la haute direction porte la vision d'intégration à partir des trajectoires et ce, dans l'objectif d'une valeur ajoutée au bénéfice de l'utilisateur.

Malgré que le projet Jimmy repose sur une seule cas trajectoire, il n'en demeure pas moins que les problèmes rencontrés par les enfants, les jeunes et les familles sont souvent multiples et complexes et nécessitent un niveau de coordination et d'intégration entre les différentes instances concernées. Le système intégré de gestion de la performance soutient les bonnes pratiques en matière d'intégration telles que relevées dans la revue de la littérature. Le projet d'intégration Jimmy a été soutenu par les différents outils du système intégré de gestion de la performance renforçant ainsi la mise en œuvre de stratégies de liaison, de coordination pouvant aller jusqu'à une intégration complète et sont devenus des points d'ancrage fort parmi les équipes. Ces outils viennent concilier les différents niveaux hiérarchiques dans une perspective d'intégration verticale et entre les différents intervenants terrain dans une logique de gestion horizontale. Par sa résolution de problèmes, par les cycles *PDSA* présents dans les salles de pilotage, les différentes parties prenantes au projet démontrent que le système intégré de gestion de la performance offre de nouvelles possibilités de penser et d'agir autrement et de développer de nouvelles manières de faire tant pour les gestionnaires que pour les intervenants.

Les outils du système intégré de gestion de la performance soutiennent l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité des services et de bien-être au travail des ressources humaines. Le système est un modèle multidimensionnel et équilibré et son implantation fait voir des gains financiers et non-financiers.

Enfin, un grand merci à Jimmy. C'est cet enfant, n'ayant pas encore atteint ses 10 ans, qui a été le réel catalyseur du projet et une grande source d'inspiration pour l'ensemble des parties prenantes. Tous les petits Jimmy du territoire de la Gaspésie sont au cœur de cette thèse de doctorat.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aasland, K., Blankenburg, D. (2012). An analysis of the uses and properties of the Obeya. *In 18th International ICE Conference on Engineering, Technology and Innovation*, Munich, 18-20 juin 2012.
- Abrahamsson, E. (2000). Change without pain. *Harvard Business Review*, 78(4), 75-79.
- Adler, P.S., Goldoftas, B., Levine, D.I., (1999). Flexibility Versus Efficiency? A Case Study of Model Changeovers in the Toyota Production System, *Organization Science*, 10(1), 43-68.
- Aghren, B. (2003). Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*, 3(7), 1-8.
- Aghren, B. (2012). The Art of Integrating Care: Theories Revisited. *The Open Public Health Journal*, 5, 36-39.
- Aghren, B. (2014). The path to integrated healthcare, Various Scandinavian strategies. *International Journal of Care Coordination*, 17(1-12), 52-58.
- Aghren, B., Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-9.
- Aghren, B., Axelsson, R. (2007). Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22, 145-157.
- Aghren, B., Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care*, 11(9), 1-8.
- Alaassar, A. (2017). *Use of Obeya Visual Room in Entrepreneurial Decision-making*. Thèse de doctorat, Université d'Agder.
- Al-Balushi, S., Sohal, A.S., Singh, P.J., Al Hajri, A., Al Farsi, Y.M., Al Abri, R. (2014). Readiness factors for lean implementation in healthcare settings – a literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 135-153.
- Al-Haddad, S., Kotnour, T. (2015). Integrating the organizational change literature: a model for successful change. *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), 234-262.

- Al-Hyari, K., Hammour, S., Abu Zaid, M.K.S., Haffar, M. (2016). The impact of Lean bundles on hospital performance: does size matter?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(8), 877-894.
- Allard-Poesi, F., Maréchal, G. (2007). Construction de l'objet de recherche. In R.A. Thiétart, *Méthodes de recherche en management*, (p.34-57). Paris : Dunod.
- Alolayyan, M.N., Ali, K.A.M., Idris, F. (2011). The influence of total quality management on operational flexibility in Jordanian hospitals. *The Asian Journal on Quality*, 12(2), 204-222.
- Amaratunga, D., Baldry, D. (2002). Moving from performance measurement to performance management. *Facilities*, 20(5-6), 217-223.
- Ameh, S., Gomez-Olivé, F.X., Kahn, K., Tollman, S.M., Klipstein-Grobusch, K. (2017). Relationship between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC health Services Research*, 17(229), 1-15.
- Andersson J., Aghren B., Axelsson S.B., Eriksson, A., Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11, 1-10.
- Andersson, J., Bellgran, M. (2009). Spatial design and communication for Improved Production Performance. In *Proceedings of The International 3th Swedish Production Symposium*, Göteborg, 2-3 décembre 2009.
- Angell, L.C., Chandra, J. (2001). Performance implications of investments in continuous quality improvement. *International Journal of Operations & Production Management*, 21(1/2), 108-125.
- Ansoff, H. I. (1975). Managing strategic surprise by response to weak signals. *California Management Review*, 8(2), 21-33.
- Antonakis, J., Avolio, B. J., Sivasubramaniam, N. (2003). Context and leadership: An examination of the nine-factor Full-Range Leadership Theory using the Multifactor Leadership Questionnaire. *The Leadership Quarterly*, 14, 261-295.
- Arah, O.A., Klazinga, N.S., Delnoij, D.M.J., Ten Asbroek, A.H.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.

- Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J., Klazinga, N.S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 5-13.
- Arcand, M. (2011). *La gestion stratégique du changement : conceptions théoriques, modèles diagnostiques et choix de l'intervention*, Éditions Nouvelles.
- Armenakis, A.A., Bedeian, A.G. (1999). Organizational change: a review of theory and research in the 1990 th. *Journal of Management*, 25(3), 293-315.
- Armenakis, A.A., Harris, S.G. (2009). Reflections: our Journey in Organizational Change Research and Practice. *Journal of Change Management*, 9(2), 127-142.
- Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N., Adair, C. E. (2009). Health systems integration: State of evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1-9.
- Aronsson, H., Abrahamsson, M., Spens, K. (2011). Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16 (3), 176-183.
- Atkinson, A.A., Waterhouse, J.H., Wells, R.B. (1997). A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement. *Sloan Management Review*, 25-37.
- Audet, M. (2006). *La mise en œuvre d'un mode de gestion des soins et services de santé par regroupement des clientèles : le cas du regroupement cardiopulmonaire au CHUS*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Audet, M. (2009). Vision, planification et évaluation : les conditions clés du succès d'un changement? *Gestion*, 34(4), 55-63.
- Audet, M., Roy, M. (2016). Using strategic communities to foster inter-organizational collaboration. *Journal of Organizational Change Management*, 29 (6), 878-888.
- Autissier, D., Vandangeon-Derumez, I. (2010). La capacité à changer d'une organisation : Une étude exploratoire en gestion du changement. *In Actes de la 19e Conférence de l'AIMS*, Luxembourg, 1^{er} au 4 juin 2010.
- Avery, G. (2004). *Understanding Leadership: Paradigms and Cases*. Sage Publications, 1ère éd.
- Avolio, B.J., Bass, B. M. (1991). *The full range leadership development programs: basic and advanced manuals*. Binghamton, New York: Bass, Avolio Associates.
- Avolio, B.J., Jung, D.I., Murry, W., Sivasubramaniam, N. (1996). Building highly developed teams: focusing on shared leadership processes, efficacy, trust, and

- performance. In M.M. Beyerlein, D.A. Johnson, S.T. Beyerlein (éd.), *Advances in Interdisciplinary Studies of Work Teams: Team Leadership*, (p.173-209). Greenwich, CT: JAI Press.
- Avolio, B. J., Walumbwa, F., Weber, T.J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-449.
- Axelsson, R., Axelsson, S.B., (2006). Integration and collaboration in public health-a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88.
- Axelsson, R., Axelsson, S.B., Gustafsson, J., Seeman, J. (2014). Organizing integrated care in a university hospital: application of a conceptual framework. *International Journal of Integrated Care*, 14, 1-9.
- Babeau, O. (2016). La performance globale de l'entreprise (autre que financière), *Recherches en Sciences de Gestion*, 112, 29-31.
- Balogun, J., Hailey, V.H. (2008). *Exploring Strategic Change*, England, Pearson Education Limited.
- Bareil, C. (2004). *Gérer le volet humain du changement*. Les Éditions Transcontinental.
- Barnabè, F., Giorgino, M.C. (2017). Practicing Lean strategy: Hoshin Kanri and X-Matrix in a healthcare-centered simulation. *The TQM Journal*, 29(4), 590-609.
- Barnas, K. (2014). *Beyond Heroes : A Lean Management System for Healthcare*, ThedaCare Center for Healthcare Value, Wisconsin.
- Barratt, M. (2004). Understanding the meaning of collaboration in the supply chain. *Supply Chain Management: An International Journal*, 9(1), 30-42.
- Bashin, B. (2007). Lean and performance measurement. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 19(5), 670-684.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York : Free Press.
- Bass, B.M. (1999). Two decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9-32.

- Bateman, N., Philip, L., Warrander, H. (2017). Visual management and shop floor teams development, implementation and use. *International Journal of Production Research*, 54(24), 7345-7358.
- Bazeley, P. (2007). *Qualitative data analysis with NVivo qualitative project book*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bhasin, S., Burcher, P. (2006). Lean viewed as a philosophy. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 17(1), 56-72.
- Ben-Tovim, D., Bassham, J., Bolch, D., Martin, M. A., Dougherty, M.L., Szwarcbord, M. (2007). Lean thinking across a hospital: Redesigning care at the Flinders Medical Centre. *Australian Health Review*, 31(1), 10-15.
- Berger, A. (1997). Continuous improvement and kaizen: standardization and organizational designs. *Integrated Manufacturing*, 8(2), 110-117.
- Bergman, J.Z., Rentsch, J.R., Small, E.E., Davenport, S.W., Bergman, S.M. (2012). The shared leadership process in decision-making teams. *The Journal of Social Psychology*, 152(1), 17-42.
- Bessire, D. (1999). Définir la performance, *Association francophone de la comptabilité Comptabilité, Contrôle, Audit*, 2(5), 127-150.
- Bishop, S.R. (2014). *Accélérer la transformation du système de santé en Saskatchewan*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- Bititci, U. (1994). Measuring your way to profit. *Management Decision*, 32(6), 16-24.
- Bititci, U., Carrie, A., Mc Devitt, L. (1999). Integrated performance measurement systems: a development guide. *International Journal of Operations and Production Management*, 17(5), 522-534.
- Bititci, U., Cocca, P., Ates, A. (2016). Impact of visual performance management systems on the performance management practices of organisations. *International Journal of Production Research*, 54(6), 1571-1593.
- Bititci, U., Garengo, P., Dörfler, P.V., Nudurupati, S. (2012). Performance measurement: challenges for tomorrow. *International Journal of Management Reviews*, 14(3), 305-327.
- Bititci, U., Mendibil, K., Nudurupati, S., Turner, Garengo, P. (2006). Dynamics of Performance measurement and organizational culture. *International Journal of Operations and Production Management*, 26, 1325-1350.

- Bititci, U., Turner, T., Mackay, D., Kearney, D., Parung, J., Walters, D. (2007). Managing synergy in collaborative enterprises. *Production Planning and Control*, 18(6), 454-465.
- Blais, M., Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bligh, M. C., Pearce, C.L., Kohles, J.C. (2006). The importance of self- and shared leadership in team based knowledge work. *Journal of Managerial Psychology*, 21(4), 296-318.
- Boak, G., Dickens, V., Newson, A., Brown, L. (2015). Distributed leadership, team working and service improvement in healthcare. *Leadership in Health Services*, 28(4), 332-344.
- Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *The New England Journal of Medicine*, 358(10), 1064-71.
- Boland, T., Fowler, A. (2000). A systems perspective of performance management in public sector organisations. *International Journal of Public Sector Management*, 13(5), 417-446.
- Bolden, R. (2011). Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Review*, 13, 251 -269.
- Botton, C., Jobin, M.-H., Haithem, N. (2012). Système de gestion de la performance : les conditions du succès. *Gestion 2000*, 29(2), 37-52.
- Bourdages, M.-P., Goudreault, G., Collerette, P., Lagacé, D., Turcotte, G. (2017). *Leçons apprises d'un déploiement de l'approche Lean dans des établissements de santé et de services sociaux*. Saisie le 1^{er} mars 2019, de www.lepointensante.com/wp-content/uploads/2017/12/Article-WEB-13-3_v2.pdf
- Bourguignon, A. (1996). Définir la performance : une simple question de définition ? *Performances et ressources humaines*, Paris, Économica, 218-235.
- Bourne, M., Mills, J., Wilcox, M., Neely, A., Platts, K. (2000). Designing, implementing and updating performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(7), 754-771.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires : Rapport de recherche*. Chaire de recherche du Canada en

organisation communautaire.

- Branch, L. G., Coulam, R. F., Zimmerman, Y. A. (1995). The PACE evaluation: Initial findings. *Gerontologist*, 35(3), 349-359.
- Brandão de Souza, L., Pidd, M. (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management*, 31(1), 59-66.
- Brudan, A. (2010). Rediscovering performance management: systems, learning and integration. *Measuring Business Excellence*, 14(1), 109-123.
- Brown, S.L., Eisenhardt, K.M. (1997). The Art of Continuous Change: Linking Complexity Theory and Time-Paced Evolution in Relentlessly Shifting Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 42(1), 1-34
- Brown, M., McCool, B. (1992). *Vertical integration: exploration of a popular strategic concept*. Health care management: Strategy, structure and process. Gaithersburg.
- Bryant, L., Jones, D.A., Widener, S.K. (2004). Managing value creation within the firm: an examination of multiple performance measures, *Journal of Management Accounting Research*, 16, 107-31.
- Buono, A.F., Kerber, K.W. (2010). Creating a sustainable approach to change: Building organizational change capacity. *Advanced Management Journal*, 75, 4-18.
- Burgess, N., Radnor, Z. (2011). Evaluating Lean in Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 220-235.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Busi, M., Bititci, U. (2006). Collaborative performance management: present gaps and future research. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 55(1), 7-25.
- By, R.T. (2005). Organisational Change Management: A critical Review. *Journal of Change Management*, 5(4), 369-380.
- By, R.T., Diefenbach, T., Klarner, P. (2008). Getting Organizational Change Right in Public Services: The Case of European Higher Education. *Journal of Change Management*, 8(1), 21-35.
- Caldwell, S.D. (2013). Are Change Readiness Strategies Overrated? A Commentary on Boundary Conditions. *Journal of Change Management*, 13(1), 19-35.
- Callaly, T., von Treuer, K., van Hamond, T., Windle, K. (2011). Forming and

- sustaining partnerships to provide integrated services for young people: an overview based on the headspace Geelong experience. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 28-33.
- Cao, M., Zhang, Q. (2010). Supply chain collaboration: Impact on collaborative advantage and firm performance. *Journal of Operations Management*, 29, 163-180.
- Careau, E. (2015). *Équipe Passage des Basques*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
- Carson, J. B., Tesluk, P.E., Marrone, J.A. (2007). Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of Management Journal*, 50, 1217–1234.
- 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 EGIPPS*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Champagne, F., Guisset, A.L., Veillard, J., Trabut, I. (2005). *The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Charfeddine, M., Montreuil B. (2008). *Une approche de mappage stratégique de réseaux de santé intégrés*, CIRRELT.
- Charron, R., Harrington, H.J., Voehl, F., Wiggin, H. (2015). *The Lean management systems handbook*, CRC Press.
- Chatelin-Ertur, C., Nicolas, E. (2011). Gouvernance et décision. *La Revue des Sciences de Gestion* (5), 131-144.
- Chenhall, R.H. (2008). Accounting for the horizontal organization: a review essay. *Accounting, Organizations and Society*, 33(4), 517-550.
- Chiarini, A., Vagnoni, E. (2017). TQM implementation for the healthcare sector: The relevance of leadership and possible causes of lack of leadership. *Leadership in Health Services*, 30(3), 210-216.
- Choi, S., Holmberg, I., Löwstedt, J., Brommels, M. (2012). Managing clinical integration: a comparative case study in a merged university hospital. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4), 486-507.
- Collar, R.M., Shuman, A.G., Feiner, S., MCGonegal, A.K., Heidel, N., Duck, M.,

- Mclean, S.A., Billi, J.E., Healy, D.W., Bradford, C.R. (2012). Lean management in academic surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 214(6), 928-936.
- Collerette, P., Delisle, G., Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2016). *La performance du système de santé et de services sociaux québécois*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Commission de révision permanente des programmes. (2015). *Rapport de la Commission permanente de la révision des programmes : Cap sur la performance*, Gouvernement du Québec.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*, Ottawa.
- Contandriopoulos, A.-P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 45-53.
- Contandriopoulos, A.-P. (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique*, 20(2), 191-199.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi 10 et des avenues d'intervention souhaitables*, Mémoire sur le projet de loi 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.
- Costa, L.B.M., Filho, M.G. (2016). Lean healthcare: review, classification and analysis of literature. *Production Planning & Control*, 27(10), 823-836.
- Couturier, Y., Trouvé, H., Gagnon, D., Etheridge, F., Carrier, S., Somme, D. (2009). Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques*, 62, 163-174.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five*

approaches (3e éd.). Los Angeles : SAGE Publications.

- Dahlgaard, J.J., Dahlgaard-Park, S.M. (2006). Lean production, six sigma quality, TQM and company culture. *The TQM Magazine*, 18(3), 263-281
- Dahlgaard, J.J., Pettersen, J., Dahlgaard-Park, S.M. (2011). Quality and lean health care: a system for assessing and improving the health of healthcare organisations. *Total Quality Management*, 22(6), 673-689.
- Dannapfel, P., Poksinska, B., Thomas, K. (2014). Dissemination strategy for Lean thinking in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(5), 391-404.
- Davis, S., Albright, T. (2004). An investigation of the effect of balanced scorecard implementation on financial performance. *Management Accounting Research* 15 (2), 135–153.
- Demers, C. (1999). De la gestion du changement à la capacité à changer : L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion*, 24(3), 131-139.
- Demers, C. (2007). *Organizational change theories: a synthesis*. Los Angeles: SAGE.
- Demers, L. (2005). *Les acteurs locaux, régionaux et ministériels : leur rôle dans l'intégration des services*. In: Actes du 3e Colloque PRISMA : L'intégration des services : un moyen essentiel pour améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées. Sainte-Foy les 23 et 24 mars.
- Demers, L. (2013). Mergers and integrated care: The Quebec experience. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), 1-4.
- Demers, L., Dupuis, A., Poirier, M. (2002). L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements?. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 74–92.
- Deming, W.E. (1986), *Out of the Crisis: Quality, Productivity, and Competitive Position*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Deming, W. E. (2000). *The new economics: For industry, government, education* (2nd ed.). Cambridge, Mass: MIT Press.
- Denis, J.L, Lamothe, L., Langley, A. (1999). The struggle to implement teaching-hospital mergers. *Canadian Public Administration*, 42(3), 285-311.
- Denis, J.-L., Langley, A., Sergi, V. (2012). Leadership in the Plural. *The Academy of Management Annals*, 6(1), 211-283.

- Denis, J.-L., Préval, J. (2014). L'organisation de la santé au Québec, défis et perspectives. dans R. Bernier (dir.) *Les défis québécois, conjonctures et transitions*, Québec, P.U.Q, 327-352.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (2011). *The sage handbook of qualitative research*. Los Angeles : SAGE Publications.
- Deslauriers, J.P., Kérésit, M. (1997). *Le devis de recherche qualitatif dans la recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Université de Montréal Centre international de criminologie comparée.
- de Souza, L.B. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.
- de Vries, J., Huijsman, R. (2011). Supply chain management in health services: an overview. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3), 159-165.
- Dextras-Gauthier, J., Marchand, A., Haines, V. (2012). Organizational culture, work organization conditions, and mental health: A proposed integration. *International Journal of Stress Management*, 19(2), 81-104.
- Doucet, O., Sweeney, I. (2010). Le leadership partagé : Un état des lieux et quelques pistes de recherches. In F.B. Hassel, Raveleau, B. (dir.). *Management humain des organisations : Grandeurs et misères de la fonction de dirigeant*, (p.143-164), Paris.
- Drotz, E., Poksinska, B. (2014). Lean in healthcare from employee's perspectives. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 177-195.
- Durand, S. (2010). *Mesures d'efficience d'un réseau intégré de services pour les personnes âgées*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Eaidgah, Y., Maki, A.A., Kurczewski, K., Abdekhodae, A. (2015). Visual management, performance management and continuous improvement: A lean manufacturing approach. *International Journal of Lean Six Sigma*, 7(2), 187-210.
- Ensley, M.D., Pearson, A., Pearce, C.L. (2003). Top management team process, shared leadership, and new venture performance: a theoretical model and research agenda. *Human Resource Management Review*, 13(2), 329-346.
- Eylon, D. (1998). Understanding empowerment and resolving its paradox lessons from Mary Parker Follett. *Journal of Management History*, 4(1), 16-28.
- Ezziane, Z., Maruthappu, M., Gawn, L., Thompson, E.A., Athanasiou, T., Warren, O.J. (2012). Building effective clinical teams in healthcare. *Journal of Health*

Organization and Management, 26(4), 428-436.

- Feldheim, M. A. (2004). Mary Parker Follett lost and found - again, and again, and again. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 7(3), 341-362.
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., McGivern, G., Dopson, S., Bennett, C. (2011). Public Policy networks and wicked problems: a nascent solution? *Public Administration*, (89) 2, 307-324.
- Fermon, B., Grandjean, P. (dir.). (2015). *Performance et innovation dans les établissements de santé*, France : Dunod.
- Fernandez, S., Cho, Y.J., Perry, J.L. (2010). Exploring the link between integrated leadership and public sector performance. *Leadership Quarterly*, 21(2), 308-323.
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), 231-241.
- Fitzgerald, L., Ferlie, E., McGivern, G., Buchanan, D. (2013). Distributed leadership patterns and service improvement: evidence and argument from English healthcare. *The Leadership Quarterly*, 24 (1), 227-239.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R., Voss, C. (1991). *Performance measurement in service businesses*. The Chartered Institute of Management Accountants.
- Fitzsimons, D., Kim, T., Denyer, J.D. (2011). Alternative approaches for studying shared and distributed leadership. *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 313-328.
- Fletcher, J.K., Kaufer, K. (2003). Shared leadership: Paradox and Possibility. *In Shared leadership: Reframing the hows and Whys of Leadership* (p. 21-47). SAGE Publications.
- Fleury, M.J. (2002). Émergence des réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du système sociosanitaire. *Santé mentale au Québec*, 27(2), 7-15.
- Fleury, M.J. (2006). Integrated service networks: the Quebec case. *Health Services Research*, 19 (3), 153-165.
- Fleury, M.-J., Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Les réseaux intégrés de services*, 27 (2), 1-22.

- Flinchbaugh, J. (2016). Making Obeya Work. *Industry Week/IW*, 265(6), 1-9.
- Folan, P., Browne, J., Jagdev, H. (2007). Performance: Its meaning and content for today's business research. *Computers in Industry*, 58, 605-620.
- Foote, D.A., Li-Ping, T.T. (2008). Job satisfaction and organizational citizenship behavior. *Management Decision*, 46(6), 933-947.
- Foropon, C., Landry, S., Beaulieu, M., McLachlin, R. (2013). La démarche lean au cœur des établissements de santé. L'initiative d'un hôpital canadien. *Gestions hospitalières*, 528, 410-413.
- Fortin, M.-F., Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^e éd.), Montréal : Chenelière Éducation.
- Forza, C., Salvador, F. (2000). Assessing some distinctive dimensions of performance feedback information in high performing plants. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(3), 359-85.
- Fournier, P-L. (2012). *Développement d'un modèle de mesure de la performance d'un processus administratif séquentiel et non cadencé dans une organisation du réseau de la santé la santé du Québec par le calcul du degré d'articulation*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Québec.
- Franco-Santos, M., Kennerley, M., Micheli, P., Martinez, V., Mason, S., Marr, B., Gray, D., Neely, A. (2007). Towards a definition of a business performance measurement system. *International Journal of Operations and Production Management*, 27(8), 784-801.
- Franco-Santos, M., Lucianetti, L., Bourne, M. (2012). Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. *Management Accounting Research*, 23, 79-119.
- Friedrich, T. L., Vessey, W.B., Schuelke, M.J., Ruark, G.A., Mumford, M.D. (2009). A framework for understanding collective leadership: The selective utilization of leader and team expertise within networks. *The Leadership Quarterly*, 20(6), 933-958.
- Fujimoto T. (1999). *The Evolution of a Manufacturing System at Toyota*. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Furtner, M.R., Baldegger, U., Rauthmann, J.F. (2013). Leading yourself and leading others: Linking self-leadership to transformational, transactional, and laissez-

- faire leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(4), 436–449.
- Gabutti, I., Mascia, D., Cicchetti, A. (2017). Exploring « patient-centered » hospitals: a systematic review to understand change. *BMC Health Services Research*, 17(364), 1-16.
- Gardner, W. L., Cogliser, C. C., Davis, K. M., Dickens, M. P. (2011). Authentic leadership: A review of literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22, 1120-1145.
- Gaynor, M., Laudicella, M., Propper, C. (2012). Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. *Journal of Health Economics*, 31(3), 528-543.
- Gibert, P. (1980). *Le Contrôle de gestion dans les organisations publiques*, Paris : Éditions d'Organisation.
- Girod-Séville, M., Perret, V. (1999). Fondements épistémologiques de la recherche. In R.A. Thiétart *et al.*, *Méthodes de recherche en management* (p. 13-33). Paris : Dunod.
- Glisson, C., Hemmelgarn, A. (1998). The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems. *Child Abuse and Neglect*, 22(5), 401-421.
- Gómez-López, R., Serrano-Bedia, A.M., López-Fernández, M.C. (2016). Motivations for implementing TQM through the EFQM model in Spain: an empirical investigation. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(11-12), 1224-1245.
- Gosain, S., Malhotra, A., El Sawy, O.A. (2004). Coordinating for flexibility in e-business supply chains. *Journal of Management Information Systems*, 21(3), 7-45.
- Goyette, M., Bentayeb, N., Marion, É. (2014). *Projet de loi 10: Coordination et continuité des services en protection de la jeunesse*, Mémoire déposé dans le cadre des consultations publiques sur le projet de loi 10.
- Graban, M. (2012). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*, New York: CRC Press.
- Graban, M., Prachand, A. (2010). Hospitalists: Lean Leaders for hospitals. *Journal of Hospital Medicine*, 5(6), 317-319.

- Gray, B. (1985). Conditions facilitating interorganizational collaboration *Human Relations*, 3(10), 911-936.
- Gray, B., Wood, D. (1991). Toward a Comprehensive Theory of Collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science* 27(2), 139-162.
- Grille, A., Schulte, E.-M., Kauffeld, S. (2015). Promoting shared leadership: A multilevel analysis investigating the role of prototypical team leader behavior, psychological empowerment, and fair rewards. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 1-16.
- Groene, O., Skau, J., Frolich, A. (2008). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20, 162-171.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1-10.
- Gronn, P. (2010). Hybrid Configurations of Leadership. In Bryman, A., Collinson, D., Grint, K., Jackson, B., Uhl-Bien, M., *Sage Handbook of Leadership* (p. 435-452), SAGE Publications, England.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: SAGE Publications.
- Guba, E.G. et Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Guba, E.G. et Lincoln, Y.S. (2005). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N.K. Denzin, Y.S. Lincoln. (dir.). *The Sage handbook of qualitative research* (3éd.) (p. 191-215). Thousand Oaks: SAGE Publications (1re éd., 1994).
- Guérard, S., Langley, A., Seidl, D., (2013). Rethinking the concept of performance in strategy research: Towards a performativity perspective. *Management*, 16(5), 566-578.
- Guisset, A.-L., Sicotte, C., Leclercq, P., D'hoore, W. (2002). Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. *Sciences Sociales et santé*, 20(2), 65-104.
- Gullander, P., Fast-Berglund, Å., Harlin, U., Mattsson, S., Groth, C., Åkerman, M., Stahre, J. (2014). Meetings – The innovative glue between the organisation

- system and information system. *In The 6th International Swedish Production Symposium*, Gothenburg, 16-18 septembre 2014.
- Gupta, S., Sharma, M., Sunder M.V. (2016). Lean services: a systematic review. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 65 (8),1025-1056.
- Hadid, W., Mansouri, A. (2014). The lean-performance relationship in services: a theoretical model. *International Journal of Operations & Production Management*, 34(6), 750-785.
- Hansen, M.T. (2009). When Internal Collaboration is Bad for Your Company. *Harvard Business Review*, 81-88.
- Hargis, M.B., Piotrowski, C., Watt, J. (2011). Developing Leaders: Examining the Role of Transactional and Transformational Leadership across Business Contexts *Organization Development Journal*, 1-18.
- Hartley, J. (2004). Action Research and Research Action: A Family of Methods. *In C. Cassell., S. Gillian. (édition 2014). Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide (p. 323-333). London: SAGE.*
- Hartley, J., Benington, J. (2010). *Leadership for Healthcare*, The Policy press, Bristol.
- Hartog, D.N., Muijen, J.J., Koopman, P.L. (1997). Transactional versus transformational leadership: an analysis of the MLQ. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70(1), 19-34.
- Hatch, M.-J., Cunliff, A.-N. (2009). Une brève histoire de la théorie des organisations. *In Théorie des organisations (p.49-90). DeBoeck.*
- Havig, A.K., Hollister, B. (2017). How Does Leadership Influence Quality of Care? Towards a Model of Leadership and the Organization of Work in Nursing Homes. *Ageing International*, 1-24.
- Hébert, R., Durand, P.J., Tourigny, A., Groupe PRISMA. (2003). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, Société Et Solidarité, Hors série*, 67-76.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Dubuc, N., Gueye, N.D.R., Blanchette, D. (2008). Les impacts du réseau intégré de services PRISMA. *Gérontologie et société*, 31(124),15-48.
- Heckmann, N., Steger, T., Dowling, M. (2016). Organizational capacity of change, change experience, and change project performance. *Journal Business Research*,

69, 777-784.

- Hellman, S., Kastberg, G., Siverbo, S. (2014). Explaining process orientation failure and success in health care-three case studies. *Journal of Health Organization and Management*, 29(6), 638-653.
- Hines, P., Holweg, M., Rich, N. (2004). Learning to evolve: A review of contemporary lean thinking. *International Journal of Operations & Production Management*, 24(10), 994-1011.
- Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode des cas. Application à la recherche en gestion*. De Boeck Université.
- Hogan, R., Kaiser, R. B. (2005). What We Know About Leadership. *Review of General Psychology*, 9(2), 169-180.
- Holweg, M. (2007). The genealogy of lean production. *Journal of Operations Management*, 25(2), 420-437.
- Hoppmann, J., Rebentisch, E., Dombrowski, U., Zahn, T. (2011). A framework for organizing lean product development. *Engineering Management Journal*, 23(1), 3-15.
- Horvath, L. (2001). Collaboration: the key to value creation in supply chain management. *Supply Chain Management: An International Journal*, 6(5), 205-207.
- Houghton, J.D., Neck, C.P., Manz, C. (2003). Self-leadership and superleadership: The heart and art of creating shared leadership in teams. In C.L. Pearce, J.A. Conger. (Ed.), *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership* (pp. 123-140). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hurst, J., Jee-Hugues, M. (2001). Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems, *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, 47, OECD Publishing.
- Imai, M. (1997). *Gemba kaizen: A Commonsense, Low-Cost Approach to Management*, McGraw Hill Professional.
- Institut canadien d'information sur la santé (2015). *Cadres de mesure de la performance du système de santé : harmonisation des cadres relatifs aux secteurs et aux organismes à celui du système de santé*. Ottawa, Ontario.
- Institut canadien d'information sur la santé (2013). *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. Ottawa, Ontario.

- Institut National de Santé publique (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées*. Québec, Québec.
- Jaca, C., Viles, E., Jurburg, D., Tanco, M. (2014). Do companies with greater deployment of participation systems use Visual Management more extensively? An exploratory study. *International Journal of Production Research*, 52(6), 1755-1770.
- Jacobs, G., van Witteloostuijn, A., Christe-Zeyse, J. (2013). A theoretical framework of organizational change. *Journal of Organizational Change Management*, 26(5), 772-792.
- Jacquet, J. (2011). *Management de la performance : des concepts aux outils*. Centre de Ressources en Économie de gestion (CREG).
- Jancarik, A.-S., Vermette, L. (2013). *Recension des écrits sur des méthodes de types Lean*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Jankuj, M., Voracek, J. (2015). Dynamic modelling of national healthcare system. *Measuring Business Excellence*, 19(3), 76-89.
- Jansson, N. (2013). Organizational change as practice: a critical analysis. *Journal of Organizational Change Management*, 26(6), 1003-1019.
- Javadi, S., Shahbazi, S., Jackson, M. (2011). Supporting Production System Development through the Obeya Concept. *Advances in Production Management Systems*, 653-660.
- Jobin, M.-H., Lagacé, D. (2015). Évaluation de la maturité Lean : Qu'avons-nous appris après trois ans? Séminaire du Pôle santé, 12 mai 2015.
- Jobin, M.H., Lagacé, D., Fournier, P.L., Benomar, N. (2015). *Évaluation des résultats des projets Lean dans trois établissements du Québec*. Pôle Santé et Chaire IRISS.
- Johnson, K.J., Bareil, C., Giraud, L., Autissier, D. (2015). Excessive change and coping in the working population. *Journal of Managerial Psychology*, 31(3), 739-755.
- Johnson, H.T. (1981). Towards an understanding of 19th century cost accounting. *Accounting Review*, 56, 510- 518.
- Joosten, T., Bongers, I., Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341-347.

- Jorma, T., Tiirinki, H., Bloigu, R., Turkki, L. (2016). Lean thinking in Finnish healthcare. *Leadership in Health Services*, 29(1), 9-36.
- Judge, T.A., Bono, J.E. (2000). Five-factor model of personality and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 85(5), 751-765.
- Judge, W.Q. (2011). *Building organizational capacity for change: The strategic leader's new mandate*, New York: Business Expert Press.
- Judge, W.Q., Blocker, C.P. (2008). Organizational capacity for change and strategic ambidexterity: Flying the plane while rewiring it. *European Journal of Marketing*, 42(9/10), 915-926.
- Judge, W. Q., Douglas, T. (2009). Organizational change capacity: the systematic development of a scale. *Journal of Organizational Change Management*, 22(6), 635-649.
- Judge, W.Q., Elenkov, D. (2005). Organizational Capacity for Change and Environmental Performance: An Empirical Assessment of Bulgarian Firms. *Journal of Business Research*, 58(7), 893-901.
- Judge, T.A., Piccolo, R.F. (2004). Transformational and Transactional Leadership: A Meta-Analytic Test of Their Relative Validity. *Journal of Applied Psychology*, 89(5), 755-768.
- Jusko, J. (2016). Obeya: The Brain of the Lean Enterprise. *Industry Week/IW*, 265(5), 1-9.
- Kämäräinen, V.J., Peltokorpi, A., Torkki, P., Tallbacka, K. (2015). Measuring healthcare productivity-from unit to system level. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(3), 288-299.
- Kanji, G.K., Sà, P.M.E. (2001). Kanji's Business Scorecard. *Total Quality Management*, 12(7-8), 898-905.
- Kannan, V.R., Tan, K.C., (2005). Just in time, total quality management, and supply chain management: understanding their linkages and impact on business performance. *The International Journal of Management Science*, 33, 153-162.
- Kaplan, R.S. (1983). Measuring manufacturing performance: a new challenge for managerial accounting research. *Accounting Review*, 58(4), 686-703.
- Kaplan, R.S. (1984). Yesterday's accounting undermines production. *Harvard Business Review*, 62, 95-101.

- Kaplan, R.S. (2001). Élaborer des cartes stratégiques. *In Comment utiliser le tableau de bord prospectif : pour créer une organisation orientée stratégie* (p. 75-114). Paris, Éditions d'Organisation.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 71-79.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1993). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *In Focusing Your Organization on Strategy-with the Balanced Scorecard. Harvard Business Review*, 2e éd.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P., (1993). Putting the Balanced Scorecard to Work. *In Focusing Your Organization on Strategy-with the Balanced Scorecard. Harvard Business Review*, 2^e éd.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1993). Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, 134-147.
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*, Boston, Harvard Business School Press.
- Kathuria, R., Joshi, M.P., Porth, S.J. (2007). Organizational alignment and performance: past, present and future. *Management Decision*, 45(3), 503-517.
- Keegan, D.P., Eiler, R.G., Jones, C.R. (1989). Are your performance obsolete? *Management Accounting*, 70(12), 45-50.
- Kelley, E., J. Hurst (2006). Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper, *OECD Health Working Papers*, 23, OECD Publishing, Paris.
- Kennerley, M., Neely, A. (2002). A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 22(11), 1222-1245.
- Kerr, S., Jermier, J.M. (1978). Substitutes for leadership: Their meaning and measurement. *Organizational behavior and human performance*, 22(3), 375-403.
- Kimsey, D.B. (2010), Lean methodology in health care. *AORN Journal*, 92(1), 53-60.
- Klarner, P., Probst, G., Soparnot, R. (2008). Organizational change capacity in public services: The case of the World Health Organization. *Journal of Change Management*, 8, 57-72.
- Klijn, E.H., Steijn, B., Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on

- outcomes in governance networks. *Public Administration*, 88 (4), 1063-1082.
- Kocolowski, M.D. (2010). Shared leadership: is it time for a change? *Emerging Leadership Journeys*, 3(1), 2-32.
- Kodner, D., (2009). All Together now: A conceptual exploration of integrated care. *Health Quaterly*, 13, *Special Issues*, 6-15.
- Kodner D.L., Kyriacou, C.K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models, *International Journal of Integrated Care*. 1(1), 1-24.
- Kodner, D., Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated Care: Meaning, Logic, Applications and Implications – a Discussion Paper. *International Journal of Integrated Care*, 2(3), 1-6.
- Kollberg, B., Dahlgaard, J. J., Brehmer, P.-O. (2007). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 7-24.
- Konczak, L.J., Stelly, D.J., Trusty, M.L. (2000). Defining and measuring empowering leader behaviors: development of an upward feedback instrument. *Educational and Psychological Measurement*, 6(2), 301-313.
- Kotter, J. P. (1995). Leading change: why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*, 59-67.
- Kotter, J.P., Schlesinger, L.A. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 86(7), 130-139.
- Kozlowski, S.W.J., Gully, S.M., Nason, E.R., Smith, E.M. (1999). Developing adaptive teams: A theory of compilation and performance across levels and time. In D.R. Ilgen, E.D. Pulakos. (dir.). *The changing nature of performance, implications for staffing, motivation, and development* (p.240-292). San Francisco, Jossey-Bass.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G. W., Van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4), 686-694.
- Lagacé, D., Landry, S. (2016). Salles de pilotage : un nouveau mode de gestion de la performance. *Gestion*, 41(3), 90-93.
- Laihonen, H., Jääskeläinen, A., Pekkola, S. (2014). Measuring performance of a service system-from organizations to customer-perceived performance. *Measuring Business Excellence*, 18(3), 73-86.

- Laihonen, H., Pekkola, S. (2016). Impacts of using a performance measurement system in supply chain management: a case study. *International Journal of Production Research*, 54(18), 5607-5617.
- Laitinen, E.K. (2002). A dynamic performance measurement system: evidence from small Finnish technology companies. *Scandinavian Journal of Management*, 18, 65-99.
- Lamarche, P.A., Lamothe, L., Bégin, C., Léger, M., Vallières-Joly, M. (2001). L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques ? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 71-92.
- Landry, S., Beaulieu, M. (2016). *Lean, kata et système de gestion au quotidien*, JFD Éditions.
- Landry, S., Legentil, J.-M. Le Lean Healthcare : origines et concepts. *In Congrès annuel de l'AMQ*, Montréal, 22-24 avril 2010.
- Langabeer, J., DelliFraine, J., Heineke, J., Abbass, I. (2009). Implementation of Lean and Six Sigma Quality Initiatives in Hospitals: A Goal Theoretic Perspective. *Operations Management Research*, 2(1-4), 13-27.
- Langley, A., Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel. *Télescope*, 14(3), 13-32.
- Lämsäsalmi, H., Peiro, J.-M., Kivimäki, M. (2004). Action Research and Research Action: A Family of Methods. *In C. Cassell, S. Gillian. (édition 2014). Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide (p.242-255). London: SAGE Publications.*
- Lawrence, P.R., Lorsch, J.W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston, MA: Division of Research, Harvard Business School.
- Lawrence, P.R., Lorsch, J.W. (1986). *Organization and environment: Managing differentiation and integration (Éd. Rév.)*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Leatt, P. (2002). La prestation de services intégrés. *Série de rapports de synthèse : les fonds pour l'adaptation des services de santé*. Ottawa, Canada.
- Leatt, P., George H. P., Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Health Care. *Healthcare Papers*, 1(2), 13-35.

- Lebas, Michel J. (1995). Performance measurement and performance management. *International journal of Production Economics*, 41, 23-35.
- LeBlanc, G. (2010). *Pour un système de santé en français amélioré au Nouveau-Brunswick*. Rapport présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick : l'Honorable Shawn Graham.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, 1-15.
- Leithwood, K., Day, C., Sammons, P., Harris, A., Hopkins, D. (2008). Seven Strong Claims about Successful School Leadership. *School Leadership and Management*, 28(1), 27-42.
- Le Moigne, J.L. (1995). *Les épistémologies constructivistes*. Éditions Que Sais-je?, Presses Universitaires de France.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110, iv-v.
- Leutz, W. (2005). Reflections on integrating medical and social care: five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3-12.
- Leutz, W. N., Greenlick, M. R. et Capitman, J. A. (1994). Integrating acute and long-term care. *Health Affairs*, 13(4), 58-74.
- Leutz, W. N., Nonnenkamp, L., Dickinson, L. et Brody, K. (2005). Utilization and costs of home-based and community-based care within a social HMO: trends over an 18 year period. *International Journal of Integrated Care*, 5, 1-20.
- Levine, D. (2015). La loi 10 et le nouveau visage du système de santé québécois. *Le Point en Santé et Services sociaux*, 11(1), 11-14.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics : Concept, method and reality in social science ; social equilibria and social change. *Human Relations*, 1, 5-41.
- Lewis, V.A., Tierney, K.I., Colla, C.H., Shortell, S.M. (2017). The new frontier of strategic alliances in health care: new partnerships under accountable care organizations. *Social Science and Medicine*, 190, 1-10.
- Li, B., Nahm, A.Y., Wyland, R., Ke, J.-K., Yan, W. (2015). Reassessing the role of Chinese workers in problem solving: a study of transformational leadership, trust and security in lean manufacturing. *Asia Pacific Business Review*, 21(4), 464-481.

- Liao, S-H., Hu, D-C., Ding, L-W. (2017). Assessing the influence of supply chain collaboration value innovation, supply chain capability and competitive advantage in Taiwan's networking communication industry. *International Journal of Production Economics*, 191, 143-153.
- Libby, M., Austin, M. (2002). Building a coalition of non-profit agencies to collaborate with a county health and human services agency: The Napa County behavioral health committee of the Napa coalition of non-profits. *Administration in Social Work*, 26(4), 81-99.
- Liker, J.K. (2004). *Le Modèle Toyota : 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*, Management en action, Pearson, Paris.
- Liker, J.K., Convis, G.L. (2012). *The Toyota Way to Lean Leadership*. McGraw Hill, États-Unis.
- Liker, J. K., Morgan, J., (2011). Lean Product Development as a System : A Case Study of Body and Stamping Development at Ford. *Engineering Management Journal*, 23(1), 16-28.
- Liu, W., Lepak, D.P., Takeuchi, R., Sims, H.P. (2003). Matching leadership styles with employment modes: strategic human resource management perspective. *Human Resource Management Review*, 13(1),127-152.
- Lot, L.T., Sarantopoulos, A., Li Min, L., Perales, S.R., Boin, I.F.S.F., Ataide, E.C. (2018). Using Lean tools to reduce patient waiting time. *Leadership in Health Services*, 31(3), 343-351.
- Lowe KB, Kroeck KG, Sivasubramaniam N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: a meta-analytical review of the literature. *Leadership Quarterly*, 7(3), 85–425.
- Luc, E., Le Saget, M. (2013). *La pratique du leadership partagé: une stratégie gagnante*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lyngsø, A.M., Godtfredsen, N.S., Frølich, A. (2016). Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1-10.
- Mabry, L. (2008). Case study in social research. In P. Alasuutari, B.L. Brannen. *The SAGE handbook of social research methods* (p. 214-227). London: SAGE Publications.
- MacAdam, M. (2008). *Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic*

Review, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.

- McCutcheon, D., Stuart, F.I. (2000). Issues in the choice of supplier alliance partners. *Journal of Operations Management*, 18(3), 279-303.
- Mackenzie, N., Knipe, S. (2006). Research dilemmas: Paradigms, methods and methodology. *Educational Research*, 16, 1-11.
- Majava, J., Haapasalo, H., Aaltonen, K. (2019). Elaborating factors affecting visual control in a big room. *Construction Innovation*.
- Mann, D. (2005). *Creating a lean culture: Tools to sustain lean conversions*. New York, NY: Productivity Press.
- Marchal, B., Hoérée, T., da Silveira, V.C., Van Belle, S., Prashanth, N.S., Kegels, G. (2014). Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organisations. *BMC Public Health*, 14, 1-11.
- Marchand, M., Raymond, L. (2008). Researching performance measure systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 28(7), 663-686.
- Martello, M., Watson, J. G., Fischer, M.J. (2016). Implementing A Balanced Scorecard In A Not-For-Profit Organization. *Journal of Business & Economics Research*, 14(3), 1-15.
- Martin, K. (2012). *The Outstanding Organization*, Mc Graw Hill Education.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality Safety Health Care*, 19, 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.
- Melnyk, S.A., Bititci, U., Platts, K., Tobias, J., Andersen, B. (2014). Is performance measurement and management fit for the future? *Management Accounting Research*, 25, 173-186.
- Mentzer, J.T. (2001). Managing supply chain collaboration, *Supply Chain Management*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 83-84.
- Merkens, Barbara J., Spencer, J.S. (1998). A successful and necessary evolution to shared leadership: A hospital's story. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(1), p. I-IV.

- Mervyn, K., Amoo, N., Malby, R. (2019). Challenges and insights in inter-organizational collaborative healthcare networks: An empirical case study of a place-based network. *International Journal of Organizational Analysis*, (27) 4, 875-902.
- Mesabbah, M., Arisha, A. (2015). Performance management of the public healthcare services in Ireland: a review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(2), 209-235.
- Meyer, C.B., Stensaker, I.G. (2006). Developing capacity for change. *Journal of Change Management*, 6(2), 217-231.
- Michel, A., By, R.T., Burnes, B. (2013). The limitations of dispositional resistance in relation to organizational change. *Management Decision*, 51(4), 761-780.
- Miller, D., Greenwood, R., Hinings, B. (1997). Creative Chaos Versus Munificent Momentum: The Schism between Normative and Academic Views of Organizational Change. *Journal of Management Inquiry*, 6(1), 71-78.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010). *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère des Finances du Québec (2012). Le système de santé québécois : Survol et enjeux. *Le Québec économique 2011 : Un bilan de santé du Québec*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux et Chaire IRISS (2015). *Cadre de référence des salles de pilotage stratégiques et tactiques*.
- Mintzberg, H. (1989). *Le management. Voyage au centre des organisations*, Éditions d'Organisation, Paris.
- Mintzberg H. (1993). *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Prentice Hall: Englewood Cliffs NJ.
- Morais, L.F., Graça, L.M. (2013). A glance at the competing value framework of Quinn

- and the Miles and Snow strategic models: Case studies in health organizations. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 129-144.
- Moran, J.W., Brightman, B.K. (2001). Leading organizational change. *The Career Development International*, 6(2), 111-118.
- Moraros, J., Lemstra, M., Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 150-165.
- Morrow, E., Robert, G., Maben, J. (2014). Exploring the nature and impact of leadership on the local implementation of the productive ward releasing time to care. *Journal of Health Organization and Management*, 28 (2), 154-176.
- Mosadeghrad, A.M. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 147-173.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches Qualitatives*, (3), 1- 27.
- Murray, M. (2009). Process Improvement and Supply and Demand: The Elements That Underlie Integration. *Healthcare Quarterly*, 13 (Special issue), 37-42.
- Neely, A.D, Adams, C., Crowe, P. (2001). The Performance Prism. *Measuring Business Excellence*, 5(2), 6-12.
- Neely, A.D., Gregory, M., Platts, K. (2005). Performance measurement research development in the last decade and a research agenda for the next. *International Journal of Operations and Production Management*, 25(12), 1264-1277.
- Neely, A.D., Mills, J.F., Gregory, M.J., Platts, K.W. (1995). Performance measurement system design-a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), 80-116.
- Neely, A.D, Mills, J., Platts. K., Richards, H., Gregory, M., Bourne, M., Kennerley, M. (2000). Performance measurement system design: developing and testing a process-based approach. *International Journal of Operations & Production Management*, 20(10), 1119-1145.
- Nies, H. (2004). Integrated care: concepts and background. In H. Nies, P.C. Berman *Integrating Services for Older People a resource Book for Managers*. Dublin, Irlande. European Health Management Association (EHMA).
- 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.

Ngambi, M.T., Nkemkifiafu, A.G., (2015). The impact of Total Quality Management on Firm's Organizational Performance. *American Journal of Management*, 15(4), 69-85.

Nguyễn-Duy, V., Luckerhoff, J. (2007). Constructivisme/positivisme : où en sommes-nous avec cette opposition. *Recherches Qualitatives*, 5, 4-17.

Northcott, D., Taulapapa, T.M. (2012). Using the balanced scorecard to manage performance in public sector organizations: Issues and challenges. *International Journal of Public Sector Management*, 25(3), 166-191.

Ohno, T. (1988). *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*, Productivity Press, New York.

Oppenheim, B. W. (2004). Lean product development flow. *Systems Engineering*, 7(4), 352-376.

Oreg, S., Vakola, S., Armenakis, A. (2011). Change recipients' reactions to organizational change: a 60-year review of quantitative studies. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 47(4), 461-524.

O'Reilly, C.A., Tushman, M.L. (2004). The Ambidextrous Organization. *Harvard Business Review*, 82(4), 74-81.

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant*. Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais*. Genève.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Health in the Americas*, Genève.

Ostroff, F. (1999). *The Horizontal Organization*, Oxford University Press, New York, NY.

Ostrom, E. (2007). A diagnostic approach for going beyond panaceas. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(39), 15181-15187.

Øvretveit J. (1993). *Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management*. Open University Press: Buckingham.

- Øvretveit, J. (2011). Evidence: does clinical coordination improve quality and save money? The Health Foundation. Londres.
- Oxtoby, B., McGuiness, T., Morgan, R. (2002). Developing organisational change capability. *European Management Journal*, 20(3), 310–320.
- Packard, T., Patti, R., Daly, D., Tucker-Tatlow, J. (2013). Implementing Services Integration and Interagency Collaboration: Experiences in Seven Counties, *Administration in Social Work*, 37 (4), 356-371
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P. (1996). Qualitative par théorisation (analyse de contenu). In A. Mucchielli. (Dir.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p.184-190). Paris: Colin.
- Pamfilie, R., Petcu, A.J., Draghici, M. (2012). The importance of leadership in driving a strategic lean Six Sigma management. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 58, 187-196.
- Park, J., Kwon, B. (2013). Literature review on shared leadership in teams. *Journal of Leadership Accountability and Ethics*, 10(3), 28-36.
- Papakiriakopoulos, D., Pramataris, K. (2010). Collaborative performance measurement in supply chain. *Industrial Management & Data Systems*, 110(9), 1297-1318.
- Parida, A., Kumar, U. (2006). Maintenance performance measurement (MPM): issues and challenges. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 12(3), 239-251.
- Parida, A., Kumar, U., Galar, D., Stenström, C. (2014). Performance measurement and management for maintenance: a literature review. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 21(1), 2-33.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3e édition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Paulsen, B., Romoren, T.I., Grimso, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-10.
- Pearce, C. L., Conger, J.A. (2003). All those years ago: The historical underpinnings of shared leadership. In L. Craig, J. Pearce, A. Conger. (dir.). *Shared leadership: Reframing the hows and whys of leadership*. Thousand Oaks, SAGE Publications.
- Pearce, C.L., Craig L., Sims Jr., H.P. (2000). Shared leadership: Toward a multilevel

theory of leadership. *Team Development*, 7, 115-139.

- Pearce, C.L., Manz, C.C. (2005). The new silver bullets of leadership: the importance of self- and shared leadership in knowledge work. *Organizational Dynamics*, 34(2), 130-140.
- Pearce, C.L., Manz, C.C., Sims, H. P., Jr. (2009). Where do we go from here?: Is shared leadership the key to team success?. *Organizational Dynamics*, 38, 234-238.
- Pearce, C.L., Sims, H.P. (2002). Vertical versus shared leadership as predictors of the effectiveness of change management teams: an examination of aversive, directive, transactional, transformational, and empowering leader behaviors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(2), 172-197.
- Pearce, C.L., Sims, H.P., Cox, J.F., Ball, G., Schnell, E., Smith, K.A., Trevino, L. (2003). Transactors, transformers and beyond: a multi-method development of a theoretical typology of leadership. *Journal of Management Development*, 22(4), 273-307.
- Pedersen, E. R., Huniche, M. (2011). Determinants of lean success and failure in the danish public sector. *International Journal of Public Sector*, 24 (5), 403-420.
- Pekkola, S. (2013). Managing a network by utilizing performance measurement information. *Measuring Business Excellence*, 17(1), 72-79.
- Pekkola, S., Ukko, J. (2016). Designing a performance measurement system for collaborative network. *International Journal of Operations & Production Management*, 36(11), 1410-1434.
- Pellinen, J., Teittinen, H., Järvenpää, M. (2016). Performance measurement system in the situation of simultaneous vertical and horizontal integration. *International Journal of Operations & Production Management*, 36(10), 1182-1200.
- Perramon, J., Rocafort, A., Bagur-Femenias, L., Llach, J. (2016). Learning to create value through the balanced scorecard model: an empirical study. *Total Quality Management & Business Excellence*, 27(9-10), 1121-1139.
- Perry, M. L., Pearce, C. L., Sims, H. P., Jr. (1999). Empowered selling teams: How shared leadership can contribute to selling team outcomes. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 19(3), 35-51.
- Pettersen, I.J., Solstad, E. (2013). Vertical and horizontal control dilemmas in public hospitals. *Journal of Health organizational and Management*, 29(2), 185-199.
- Pettigrew, A.M., Woodman, R.W., Cameron, K.S. (2001). Studying organizational

- change and development: challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713.
- Pfeffer, J., Sutton, R. (2007). *Faits et foutaises dans le management*. France : Vuibert.
- Pinnell Beaulne Associates Ltd. (1998). *CHOICE Evaluation project*. Evaluation summary. Final report.
- Pisano, G.P., Verganti, R. (2008). Which kind of collaboration is right for you?. *Harvard Business Review*, 86, 1-8.
- Poksinska, B. (2010). The Current State of Lean Implementation in Health Care: Literature Review. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329.
- Poksinska, B., Swartling, D., Drotz, E. (2013). The daily work of lean leaders—lessons from manufacturing and healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 24(7-8), 886-898.
- Poole, M.S. (2004). Central issues in the study of change and innovation. *Handbook of Organizational Change and Innovation*, 3-31.
- Postma, J., Roos, A.F. (2016). Why healthcare providers merge. *Health Economics, Policy and Law*, 11, 121-140.
- Powell Davies, G., Williams, A., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M., Harris, M. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Medical Journal*, 188 (8), 65-68.
- Praetorius, T. (2014). Improving care coordination using organizational routines. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 85-108.
- Prahalad, C.K., Ramaswamy, V. (2004). Co-creation Experience: The next practice in Value Creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18(3), 5-14.
- Prajogo, D.I., Sohal, A.S. (2006). The relationship between organization strategy, total quality management (TQM), and organization performance—the mediating role of TQM. *European Journal of Operation research*, 168, 35-50.
- Prévost, P., Roy, M. (2015). *Les approches qualitatives en gestion*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Pramatari, K., Miliotis, P. (2008). Impact of collaborative store ordering on shelf availability. *Supply Chain Management -An International Journal*, 13(1), 49-61.
- Psomas, E., Pantouvakis, A. (2015). ISO 9001 overall performance dimensions: an exploratory study. *The TQM Journal*, 27(5), 519-531.

- Purbey, S., Mukherjee, K., Bhar, C. (2007). Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(3), 241-255.
- Québec. (2003). *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Projet de loi no. 25 (2003, chapitre 21). Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Québec. (2014). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du Réseau de la santé et des Services sociaux par l'abolition des Agences régionales*, Projet de loi no. 10. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Quinn, R.-E., Faerman, S.-R., Thompson, M.-P., McGrath, M.-R., St. Clair, L.-S. (2007). The competing values approach to management: foundations. In *Becoming a master manager: A competing values approach* (p.1-34). John Wiley & Sons: États-Unis (4e éd.).
- Quinn, R.E., Rorhbraugh, J. (1983). A spatial model for effectiveness criteria: towards a competing value approach to organizational analysis. *Management Science*, 29, 363-377.
- Radnor, Z.J., Barnes, D. (2007). Historical analysis of performance measurement and management in operations management. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(5/6), 384-396.
- Radnor, Z.J., Holweg, M., Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371.
- Rafferty, A.E., Griffin, M.A. (2004). Dimensions of transformational leadership: conceptual and empirical extensions. *The Leadership Quarterly*, 15(3), 329-354.
- Rafferty, A.E., Jimmieson, N.L., Armenakis, A.A. (2013). Change Readiness: A Multilevel Review. *Journal of Management*, 39(1), 110-135.
- Reddy, S. (2016). Integrated health care: it's time for it to blossom. *Australian Health Review*, 40, 428-430.
- Robson, C. (2011). *Real World research: A resource for social scientist and practitioners-researchers*. Oxford : Blackwell (1re édition, 1993 ; 2e édition, 2002).
- Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Rapport final. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Rondeau, A. (2008). L'évolution de la pensée en gestion du changement : leçons pour la mise en œuvre de changements complexes. *Télescope*, 14(3), 1-12.

- Rondeau, A., Parent, C., Jobin, M.-H., (2015). De la structure au déploiement : maximiser les retombées positives de la loi 10. *Le Point en Santé et Services sociaux*, 11(1), 60-62.
- Roy, D.A., Litvak, É., Paccaud, F. (2010). Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*.
- Roy, M., Audet, M. (2003). La transformation vers de nouvelles formes d'organisations plus flexibles : un cadre de référence. *Revue Internationale de Gestion*, 27(4), 43-50.
- Sahay, B.S. (2003). Supply chain collaboration: the key to value creation. *Work Study* 52(2), 76-83.
- St-Amant, G.E, Renard, L. (2004). *Un modèle d'étude des capacités organisationnelles* In Conférence Internationale de l'Association Information et Management (AIM), Évry, France, mai 2004.
- Salah, S., Rahim, A., Carretero, J.A. (2010). The integration of Six Sigma and lean management. *International Journal of Lean Six Sigma*, 1(3), 249-274.
- Sanders, N.R., Premus, R. (2005). Modeling the relationship between IT capability, collaboration, and performance. *Journal of Business Logistics*, 26(1), 1-23.
- Saunila, M., Pekkola, S., Ukko, J. (2014). The relationship between innovation capability and performance: The moderating effect of measurement. *International Journal of Productivity & Performance Management*, 63(2), 234-249.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 4, 293-316.
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health Systems: Adults Health Care Experiences. *Seven Countries Health affairs*, 26(6), w717-w734.
- Schroeder, R.G., Linderman, K., Liedtke, C., Choo, A.S. (2008). Six Sigma: Definition and underlying theory. *Journal of operations management*, 26(4), 536-554.
- Sebai, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les theories. *Santé Publique*, 27(3), 395-403.
- Selden, S., Sowa, J., Sandfort, J. (2006). The impact of nonprofit collaboration in early child care and education on management and program outcomes. *Public*

- Administration Review*, 66(3), 412-425.
- Sene, P.M. (1990). The leader's new work: Building learning organizations. *Sloan Management Review*, 32(1), 7-23.
- Shaw, S., Rosen, R., Rumbold, B. (2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*. Research report, London, Nuffield Trust.
- Shahbazi, S., Javadi, S. (2012). *Supporting production system development through Obeya concept*. Mälardalen University.
- Shankar, R., Mittal, N., Rabinowitz, S., Baveja, A., Acharia, S. (2013). A collaborative framework to minimize knowledge loss in new product development. *International Journal of Production Research*, 51(7), 2049-2059.
- Shortell, S. (1995). The future of integrated systems. *Healthcare Financial Management*, 49(1), 24-29.
- Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D. (1994). The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
- Shortell, S., Hull, E.K. (1996). The new organization of the health care delivery system. *Strategic Choices for a Changing Health Care System*, 2, 101-148.
- Shuffler, M.L., Wiese, C., Salas, E., Burke, S.C. (2010). Leading one another across time and space: Exploring shared leadership functions in virtual teams. *Journal de psychologie du travail et des organisations* 26(1), 3-17.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Barnsley, J., *et al.* (1998). A conceptual framework for analysis of health care organizations performance. *Health Services Management research*, 11, 24-48.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. (1999). La performance organisationnelle des organismes publics. *Ruptures, revue interdisciplinaire en santé*, 6(1), 34-46.
- Simoens, S., Scott, A. (2005). Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research*, 18(1), 25-40.
- Simons, P., Benders, J., Bergs, J., Marneffe, W., Vandijck, D. (2016). Has Lean improved organizational decision making. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(5), 536-549.

- Singer, S.J., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M.B., Leape, L., Schneider, E. (2011). Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112-127.
- Sirkin, H. L., Keenan, P., Jackson, A. (2005). The hard side of change management. *Harvard Business Review*, 83(10), 108.
- Sitkin, S., Sutcliffe, K.M., Schroeder, R.G. (1994). Distinguishing control from learning in total quality management: a contingency perspective. *Academy of Management Review*, 19(3), 537-564.
- Sobek II, D.K., C. Jimmerson, (2004). A3 Reports: Tool for Process Improvement. *IIE Annual Conference. Proceedings*. Norcross, 1-6.
- Söderberg, B., Alfredson, L. (2009). *Building on Knowledge: An analysis of knowledge transfer in product development*. Chalmers University of Technology.
- Soparnot, R. (2004). L'évaluation des modèles de gestion du changement organisationnel : de la capacité de gestion du changement à la gestion des capacités de changement. *Gestion*, 29(4), 31-42.
- Soparnot, R. (2009). Vers une gestion stratégique du changement : une perspective par la capacité organisationnelle de changement. *Management et Avenir*, 8(28), 104-122.
- Soparnot, R. (2011). The concept of organizational change capacity. *Journal of Organizational Change Management*, 24(5), 640-661.
- Sowa, J. (2008). Implementing interagency collaborations: exploring variation in collaborative ventures in human service organizations. *Administration in Society*, 40(3), 298-323.
- Spain, S. M., Harms, P., Lebreton, J. M. (2013). The dark side of personality at work. *Journal of Organizational Behavior*, 35, S41-S60.
- Spear, S.J. (2005). Fixing Healthcare from the Inside, Today. *Harvard Business Review*, 83(9), 78-91.
- Spear, S.J., Bowen, K. (1999). Decoding the DNA of the Toyota production system. *Harvard Business Review*, 9/10, 97-106.
- Speklé, R.F., Verbeeten, F.H.M. (2014). The use of performance measurement systems in the public sector: Effects on performance. *Management Accounting Research*,

25, 131-146.

- Spekman, R. E., Kamauff, J. W., Jr., Myhr, N. (1998). An empirical investigation in supply chain management. *International Journal of Physical Distribution and Logistics Management*, 28(8), 630-650.
- Staber, U., Sydow, J. (2002). Organizational adaptive capacity - A structuration perspective. *Journal of Management Inquiry*, 11(4), 408-424.
- Stank, T.P., Keller, S.B., Daugherty, P.J. (2001). Supply chain collaboration and logistical service performance. *Journal of Business Logistics* 22(1), 29-48.
- Stein, K.V., Reider, A. (2009). Integrated care at the crossroads – defining the way forward. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1-7.
- Strandberg-Larsen, M. (2008). Measuring Integrated Care: An International Comparative Study. *Danish Medical Bulletin*, 1-17.
- Suter, E., Oelke, N.D., da Silva Lima, M.A.D., Stiphout, M., Janke, R., Witt, R.R., Van Vliet-Brown, C., Schill, K., Rostami, M., Hepp, S., Birney, A., Al-Roubaiai, F., Quintana Marques, G. (2017). Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. *International Journal of Integrated Care*, 17(6), 1-17.
- Sweeney, I. (2009). *Leadership partagé dans les équipes de travail : Le rôle du superviseur immédiat et de la distance*. Mémoire de maîtrise, HEC, Montréal, Québec.
- Taher, D. (2014). *Lean Daily Management Systems: Applications in the Health Care Industry*. Mémoire de maîtrise, HEC, Montréal, Québec.
- Tchouaket, É.N., Lamarche, P.A., Goulet, L., Contandriopoulos, A.-P. (2012). Health care system performance of 27 OECD countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 26 p.
- Terenghi, F., Cassina, J., Kristensen, K., Terzi, S. (2014). Virtual Obeya: A new collaborative web application for running lean management workshops. In *Engineering, Technology and Innovation (ICE), International ICE Conference*.
- Tezel, A., Koskela, L., Tzortzopoulos, P. (2016). Visual management in production management: a literature synthesis. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 27(6), 766-799.
- Thiebaut, G.-C., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. (2015). Les enjeux de la performance : Dépasser les mythes. *Administration Publique du Canada*, 58(1), 39-62.

- Todd, J. (1999). The trouble with mergers: why are so many nonprofit hospital partnerships crumbling? *Health Care Business*, 92-101.
- Toff, S., Nyström, M. E., Tishelman, C., Brommels, M., Hansson, J. (2015). Agile, a guiding principle for health care improvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(5), 468-493.
- Tortorella, G., Cauchick-Miguel, P.A., Gaiardelli, P. (2019). Hoshin Kanri and A3: a proposal for integrating variability into the policy deployment process. *The TQM Journal*, 31(2), 118-135
- Tosi HJ (1982). Toward a paradigm shift in the study of leadership. In J.G. Hunt, U. Sakaran, C.A. Schriesheim. (éd). *Leadership Beyond Established Views* (239–259). Carbonda: Southern Illinois University Press.
- Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A., Bussière, A., Durand, P. J. (2002). Le réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : un changement des pratiques cliniques et de gestion, *Santé, société et solidarité*, 1(2), 113-122
- Toussaint, J.S. (2015). A Rapidly Adaptable Management System. *Operations and Strategy*, Thedacare Center for Healthcare Value, Wisconsin.
- Toussaint, J.S., Berry, L.L. (2013). The Promise of Lean in Health Care, Mayo Foundation for Medical Education and Research. *Mayo Clinic*, 88(1), 74-82.
- Toussaint, J.S., Gerard, R.A. (2010). *On the Mend. Revolutionizing Healthcare to Save Lives and Transform the Industry*. Lean Enterprise Institute.
- Towill, D., Christopher, M. (2002). The supply chain strategy conundrum: to be lean or agile or to be lean and agile? *International Journal of Logistics: research Applications*, 5(3), 299-309.
- Trägardh, B., Lindberg, K. (2004). Curing a meagre health care system by lean methods-translating chains of care in the Swedish health care sector. *International Journal of Health Planning and Management*, 19, 383-398.
- Tuohy, C. H. (1999). *Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada*. New York : Oxford University Press.
- Turmel, G. (2014). *Évolution de la capacité organisationnelle à changer : Le développement d'un modèle de maturité*. Mémoire de maîtrise, HEC, Montréal, Québec.
- Tushman, M.L., O'Reilly, C.A. III. (1996). Ambidextrous organizations: managing evolutionary and revolutionary change. *California Management Review*, 38(4),

8-30.

- Ukko, J., Karhu, J., Rantanen, H. (2007). How to communicate measurement information successfully in small and medium-sized enterprises: a regression model. *International Journal of Information Quality*, 1(1), 41-59.
- Ul Hassan, W., Westerlund, H., Thor, J., Sandahl, C., von Thiele Schwarz, U. (2014). Does Lean implementation interact with group functioning? *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 196-213.
- Université du Québec à Trois-Rivières (2015), *Guide à l'étudiant*, Doctorat en administration des affaires, École de gestion.
- Valentinj, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W., Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-12.
- Van de Ven, A.H., Poole, M.S. (1995). Explaining development and change in organizations. *The Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.
- Van Rossum, L., Aij, K.H., Simons, F.E., Van der Eng, N., Ten Have, D. (2016). Lean healthcare from a change management perspective: The role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre. *Journal of Health Organization and Management*, 30(3), 475-493.
- Vangen, S., Hayes, J.P., Cornforth, C. (2015). Governing Cross-Sector, Inter Organizational Collaborations. *Public Management Review*, 17(9), 1237-1260.
- Veillard, J.H.M., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O.A., Guisset, A.-L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 487-496.
- Veillard, J.H.M., Schiøtz, M.L., Guisset A.-L., Brown, A. D., Klazinga N.S. (2013). The PATH project in eight European countries: an evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(8), 703-713.
- Watts, T., McNair-Connolly, C. J. (2012). New performance measurement and management control systems. *Journal of Applied Accounting Research*, 13(3), 226-241.
- WHO European Office for Integrated Health Care Services (2001). *Integrated Care. Working Definition*.
- Willumsen, E., Aghren, B., Odegard, A., (2012). A conceptual framework for assessing

- interorganizational integration and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 198-204.
- Womack, J. P., Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*, First Free Press Edition.
- Womack, J. P., Jones, D. T. (2007). *Système Lean : penser l'entreprise au plus juste* (2e éd.). Paris, Pearson Education France: Village Mondial.
- Wood, D.J., Gray, B. (1991). Toward a comprehensive theory of collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 27 (2), 1139-1162.
- Yadav, N., Sagar, S., Sagar, M. (2013). Performance measurement and management frameworks: Research trends of the last two decades. *Business Process Management*, 19(6), 947-970.
- Yamamoto, Yuji. (2010). *Kaikaku in production*. Thèse de doctorat, Mälardalen University, Västerås, Suède.
- Yin, R.K. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Newbury Park, CA.
- Young, T.P., McClean, S.I. (2008). A critical look at lean thinking in healthcare. *Quality & Safety in Health Care*, 17, 382-386.
- Yukl, G. (2010). Introduction: the nature of leadership, In G. Yukl. *Leadership in organizations* (7e éd.) (p.1-24). New Jersey: Prentice Hall.
- Ziegert, J.C. (2005). *Does more than one cook spoil the broth? An examination of shared team leadership*. Thèse de doctorat, University of Maryland, Maryland, États-Unis.
- Zu, X., Fredenhall, L., D., Douglas, T.J. (2008). The Evolving Theory of Quality Management: The Role of Six Sigma. *Journal of Operations Management*, 26, 630-650.

ANNEXE A
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion du changement au CISSS de la Gaspésie
Chercheur responsable du projet de recherche :	Line Moisan, M.Serv.soc., M.Sc. Département des sciences de la gestion Doctorat en administration (3899) Université du Québec à Trois-Rivières
Membre de l'équipe de recherche :	Pr Denis Lagacé, Ing., M.Sc., Ph.D. génie industriel Département de génie industriel Université du Québec à Trois-Rivières
Source de financement :	Aucun
Déclaration de conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêts.

Préambule

Votre participation à la recherche serait grandement appréciée puisqu'elle vise à comprendre la gestion du changement par la mise en œuvre du système intégré de gestion de la performance soutenant l'intégration horizontale des soins et des services au CISSS de la Gaspésie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou au membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

Cette recherche doctorale souhaite enrichir les dimensions relatives à la dynamique d'intégration horizontale des soins et des services au sein du programme jeunesse qui est soutenu par un système intégré de gestion de la performance.

Nature et durée de votre participation

Afin de mener à bon port ce projet, l'étudiante réalisera des entrevues individuelles semi-dirigées avec les différentes parties prenantes qui ont un rôle dans la mise en place du système intégré de gestion de la performance et l'intégration horizontale des soins et des services dans un contexte de changement d'envergure. Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer, sur base volontaire, à une entrevue, réalisée en face à face ou par téléphone, d'une durée entre 60 et 90 minutes. Ces entrevues sont une opportunité pour le chercheur-étudiant de recueillir votre point de vue quant à ses préoccupations académiques décrites dans la section précédente. L'entrevue se déroulera à votre convenance et respectera la date et l'heure qui vous conviendront. Vous pourrez choisir de ne pas répondre à certaines questions. L'entrevue sera enregistrée afin de faciliter l'analyse de cette collecte de données.

Risques et inconvénients

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet soit environ de 60 à 90 minutes demeure le principal inconvénient. Dans le cas où l'entrevue serait réalisée par téléphone, l'étudiante s'engage à couvrir les frais liés à cette communication téléphonique.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'intégration des soins et des services comme condition essentielle à la performance organisationnelle est le seul bénéfice direct prévu à votre participation et de connaître les capacités organisationnelles mobilisées pour la réussite d'un tel projet.

Compensation ou incitatif

Il n'y a aucune compensation monétaire ou incitatif pour participer à cette recherche.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité des renseignements transmis lors des entrevues individuelles sera assurée par les mesures suivantes :

- Les noms des participants n'apparaîtront dans aucun rapport ;
- Les transcriptions des entrevues seront identifiées à l'aide d'un code alphanumérique et uniquement la chercheuse-étudiante ainsi que son directeur de recherche pourront avoir accès à la liste des noms et des codes. Ces deux personnes ont signé un engagement à la confidentialité ;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les fichiers informatisés et les enregistrements auront une protection par des mots de passe. Les documents recueillis par l'analyse documentaire seront conservés sous clé à la Chaire IRISS de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les artefacts de recherche, notamment les données informatisées, seront conservés sur une période d'un an après la fin de la recherche. Après cette période, ils seront détruits par formatage.
- Les enregistrements des entrevues, dès que le verbatim sera retranscrit, seront effacés immédiatement.
- La recherche sera l'objet de publications scientifiques ou de communications lors de colloques ou autres. Aucun participant ne pourra être identifié ou reconnu.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, nous vous saurions gré de prévenir la chercheuse étudiante le plus rapidement possible. Tous vos renseignements personnels seront alors détruits.

Responsable de la recherche

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

Line Moisan, candidate au doctorat en administration
31, des Razades
Trois-Pistoles (Québec)
G0L 4K0
Tél. : (418) 851-3969
Courriel : line.moisan@uqtr.ca

Surveillance des aspects 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 portant le numéro CER-18-244-07.01 a été émis le 27 mars 2018.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique 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.

Surveillance des aspects 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 portant le numéro CER-18-244-07.01 a été émis le 27 mars 2018.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique 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.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Line Moisan, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion du changement au CISSS de la Gaspésie ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Je consens à être enregistré.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois d'avril 2019. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudrait en informer le chercheur.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion du changement au CISSS de la Gaspésie
Chercheur responsable du projet de recherche :	Line Moisan, M.Serv.soc., M.Sc. Département des sciences de la gestion Doctorat en administration (3899) Université du Québec à Trois-Rivières
Membre de l'équipe de recherche :	Pr Denis Lagacé, Ing., M.Sc., Ph.D. génie industriel Département de génie industriel Université du Québec à Trois-Rivières
Source de financement :	Aucun
Déclaration de Conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêts

Préambule

Votre participation à la recherche serait grandement appréciée puisqu'elle vise à comprendre la gestion du changement dans la mise en place du système intégré de gestion de la performance soutenant l'intégration horizontale des soins et des services au CISSS de la Gaspésie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

Cette recherche doctorale souhaite enrichir les dimensions relatives à la dynamique d'intégration horizontale des soins et des services au sein du programme jeunesse qui est soutenu par un système intégré de gestion de la performance.

Nature et durée de votre participation

Dans le cadre cette recherche, l'étudiante organisera un groupe de discussion où vous serez interpellé et en interaction avec les différentes parties prenantes à la trajectoire jeunesse. Votre excellente connaissance des processus d'intégration et d'animation des salles de pilotage contribuera à bien comprendre et à saisir les dynamiques liées à l'adaptation organisationnelle dans le cadre de la transformation actuelle. L'étudiante animera une discussion de groupe qui aura une durée maximale de 90 minutes. Ce groupe de discussion se déroulera dans votre établissement, pendant vos heures de travail. Pour faciliter l'analyse et le respect des propos recueillis, l'étudiante pourrait éventuellement prendre des notes tout au long de ces rencontres. En tout temps, vous pourrez demander à l'étudiante de cesser la prise de notes.

Risques et inconvénients

Aucun risque et inconvénient ne sont associés à votre participation.

Avantages ou bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'intégration des soins et des services comme condition essentielle à la performance organisationnelle est le seul bénéfice direct prévu à votre participation et de connaître les capacités organisationnelles mobilisées pour la réussite d'un tel projet.

Compensation ou incitatif

Il n'y a aucune compensation monétaire ou incitatif pour participer à cette recherche.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité des renseignements recueillis lors de l'observation non participante par l'étudiante sera protégée par les mesures suivantes :

- Les noms des participants n'apparaîtront dans aucun rapport ;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les notes prises lors de l'observation non participante seront conservées sous clé à la Chaire IRISS de l'UQTR et seront détruites par déchiquetage un an après la fin de la recherche ;
- La recherche sera l'objet de publications scientifiques ou de communications lors de colloques ou autres. Aucun participant ne pourra être identifié ou reconnu.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, nous vous saurions gré de prévenir la chercheuse étudiante le plus rapidement possible. Tous vos renseignements personnels seront alors détruits.

Responsable de la recherche

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

Line Moisan, candidate au doctorat en administration
31, des Razades
Trois-Pistoles (Québec)
G0L 4K0
Tél. : (418) 851-3969
Courriel : line.moisan@uqtr.ca

Surveillance des aspects 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 portant le numéro CER-18-244-07.01 a été émis le 27 mars 2018.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique 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.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Line Moisan, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, [nom du participant], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion de changement au CISSS de la Gaspésie ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

- Je consens à être enregistré/filmé.
- Je m'engage à respecter la confidentialité des participants et des renseignements partagés lors du groupe de discussion.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois d'avril 2019. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudrait en informer le chercheur.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion du changement au CISSS de la Gaspésie
Chercheur responsable du projet de recherche :	Line Moisan, M.Serv.soc., M.Sc. Département des sciences de la gestion Doctorat en administration (3899) Université du Québec à Trois-Rivières
Membres de l'équipe de recherche :	Pr Denis Lagacé, Ing., M.Sc., Ph.D. génie industriel Département de génie industriel Université du Québec à Trois-Rivières
Source de financement :	Aucun
Déclaration de Conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêt

Préambule

Votre participation à la recherche serait grandement appréciée puisqu'elle vise à comprendre la gestion du changement dans la mise en place du système intégré de gestion de la performance soutenant l'intégration horizontale des soins et des services au CISSS de la Gaspésie. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

Cette recherche doctorale souhaite enrichir les dimensions relatives à la dynamique d'intégration horizontale des soins et des services au sein du programme jeunesse qui est soutenu par un système intégré de gestion de la performance.

Nature et durée de votre participation

Dans le cadre cette recherche, l'étudiante compte faire de l'observation non participante lors des comités où vous serez interpellés et où vous serez en interaction avec les différentes parties prenantes. Une excellente connaissance des processus d'intégration et d'animation des salles de pilotage contribuera à bien comprendre et à saisir les dynamiques liées à l'adaptation. L'étudiante observera de façon non participante entre 1 et 3 rencontres dont vous faites partie. Ces observations se dérouleront dans votre établissement, pendant vos heures de travail. Pour faciliter l'analyse et le respect des propos recueillis, l'étudiante pourrait éventuellement prendre des notes tout au long de ces rencontres. En tout temps, vous pourrez demander à l'étudiante de cesser la prise de notes.

Risques et inconvénients

Aucun risque et inconvénient ne sont associés à votre participation.

Avantages ou bénéfiques

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'intégration des soins et des services comme condition essentielle à la performance organisationnelle est le seul bénéfice direct prévu à votre participation et de connaître les capacités organisationnelles mobilisées pour la réussite d'un tel projet.

Compensation ou incitatif

Il n'y a aucune compensation monétaire ou incitatif pour participer à cette recherche.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité des renseignements recueillis lors de l'observation non participante par l'étudiante sera protégée par les mesures suivantes :

- Les noms des participants n'apparaîtront dans aucun rapport ;
- Les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les notes prises lors de l'observation non participante seront conservées sous clé à la Chaire IRISS de l'UQTR et seront détruites par déchiquetage un an après la fin de la recherche ;
- La recherche sera l'objet de publications scientifiques ou de communications lors de colloques ou autres. Aucun participant ne pourra être identifié ou reconnu.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, nous vous saurions gré de prévenir la chercheuse étudiante le plus rapidement possible. Tous vos renseignements personnels seront alors détruits.

Responsable de la recherche

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

Line Moisan, candidate au doctorat en administration
31, des Razades
Trois-Pistoles (Québec)
G0L 4K0
Tél. : (418) 851-3969
Courriel : line.moisan@uqtr.ca

Surveillance des aspects 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 portant le numéro CER-18-244-07.01 a été émis le 27 mars 2018.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique 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.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Line Moisan, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « Système intégré de gestion de la performance : Catalyseur d'intégration horizontale et de gestion de changement au CISSS de la Gaspésie ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant :	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Résultats de la recherche

Un résumé des résultats sera envoyé aux participants qui le souhaitent. Ce résumé ne sera cependant pas disponible avant le mois d'avril 2019. Indiquez l'adresse postale ou électronique à laquelle vous souhaitez que ce résumé vous parvienne :

Adresse :

Si cette adresse venait à changer, il vous faudrait en informer le chercheur.

ANNEXE B
GUIDES D'ENTRETIEN

Projet de recherche au CISSS de la Gaspésie

Guide d'entretien à l'intention de la haute direction

Présentation du projet de recherche

Dans le cadre de mon projet de recherche doctorale, nous nous intéressons plus particulièrement aux processus d'intégration des soins et des services à partir d'une trajectoire client évitant ainsi une fragmentation dans l'offre de soins et services aux enfants, aux jeunes et aux familles. Cette intégration est soutenue par un système intégré de gestion de la performance notamment par les salles de pilotage.

- Présentation du formulaire de consentement
- Préciser la durée de l'entretien (environ 60 minutes)
- Préciser que l'entretien sera enregistré
- Préciser que l'étudiante pourrait prendre des notes manuscrites lors de l'entretien
- Répondre aux questionnements de l'interviewé avant d'entreprendre l'entretien

Question d'introduction

- Q1 : Avant de débiter l'entretien, j'aimerais vous connaître un peu plus. Pouvez-vous me dire votre titre d'emploi ainsi que vos responsabilités actuelles?
- Q1.2 : Depuis quand occupez-vous ce poste au sein de l'organisation?

Début de l'entretien

- Q2 : À quel moment et dans quel contexte avez-vous pris la décision de mettre en place un projet d'intégration jeunesse au sein de votre organisation? Quel est l'élément déclencheur?
- Q2.1 : Quel a été votre rôle, votre contribution?
- Q2.2 : Quel était le but de ce projet à l'origine?
- Q2.3 : Quelle a été la réaction de votre équipe de direction à l'annonce de ce projet?
- Q2.4 : Qui du comité de direction se sent particulièrement interpellé dans la trajectoire?
- Q2.5 : Comment les « directions support » contribuent à la trajectoire jeunesse?
- Q3 : Quel est l'apport des salles de pilotage dans l'intégration horizontale clinique et administrative dans le secteur jeunesse?
- Q4 : Parmi les outils offerts par le système intégré de gestion de la performance, lesquels supportent le mieux votre projet d'intégration?
- Q4.1 : Depuis la mise en place des salles de pilotage, quels sont les indicateurs qui se sont améliorés?

- Q4.2 : Par quels moyens avez-vous déployé le principe de cascade et d'escalade des indicateurs?
- Q5 : Comment se déroule le processus d'intégration horizontale à la salle de pilotage stratégique?
- Q5.1 : Y a-t-il eu des freins à la collaboration, à la coopération?
- Q5.2 : Si oui, comment avez-vous solutionné ces difficultés rencontrées?
- Q5.3 : Quels ont été les facilitateurs?
- Q5.4 : Quels sont les principaux obstacles qui pourraient éventuellement mettre un terme au projet d'intégration?
- Q6 : Croyez-vous que les salles de pilotage stratégique et tactique présentent des avantages dans la mise en place d'une trajectoire pour la clientèle jeunes?
- Q6.1 : Qu'avez-vous appris de cette expérience? Croyez-vous que les salles de pilotage offrent leur plein potentiel? Quelles sont vos prochaines actions pour les améliorer? Quelle est la fréquence d'animation?
- Q6.2 : Croyez-vous avoir amélioré la performance de la direction jeunesse?
- Q7 : Qu'est-ce qui a changé depuis le début du projet? Est-ce que les salles de pilotage ont favorisé l'émergence de nouveaux comportements chez les cadres? Si oui, lesquels? Si non, expliquez.
- Q7.1 : Quelles sont les initiatives qui ont contribué à faire cheminer le changement? Quel a été l'élément déterminant? Quels en sont les résultats?
- Q.7.2 : Comment percevez-vous votre rôle dans la gestion du changement apporté par la mise en place du SIGP? Quelles sont les nouvelles compétences développées pour mettre en place un tel système? La collaboration fait partie des valeurs du CISSS de la Gaspésie. Quels sont les comportements attendus pour optimiser la collaboration?
- Q.7.3 : Y a-t-il d'autres éléments qui ont influencé la mise en place des salles de pilotage et de l'intégration horizontale?
- Q8 : Y a-t-il d'autres dimensions du changement organisationnel que nous n'avons pas touché et que vous souhaitez aborder?
- Q9 : Avez-vous autre chose que vous aimeriez me partager qui pourrait m'aider à mieux comprendre l'intégration horizontale des soins et des services par les salles de pilotage? Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement pour accélérer la contribution des salles de pilotage à l'intégration des soins et des services?
- Q10 : Si c'était à refaire? Quels conseils donneriez-vous à une direction du CISSS qui souhaite adopter une démarche d'intégration par la mise en place des salles de pilotage?

Fin de l'entretien

Remerciements d'usage à la personne interviewée pour sa collaboration

Projet de recherche au CISSS de la Gaspésie

Guide d'entretien à l'intention des professionnels du programme jeunesse

Présentation du projet de recherche

Dans le cadre de mon projet de recherche doctorale, nous nous intéressons plus particulièrement aux processus d'intégration des soins et des services à partir d'une trajectoire client évitant ainsi une fragmentation dans l'offre de soins et services aux enfants, aux jeunes et aux familles. Cette intégration est soutenue par un système intégré de gestion de la performance notamment les salles de pilotage.

- Présentation du formulaire de consentement
- Préciser la durée de l'entretien (environ 60 minutes)
- Préciser que l'entretien sera enregistré
- Préciser que l'étudiante pourrait prendre des notes manuscrites lors de l'entretien
- Répondre aux questionnements de l'interviewé avant d'entreprendre l'entretien

Question d'introduction

- Q1 : Avant de débiter l'entretien, j'aimerais vous connaître un peu plus. Pouvez-vous me dire votre titre d'emploi ainsi que vos responsabilités actuelles?
- Q.1.1 : Depuis quand occupez-vous ce poste au sein de l'organisation?

Début de l'entretien

- Q2 : À quel moment avez-vous entendu parler du projet d'intégration des soins et des services à la direction jeunesse?
- Q2.1 : Quelles ont été vos réactions?
- Q2.2 : Actuellement, quelle est votre attitude face à ce projet?
- Q3 : Que s'est-il produit depuis le début du projet d'intégration jeunesse au sein de votre établissement?
- Q3.1 : Quels sont les impacts dans votre travail quotidien comme intervenant, dans votre équipe de travail et auprès de la clientèle?
- Q4 : Comment la salle de pilotage opérationnelle contribue à la mise en place d'une trajectoire pour la clientèle jeunes?
- Q4.1 : Depuis la mise en place de votre salle de pilotage, pouvez-vous me nommer les indicateurs qui y sont suivis?
- Q4.2 : Comment avez-vous amélioré les soins et les services dédiés aux enfants, aux jeunes et aux familles par la salle de pilotage opérationnelle?

- Q5 : Quelles sont les idées générées au caucus, dont vous êtes fier, et qui se rattachent à une meilleure accessibilité, une meilleure continuité et à une meilleure qualité pour les services offerts auprès de l'enfant, du jeune et sa famille. Des exemples? Fréquence d'animation?
- Q6 : Dans le changement occasionné par la mise en place de la trajectoire jeunesse soutenue par les salles de pilotage, quelles sont les forces motrices dans votre équipe de travail dans la conduite du changement?
- Q7 : Qu'est-ce qui a changé depuis le début du projet?
- Q7.1 : Quel a été l'impact du fonctionnement de votre équipe par la mise en place de la salle de pilotage? Y a-t-il un avant et un après?
- Q.7.2 : Quel a été le rôle de votre gestionnaire dans la mise en place de ce changement de gestion? Est-ce que la salle de pilotage opérationnelle favorise votre engagement dans l'atteinte des résultats en termes d'accessibilité et de continuité?
- Q.7.3 : Y a-t-il d'autres éléments qui ont influencé la mise en place du SIGP et de la collaboration avec les autres directions?
- Q8 : Avez-vous autre chose que vous aimeriez me partager qui pourrait m'aider à mieux comprendre l'intégration horizontale des soins et des services par les salles de pilotage? Qu'est-ce qui aurait pu être fait autrement pour accélérer la contribution des salles de pilotage à l'intégration des soins et des services?
- Q8.1 : Si c'était à refaire? Quels conseils donneriez-vous à une direction du CISSS qui souhaite adopter une démarche d'intégration par la mise en place des salles de pilotage?

Fin de l'entretien

Remerciements d'usage à la personne interviewée pour sa collaboration

Projet de recherche au CISSS de la Gaspésie

Guide d'entretien à l'intention des gestionnaires intermédiaires

Présentation du projet de recherche

Dans le cadre de mon projet de recherche doctorale, nous nous intéressons plus particulièrement aux processus d'intégration des soins et des services à partir d'une trajectoire client évitant ainsi une fragmentation dans l'offre de soins et services aux enfants, aux jeunes et aux familles. Cette intégration est soutenue par un système intégré de gestion de la performance notamment par les salles de pilotage.

- Présentation du formulaire de consentement
- Préciser la durée de l'entretien (environ 60 minutes)
- Préciser que l'entretien sera enregistré
- Préciser que l'étudiante pourrait prendre des notes manuscrites lors de l'entretien
- Répondre aux questionnements de l'interviewé avant d'entreprendre l'entretien

Question d'introduction

Q1 : Avant de débiter l'entretien, j'aimerais vous connaître un peu plus. Pouvez-vous me dire votre titre d'emploi ainsi que vos responsabilités actuelles?

Q1.1 : Depuis quand occupez-vous ce poste au sein de l'organisation?

Début de l'entretien

Q2 : À quel moment avez-vous entendu parler d'un projet d'intégration des soins et des services à la direction jeunesse?

Q2.1 : Quelles ont été vos réactions?

Q2.2 : Actuellement, quelle est votre attitude face à ce projet?

Q2.3 : Qui du comité de direction se sent particulièrement interpellé dans la trajectoire?

Q2.4 : Comment les « directions support » ont contribué à la trajectoire jeunesse?

Q3 : Comment décririez-vous le rôle des salles de pilotage dans l'intégration horizontale, transversale des soins et des services dans le secteur jeunesse ou en d'autres mots dans la collaboration avec d'autres directions?

Q4 : Parmi les outils offerts par la mise en place du système intégré de gestion de la performance, lesquels supportent le mieux le projet Jimmy?

Q4.1 : Depuis la mise en place de votre salle de pilotage, quels sont les indicateurs qui se sont améliorés?

Q4.2 : Comment se fait le suivi? Quel est le moyen que vous avez déployé pour mettre en place le principe de cascade et d'escalade? Comment se lèvent les obstacles?

- Q5 : Comment s'est déroulé le processus d'intégration horizontale à la direction jeunesse?
- Q5.1 : Y a-t-il eu des freins à la collaboration, à la coopération?
- Q5.2 : Si oui, comment avez-vous solutionné ces difficultés rencontrées?
- Q5.3 : Quels ont été les facilitateurs?
- Q5.4 : Quels sont les principaux obstacles qui pourraient éventuellement mettre un terme au nouveau système de gestion?
- Q6 : Que s'est-il produit depuis la mise en place des salles de pilotage dans votre établissement?
- Q6.1 : Quels sont les impacts de ce nouveau modèle de gestion dans votre travail quotidien comme gestionnaire, dans votre équipe de travail et auprès de la clientèle?
- Q7 : Croyez-vous que les salles de pilotage (stratégique, tactique et opérationnelle) présentent des avantages dans le suivi de la trajectoire de Jimmy et dans la collaboration souhaitée?
- Q7.1 : Qu'avez-vous appris de cette expérience? En regard des apprentissages, quelles sont vos prochaines actions? Fréquence d'animation?
- Q7.2 : Croyez-vous avoir amélioré la performance de la direction jeunesse?
- Q8 : Qu'est-ce qui a changé depuis le début du projet?
- Q8.1 : Quelles sont les initiatives qui ont contribué à faire cheminer le changement? Quels en sont les résultats?
- Q8.2 : Quel a été votre rôle comme gestionnaire dans la mise en place de ce changement de gestion? Est-ce que la salle de pilotage opérationnelle favorise votre engagement et celui de votre équipe dans l'atteinte des résultats en termes d'accessibilité et de continuité?
- Q8.3 : Y a-t-il d'autres éléments qui ont influencé la mise en place du SIGP et de la collaboration avec d'autres directions au profit de Jimmy?
- Q9 : Y a-t-il d'autres dimensions du changement organisationnel que nous n'avons pas touché et que vous souhaitez aborder?
- Q10 : Avez-vous autre chose que vous aimeriez me partager qui pourrait m'aider à mieux comprendre l'intégration horizontale des soins et des services par le système intégré de gestion de la performance?
- Q10.1 : Si c'était à refaire? Quels conseils donneriez-vous à une direction du CISSS qui souhaite adopter une démarche d'intégration par la mise en place des salles de pilotage?

Fin de l'entretien

Remerciements d'usage à la personne interviewée pour sa collaboration.

Projet de recherche au CISSS de la Gaspésie

Guide d'entretien pour les groupes de discussion

1. Ouverture du groupe de discussion

Le groupe de discussion est dynamisé par le document résumant les entretiens individuels. Les participants auront reçu ce document au préalable de la rencontre.

- Présentation du formulaire de consentement
- Préciser la durée de l'entretien (environ 90 minutes)
- Préciser que l'entretien sera enregistré
- Préciser que l'étudiante pourrait prendre des notes manuscrites lors du groupe de discussion
- Répondre aux questionnements de l'interviewé avant d'entreprendre le groupe de discussion

2. Présentation PowerPoint relatant les faits saillants des entrevues

3. Échanges avec les participants au début du groupe de discussion

- Quelles sont vos premières impressions?
- Est-ce que la présentation représente fidèlement ce que les membres de votre équipe disent, pensent et font?
- Y a-t-il des éléments manquants ou qui ne sont pas rapportés correctement?
- À votre connaissance, y a-t-il des événements significatifs ou des problématiques qui ne sont pas présents et que vous aimeriez rapporter?

4. Échanges avec les participants pour conclure le groupe de discussion

Les échanges en première partie permettent de faire émerger des découvertes et la reconnaissance de l'implication de chacun...

- Qu'est-ce que vous aimeriez faire avec ces nouvelles idées?
- Quelles seront vos prochaines étapes pour vous assurer de les actualiser?
- Qu'est-ce qui pourra vous aider pour passer à l'action?
- Quelles sont les leçons apprises de votre expérience quant au projet Jimmy et qui pourraient s'avérer utiles pour d'autres cellules modèles?

ANNEXE C

PRÉSENCE SUR LE TERRAIN ET TYPE DE COLLECTE DE DONNÉES

Types de rencontres	Méthode de collecte de données	Nombre de rencontres	Nombre d'heures
Comité de direction	Observation non-participante à la salle de pilotage stratégique et tactique et rapport d'état	6	12
	Observation non-participante au comité clinique	4	12
	Entretiens individuels/enregistrement/notes d'entrevues/transcription des verbatims	6	9 (entretiens) + 18 (verbatim)
	Groupe de discussion/enregistrement/prise de notes/transcription des verbatims/synthèse	1	1h30 + 3 (verbatim)
		17	55h30
Cadres intermédiaires	Observation non-participante des salles de pilotage opérationnelles	16	48
	Observation non-participante au rapport d'état	29	58
	Entretiens individuels/enregistrement/notes d'entrevues/transcription des verbatims	5	8 (entretiens) + 15 (verbatim)
	Groupe de discussion/enregistrement/prise de notes/transcription des verbatims/synthèse	1	1h30 + 3 (verbatim)
		51	133h30
Intervenants	Entretiens individuels/enregistrement/notes d'entrevues/transcription des verbatims	4	4 (entretiens) + 12 (verbatim)
	Groupe de discussion/enregistrement/prise de notes/transcription des verbatims/synthèse	1	1h30 + 3 (verbatim)
		5	20h30
Autres (Relevé statistiques, réunions spécialistes en amélioration continue, séances de travail, etc.)	Observation non-participante	32	145
	Prise de notes Consultation documentaire organisationnelle		
		32	145
TOTAL		105 rencontres	354h30